



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS  
USUÁRIOS DE UMA ILHA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

**FEIRA DE SANTANA-BA  
OUTUBRO/2025**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS USUÁRIOS  
DE UMA ILHA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.  
**Linha de Pesquisa:** Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana de Oliveira Araujo

**FEIRA DE SANTANA-BA  
OUTUBRO/2025**

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S237a

Santos, Quezia Nunes Frois dos

Acesso aos serviços de Atenção Primária a Saúde pelos usuários de uma ilha: desafios e potencialidades / Quezia Nunes Frois dos Santos. – 2025.

103 f.: il.

Orientadora: Mariana de Oliveira Araujo

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2025.

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Atenção Primária a Saúde (APS). 4. Unidade de Saúde da Família (USF). 5. Acesso aos serviços de saúde. 6. Paramana, Ilha dos Frades, Salvador-BA. I. Araujo, Mariana de Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614.2(814.22)

Daniela Machado Sampaio Costa - Bibliotecária - CRB-5/2077

## QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

# ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DE UMA ILHA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 10 de outubro de 2025

## BANCA EXAMINADORA

*Mariana de Oliveira Araujo*  
Profª. Drª. Mariana de Oliveira Araujo  
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS  
(Orientadora)

*Luciane Cristina Feltrin de Oliveira*  
Profª. Drª. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira  
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS  
(1º Examinadora)

*Márlon Vinícius Gama Almeida*  
Prof. Dr. Márlon Vinícius Gama Almeida  
Universidade Federal do Vale do São Francisco-Univasf  
(2º Examinador)

*Isabel C. Flórez Escobar*  
Profª. Drª. Isabel Cristina Flórez Escobar  
Universidad Industrial de Santander-UIS  
(3º Examinadora)

[...] É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos porque o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso. Assim educaremos, permanentemente, os novos sujeitos que farão avançar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e construiremos um sistema de saúde mais digno para a nossa população (Paim, 2009, p. 20).

## AGRADECIMENTOS

O percurso trilhado foi marcado por desafios, mas também por conquistas que me permitem olhar para trás com gratidão e para frente com esperança. Encerro este ciclo com o alívio do dever cumprido e com a certeza de que cada etapa vivenciada contribuiu para o meu aprendizado, crescimento e fortalecimento pessoal e profissional. Que este encerramento não seja apenas um ponto final, mas sim uma vírgula que anuncia novos caminhos.

Aos meus pais **Antonio Frois dos Santos** e **Fabiana Nunes Frois dos Santos** agradeço por ter sido a minha base, por me criar com dedicação e me ensinar o caminho pelo qual devo trilhar.

Ao meu esposo **Luiz Pereira dos Santos Filho** por acreditar que sou capaz e me estimular nos diversos desafios. Por ser meu companheiro e meu porto seguro.

A **Isaac Pereira Frois dos Santos** meu filho e grande presente que o meu Deus me destinou logo após iniciar o mestrado. Gestar você e te ver nascer durante esse processo foi realmente desafiador, mas ter a certeza que tudo isso te servirá de inspiração futuramente, me deu forças para continuar.

À **Deus**, meu pai, meu amigo e meu companheiro inseparável que esteve comigo durante todos os momentos. Ele se fez presente e me fez sentir a Sua presença em todo o tempo comigo. Obrigada por me sustentar e me dar forças para prosseguir.

À **Profª Drª Mariana de Oliveira Araujo**, minha querida orientadora, expresso meus mais sinceros agradecimentos. Reconheço em você a melhor orientadora que a UEFS já pôde ter. Ao escrever estas palavras, lágrimas me acompanham, pois é difícil traduzir em texto a grandeza do que representa na minha vida acadêmica e pessoal. Talvez você não imagine a dimensão da sua importância neste momento, mas é fundamental que saiba. Pró, você é para mim um exemplo de profissionalismo, paciência, disponibilidade e dedicação. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu duvidei, e por não me deixar desistir.

Às minhas avós **Chica** por todo o amor dedicado e **Maçu** que me serviu de inspiração para realizar o mestrado.

Ao meu tio **Alex** por ser minha companhia em Feira de Santana durante os dias do mestrado.

A **Lidiane** pela contribuição desde a digitalização dos documentos para a seleção até o apoio nas minhas ausências no trabalho.

Aos **colegas** do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC), que compartilharam os almoços e as angustias desse processo.

Aos **docentes** do MPSC, pelas discussões e conhecimentos adquiridos.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Salvador** e ao **Instituto Provida** pela disponibilidade e por ter autorizado a coleta de dados desta pesquisa.

Aos **usuários, profissionais e gestores/ coordenadores de saúde do município de Salvador** pela disponibilidade em participar deste estudo.

A **Jaína Nara**, minha Diretora Operacional, por toda compreensão, pela confiança em meu trabalho e liberação de minhas atividades nos momentos que precisei desenvolver as atividades do Mestrado.

A **Thais**, minha amiga e dupla do trabalho, pela compreensão e paciência no meu período de escrita.

À **UEFS** por ficar no meu caminho de casa e fazer mainha me dizer: “você vai estudar aí”. E deu certo no Mestrado!

Enfim, meu muito obrigada a todos que direta ou indiretamente torceram ou contribuíram para meu sucesso e aprendizado.

## RESUMO

**Introdução:** O acesso universal e gratuito aos serviços de saúde no Brasil, de forma igualitária e integral é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso aos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS) pode estar relacionado com as diversas possibilidades de ingresso e pode ser influenciado pela localização da unidade de saúde, a disponibilidade de dias e horários, atendimento a demanda espontânea e o entendimento que a população tem relacionado a estes aspectos, se atende às suas necessidades ou não. **Objetivos:** Analisar como tem se configurado o acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma ilha; Identificar os desafios e as potencialidades no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha; e Construir um fluxograma de atendimento para os usuários de uma USF localizada em uma ilha, que será divulgado em um panfleto.

**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo, que teve como campo a USF de Paramana, situada na Ilha dos Frades, município de Salvador-BA. Os participantes foram 05 profissionais e 04 gestores dos serviços de saúde, 10 usuários e 02 lideranças que atuam na localidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Paramana. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e o método de análise dos dados a Análise de Conteúdo Temática. Como este estudo foi realizado com seres humanos, o mesmo zelou pelo cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 e da Resolução 510/2016 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação. **Resultados:** O acesso aos serviços de uma USF localizada em uma ilha apresenta características particulares, fortemente influenciadas pelo contexto geográfico e social do território. Entre as potencialidades nesse processo, destaca-se a proximidade entre profissionais de saúde e a comunidade. Enquanto desafios destaca-se que o isolamento geográfico impõe barreiras à mobilidade, tornando o deslocamento até o continente mais complexo, demorado e, em alguns casos, oneroso. A dependência de transporte aquático, como lanchas e embarcações do SAMU, torna o acesso a atendimentos de urgência e emergência mais vulnerável a fatores climáticos e à disponibilidade de recursos, resultando em atrasos e limitações no socorro. Ainda se destaca a dificuldade de obtenção de vagas para consultas e exames especializados. Outro desafio identificado diz respeito às relações interpessoais e à dinâmica comunitária. Como resultado deste estudo, ainda tivemos como produto técnico a construção de um fluxograma analisador que retrata a conformação do acesso dos usuários de uma USF localizada em uma ilha. **Considerações finais:** Em síntese, a APS em lugares de difícil acesso revela-se como um espaço de cuidados próximos e personalizados, com potencial para fortalecer vínculos e a continuidade do cuidado. No entanto, as limitações logísticas, a escassez de recursos especializados e as barreiras sociais e culturais constituem desafios que exigem estratégias integradas de gestão, transporte e comunicação para garantir o acesso equitativo e eficiente à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; dimensões do acesso; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Universal, free, equal, and comprehensive access to health services in Brazil is a right guaranteed by the 1988 Federal Constitution, which established the Unified Health System (SUS). Access to services offered in Primary Health Care (PHC) can be related to the various access possibilities and can be influenced by the location of the health unit, the availability of days and times, meeting spontaneous demand, and the population's understanding of these aspects, whether or not it meets their needs. **Objectives:** To analyze how access to PHC services has been configured by users of a Family Health Unit (FHU) located on an island; To identify the challenges and potential in accessing PHC services experienced by users of a FHU located on an island; and To develop a service flowchart for users of a FHU located on an island, which will be disseminated in a pamphlet. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted at the Paramana Family Health Strategy (FHS) hospital in Ilha dos Frades, Salvador, Bahia. Participants included five health professionals and four health service managers, ten users, and two leaders working at the Paramana Family Health Strategy (FHS) facility. Data collection was conducted using semi-structured interviews, and thematic content analysis was used. Because this study involved human participants, it complied with the precepts of Resolution 466/2012 and Resolution 510/2016 and was submitted to the Research Ethics Committee for review. **Results:** Access to services at a FHS hospital located on an island has unique characteristics, strongly influenced by the geographic and social context of the territory. Among the potential advantages of this process, the proximity between health professionals and the community stands out. Among the challenges, geographic isolation poses barriers to mobility, making travel to the mainland more complex, time-consuming, and, in some cases, costly. Reliance on water transportation, such as speedboats and SAMU (Mobile Emergency Care) vessels, makes access to urgent and emergency care more vulnerable to weather conditions and resource availability, resulting in delays and limitations. Furthermore, the difficulty in obtaining appointments for specialized consultations and exams is noteworthy. Another challenge identified concerns interpersonal relationships and community dynamics. This study also resulted in the creation of an analytical flowchart that depicts the configuration of access for users of a USF (Family Health Unit) located on an island. **Final considerations:** In summary, PHC in hard-to-reach areas proves to be a space for close and personalized care, with the potential to strengthen bonds and continuity of care. However, logistical limitations, the scarcity of specialized resources, and social and cultural barriers pose challenges that require integrated management, transportation, and communication strategies to ensure equitable and efficient access to healthcare.

**KEYWORDS :** primary health care; access to health services; dimensions of access; barriers to access to health care.

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>9</b>   |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>2.1 Sistema Único de Saúde: aspectos históricos e legais em busca da garantia do acesso como direito de cidadania .....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>2.2 Acesso à saúde como categoria de análise .....</b>   | <b>21</b>  |
| <b>2.3 Atenção Primária à Saúde: histórico, avanços e desafios .....</b>  | <b>26</b>  |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>   | <b>30</b>  |
| <b>3.1 Tipo de estudo .....</b>   | <b>30</b>  |
| <b>3.2 Campo de estudo.....</b>   | <b>31</b>  |
| <b>3.3 Participantes do estudo .....</b>  | <b>32</b>  |
| <b>3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados .....</b>   | <b>36</b>  |
| <b>3.5 Método de análise dos dados .....</b>  | <b>37</b>  |
| <b>3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....</b>   | <b>40</b>  |
| <b>3.7 Produto técnico .....</b>  | <b>43</b>  |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>44</b>  |
| <b>4.1 Configuração do acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha: entrelaçamento das dimensões econômico-social, simbólica e organizacional .....</b> | <b>44</b>  |
| <b>4.1.1 Dimensão econômico-social: relação oferta e demanda e investimentos na rede pública .....</b>  | <b>45</b>  |
| <b>4.1.2 Dimensão organizacional: conformação e aspectos geográficos no acesso a APS.....</b>   | <b>52</b>  |
| <b>4.1.3 Dimensão simbólica: crença e valores no acesso aos serviços da APS.....</b>  | <b>589</b> |
| <b>4.2 Potencialidades e desafios no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha.....</b>   | <b>64</b>  |
| <b>4.2.1 Acesso aos serviços de uma USF localizada em uma ilha: potencialidades e facilidades na sua efetivação .....</b>   | <b>65</b>  |
| <b>4.2.2 Desafios no acesso aos serviços de APS como “porta de entrada” por usuários de uma ilha .....</b>  | <b>70</b>  |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>83</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>85</b>  |
| <b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES .....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: USUÁRIOS E LIDERANÇAS LOCAIS .....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>   | <b>96</b>  |

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso universal e gratuito aos serviços de saúde no Brasil, de forma igualitária e integral é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990. Os serviços disponibilizados pela rede do SUS incluem desde promoção e manutenção da saúde, até ações preventivas de doenças e agravos, bem como, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Desse modo, o acesso a tais serviços fundamenta-se tanto na disponibilidade e oferta, quanto no entendimento e necessidade do indivíduo e da comunidade (Brasil, 1988).

Sob essa perspectiva, os princípios e diretrizes do SUS compõem a base para a sua organização e funcionamento, sendo caracterizados em princípios organizativos e doutrinários. Neste último, destacamos o princípio da universalidade que visa garantir ao indivíduo acesso à saúde, entendendo o ser humano em todos os níveis de atenção e compreendendo a pessoa inserida em um contexto biopsicossocial (Costa, 2022).

Considerando o serviço de saúde como porta de entrada, a definição de acesso que mais se assemelha é como o ato de ingressar, entrada, chegada, possibilidade de chegar. Entretanto, de acordo com Pustai (2004), o acesso precisa estar alinhado aos princípios do SUS, de forma que exista uma finalidade e produza um fim. Para Campos (1992), o acesso vai além da porta de entrada, ele precisa ser pensado como uma conexão entre o serviço e o usuário, de forma a transformar a realidade do indivíduo. Giovanella e Fleury (1995), discutem acesso como a análise das interrelações entre o usuário e o serviço. Já Botelho e França Júnior (2018) relacionam o acesso simultaneamente a quatro fatores: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

Neste estudo, utilizamos o conceito de acesso proposto por Abreu-de-Jesus e Assis (2010), que o considera como local de admissão, de acolhimento e recepção do usuário, que dispõe de uma demanda específica, assim como o deslocamento percorrido no sistema a fim de dar resolubilidade à sua necessidade. Assim, para Abreu-de-Jesus e Assis (2010) o acesso vai muito além da porta de entrada, sendo entendido como dispositivo transformador da realidade, capaz de assegurar a produção do vínculo, acolhimento humanização e resolução dos problemas identificados na assistência.

Dessa forma, os serviços ofertados e acessados pela população são organizados pelo grau de complexidade da demanda do usuário. A Portaria 4.279 de 2010 (Brasil, 2010a) estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS,

agrupando os serviços em níveis de atenção, sendo eles: Primário, Secundário e Terciário. Através de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS) foi pensada como porta de entrada, nível em que o usuário tem o primeiro contato com o sistema, já a Atenção Secundária prevê cuidados mais especializados, de diagnósticos mais específicos. A Atenção Terciária é restrita aos casos mais complexos e requer intervenções altamente especializadas (Brasil, 2010a).

Em decorrência disso, a APS é caracterizada principalmente por serviços ambulatoriais, voltados a responder as necessidades de saúde mais comuns da população (Mattos; Balsanelli, 2019), sendo marcada pelo desenvolvimento de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica e pela capacidade de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população.

De acordo com Sarti e outros. (2020), compete a APS a coordenação do cuidado, mesmo quando o indivíduo recebe assistência nos outros níveis de atenção, pois tem como atributos, a longitudinalidade, integralidade e coordenação, implicando o desenvolvimento da acessibilidade, o primeiro contato e uso do serviço para cada nova demanda de cuidado.

Somado a isso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), apresenta o entendimento da Atenção Básica (AB) como o agrupamento de ações de saúde, sejam elas individuais, familiares e/ou coletivas que abrangem desde a prevenção até a vigilância em saúde, incluindo proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, realizada com equipe multiprofissional e destinada à população em território determinado, tendo a equipe uma responsabilidade sanitária, a promoção de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. A PNAB ainda determina que a AB será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

Assim, a PNAB 2017 estabelece como termos semelhantes Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), de forma que os princípios e diretrizes de ambas se assemelham (Brasil, 2017). Nesse estudo, utilizaremos a nomenclatura APS por ser mais amplamente difundida e reconhecida no cenário mundial.

Como estratégia de reorientação do modelo de assistência, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo a família como prioridade da atenção e não apenas o indivíduo doente, focado na integralidade da assistência e na atuação preventiva e de forma contínua, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Apesar de ter sido denominado como Programa, observou-se que o PSF se diferenciava dentre as propostas do Ministério da Saúde, pelas suas especificidades. Passou-se então a ser pensado e descrito como estratégia, pela forma como funciona, possibilitando a integração e promovendo atividades em um território determinado, com o objetivo de identificar e solucionar os problemas (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

De modo que, na PNAB 2006 foi proposta a substituição da nomenclatura de Programa para Estratégia de Saúde da Família (ESF), que mantém muitos dos princípios originais, mas com algumas modificações e atualizações para melhor atender às necessidades da população. A ESF tem sido fundamental para ampliar o acesso aos serviços de saúde no Brasil, especialmente em áreas de difícil acesso e em comunidades mais vulneráveis, contribuindo para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e reduzindo a necessidade de intervenções médicas mais complexas e onerosas (Brasil, 2006).

A ESF é definida como prioritária para a organização e fortalecimento da APS, composta por uma equipe multidisciplinar e pautada no trabalho articulado, considerando a integralidade do indivíduo, tendo em vista as condições de vida, trabalho e moradia relacionados a família e a comunidade (Brasil, 2010b).

Desde a sua criação e principalmente nos últimos anos, o SUS vem sofrendo importantes mudanças em seus programas e políticas, especialmente na APS, também denominada Atenção Básica, podendo citar, nesse sentido, a nova Política Nacional da Atenção Básica, de 2017 (Brasil, 2017), e o Programa Previne Brasil, de 2019 (Brasil, 2019), os quais reestruturaram a política de financiamento desse nível de atenção.

Embora o SUS assegure legalmente o acesso universal aos serviços de saúde, nem sempre o usuário o vivencia na prática. Quando se trata de populações vulneráveis, observa-se que o aumento da oferta de serviços de saúde não tem sido suficiente para garantir o maior acesso e utilização desses serviços (Dantas et al., 2022).

Entretanto, ainda que reconheçamos que houve avanços, concordamos com Assis e colaboradores (2010), que o modelo de atenção à saúde no Brasil passou por grandes mudanças com a inserção de programas inovadores e estratégicos, a exemplo da ESF, entretanto ainda não foi possível garantir a efetivação do acesso, visto que o acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS ainda é desigual e excludente em algumas situações.

O acesso aos serviços ofertados na APS pode estar relacionado com as diversas possibilidades de ingresso e pode ser influenciado pela localização da unidade de saúde, a disponibilidade de dias e horários, atendimento a demanda espontânea e o entendimento que a população tem relacionado a estes aspectos, se atende às suas necessidades ou não.

De acordo com Araujo, Nascimento e Araujo (2019), o acesso à saúde é um direito de cidadania que desde a sua garantia na Constituição de 1988 apresenta dificuldades e limites para a sua efetivação na prática. Além disso, as autoras destacam que embora haja empenho na atuação dos profissionais em assegurar a integralidade no cuidado, ainda há dificuldade de interligação entre os serviços e o processo de referenciamento, apesar de existirem algumas potencialidades nesse processo, como o vínculo e a facilidade de contato com o usuário, através de ações compromissadas e acolhedoras de alguns profissionais que trabalham na ESF.

Outro desafio no acesso aos serviços de saúde é o fato de a demanda na maioria das vezes se configurar maior que a oferta e que diante dessas situações os usuários que têm condições financeiras de arcar com os serviços de saúde privados realizam o custeio direto para ter o atendimento garantido, não devendo o Estado se eximir da sua responsabilidade de garantir a saúde e os meios necessários para a sua promoção enquanto direito do cidadão (Araujo; Nascimento; Araujo, 2019).

Ao longo da atuação de uma das autoras deste estudo como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada em uma ilha, foi possível identificar os desafios e as potencialidades no acesso aos serviços de APS que os usuários da ESF vivenciam. Destacamos principalmente as barreiras geográficas, devido a localização da USF e a grande demanda.

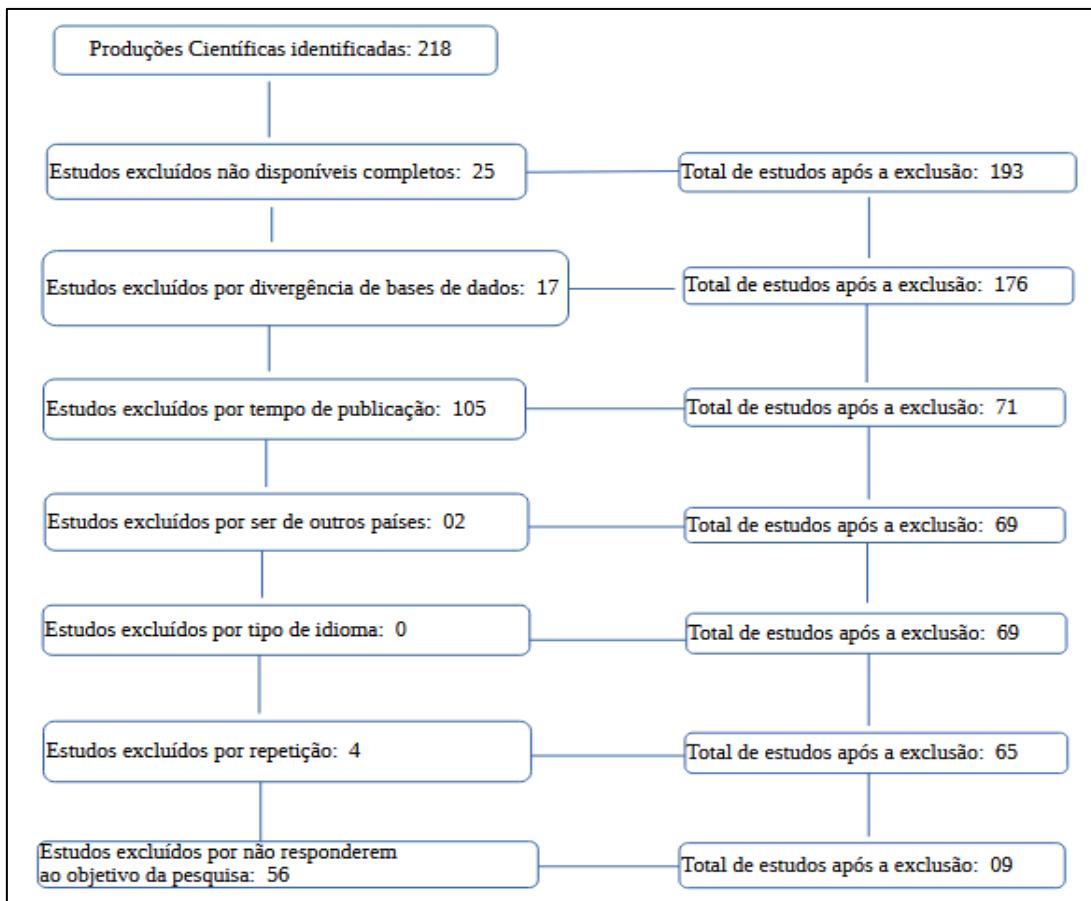
Nesse cenário, constata-se que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha avançado de forma significativa, ainda persistem barreiras que comprometem a efetivação do acesso aos serviços conforme preconizado. Entre os principais fatores identificados durante a prática profissional, destacam-se a localização geográfica, os obstáculos físicos relacionados ao deslocamento até a unidade, a necessidade de transporte marítimo, bem como aspectos simbólicos vinculados à cultura e às crenças da população, além de limitações de ordem econômica, entre outros. Tais condicionantes evidenciam a complexidade do tema e fundamentam a pertinência da realização deste estudo.

No sentido de pesquisar o nosso objeto de estudo ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DE UMA ILHA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES, fizemos um levantamento online das produções científicas sobre acesso aos serviços de saúde no mês de março de 2024, no portal de periódicos eletrônicos disponibilizado pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o uso dos seguintes descritores em português: Acesso aos serviços de saúde, Atenção primária à saúde e Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. Para tanto, foi aplicado o recurso de operador booleano AND, sendo selecionados da seguinte forma: Acesso aos serviços de saúde AND Atenção primária à saúde AND Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

Posteriormente, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos científicos a serem analisados. Os critérios de inclusão foram: documentos nas modalidades de produções científicas, publicados no período de 2019 a 2023, em português, inglês e espanhol, disponíveis online, na íntegra, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

Para a busca definimos os critérios de inclusão citados anteriormente e os selecionamos no recurso “Configurar Filtro”, disponível na página da BVS, e após clicar nesses itens, foi acionado o ícone “Filtrar”, para iniciar a escolha das produções científicas a serem analisados. Não foram classificados, considerando critérios de exclusão: produções científicas que não respondessem ao objetivo da pesquisa, que estivessem repetidos e que não fossem realizados no Brasil. Na busca inicial, foram selecionadas 71 produções científicas.

Na terceira etapa, com a finalidade de selecionar as produções científicas, foi realizada a avaliação, primeiramente através do título, em seguida, dos seus resumos e objetivos, a fim de identificar se estavam de acordo com os objetivos deste trabalho. Subsequentemente, foram excluídas quatro produções científicas por estar repetido, dois que não foram realizados no Brasil e 56 por não corresponderem aos objetivos e às questões propostas, totalizando, assim, nove produções científicas, que integraram a composição desta busca, conforme apresentado na Figura 1.



**Figura 1:** Fluxograma com a síntese da seleção de produções científicas na BVS.

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

Somado a isso, a quarta etapa foi caracterizada por uma leitura aprofundada, possibilitando a obtenção de informações relevantes e procedeu-se à categorização das nove produções científicas selecionadas, as quais são apresentados no Quadro 1, que os caracteriza quanto ao autor(es), objetivos, local, periódico em que foi publicado e ano.

**Quadro 1.** Síntese das produções científicas incluídas na busca online segundo autor, objetivo, resultados, local/periódico e ano de publicação.

| Autor                   | Objetivo   | Local/Periódico/Ano                                 |
|-------------------------|--|---|
| 1) Silva                | Analisar o acesso à atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério em dois municípios com características insulares da região Amazônica, classificados como rurais e remotos.                       | São Paulo; <i>Faculdade de saúde pública</i> , 2022 |
| 2) Oliveira do Ó et al. | Evidenciar as barreiras de acessibilidade à atenção básica pela população de um assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a perspectiva de assentadas, profissionais e gestão.                       | Recife; <i>Cad Saúde Pública</i> , 2023             |
| 3) Fausto et al.        | Analisar as singularidades da organização Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) da Amazônia sob influência dos rios e discute desafios para atenção integral no SUS.   | Rio de Janeiro; <i>Ciênc Saúde Colet</i> , 2022     |
| 4) Santos et al.        | Evidenciar em publicações nacionais e internacionais, os avanços e desafios na saúde de populações ribeirinhas que vivem na Amazônia Legal brasileira.   | Amazonas; <i>Rev. APS</i> , 2021                    |
| 5) Borges, Lima, Santos | Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros de UBS tradicionais e avaliar o acesso de primeiro contato dos usuários.   | Araguari; <i>Rev. enferm. atenção saúde</i> , 2021  |
| 6) Santos et al.        | Analisar os resultados do Censo Nacional de Unidades Básicas de Saúde no que diz respeito às barreiras arquitetônicas e de comunicação na APS em todo o Brasil.                                    | Campo Grande; <i>Epidemiol Serv Saúde</i> , 2020    |
| 7) Semeunka et al.      | Descrever e avaliar as mudanças na organização do acesso da população aos recursos e serviços da Unidade de Saúde Parque dos Maias, do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. | Porto Alegre; <i>Coleciona SUS</i> , 2020           |
| 8) Oliveira et al.      | Analisar as barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes em cinco Regiões de Saúde do Brasil.  | Rio de Janeiro; <i>Cad Saúde Pública</i> , 2019     |
| 9) Martins et al.       | Analisar a associação entre o acesso aos serviços de APS dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da ESF.   | Salvador; <i>Cad Saúde Pública</i> 2019             |

Das produções científicas selecionadas, sete foram artigos, uma dissertação de mestrado e um trabalho de conclusão curso da residência. Duas produções foram publicadas no ano de

2019, assim como 2020 e 2021 e 2022 e uma publicação ocorreu no ano de 2023. A revista prevalente foi a *Cadernos de Saúde Pública*.

O Estudo 1 ressaltou que as barreiras de acesso geográfico compõem longos percursos, grandes custos, transportes precários, variação sazonal do clima, regime dos rios e fluxo das águas. Já a acessibilidade organizacional é dificultada pela insuficiência de transportes sanitários e pela agenda restritiva de atendimentos, fatores que influenciam nos custos financeiros para os usuários do serviço (Silva, 2022).

Já o Estudo 2 (Oliveira do Ó et al., 2022) realizado em um assentamento em Pernambuco, destacou que apesar da expansão da APS e da relevância de patamares significativos no Brasil, barreiras de acessibilidade ainda perduram para populações vulneráveis. A pesquisa apontou a persistência de desigualdades no território estudado, a exemplo da inexistência do saneamento básico e dificuldades de locomoção, sendo identificadas como prevalentes quatro barreiras: a geográfica, organizacional, financeira e informacional.

Entre as barreiras de acessibilidade geográfica foi evidenciada a distância entre a unidade e o assentamento sem a garantia de um transporte; as barreiras organizacionais apresentaram alta demanda de usuários e estrutura física precária; as barreiras financeiras demonstraram ameaças do novo financiamento e condições de vida precárias da população; e as barreiras de informação apontaram a escassez da educação permanente e o preconceito associado às falhas de comunicação entre profissionais e assentados (Oliveira do Ó et al., 2022).

Além disso, o Estudo 8 (Oliveira et al., 2019), salienta que no que se refere à disponibilidade, configuraram barreiras em todas as regiões estudadas: indisponibilidade de alguns serviços, indisponibilidade de médicos, compartilhamento de responsabilidades e informações em tempo oportuno, e lista de espera em relação a necessidades.

Nesse sentido, o Estudo 9 (Martins et al., 2019) apontou que a existência de barreiras de acesso aos serviços de APS que demandam restrições ao processo de obtenção do cuidado, impactando na qualidade de vida dos indivíduos, além de contribuir com a redução de sobrevida. Identificou-se também como barreiras de acesso o tempo entre a marcação e a consulta, a ausência de transporte coletivo, a existência de filas, entre outros.

Assim, o Estudo 3 (Fausto et al., 2022) evidenciou que as dificuldades para disponibilizar serviços de APS em áreas de difícil acesso, impõem aos gestores municipais a necessidade de criar alternativas organizacionais na ESF. Observou-se também que apesar da informatização, as UBS enfrentam problemas como conectividade, os quais dificultam o uso de Telessaúde ou Telemedicina.

Ainda de acordo com o Estudo 3 (Fausto et al., 2022) a gestão tem desenvolvido estratégias para ampliar o acesso na APS nas áreas mais remotas, apesar de nem sempre assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado. Além disso, esse estudo aponta que chegada de médicos do programa Mais Médicos possibilitou a ampliação da cobertura da ESF e o investimento pela gestão na contratação de outros profissionais para a APS.

No que se refere a repensar o atendimento de saúde ofertado às populações ribeirinhas, o Estudo 4 (Santos et al., 2021), diante da singularidade do território, devido as suas características geográficas e aos determinantes sociais, e as variadas dificuldades enfrentadas por essa população, cita que o deslocamento que pode perdurar por dias, destacando a importância de pensar o direito a acessibilidade desses usuários. Nesse sentido, apesar dos avanços alcançados, propõe que ainda existem desafios a enfrentar para ampliar o acesso e garantir a assistência de forma equânime, universal e resolutiva a indivíduos que residem nesses locais.

Por outro lado, o Estudo 5 (Borges; Lima; Santos, 2021) pontuou como aspectos limitadores para o acesso à saúde as dificuldades vivenciadas para marcação de consultas, tempo de espera amplificado, acolhimento frágil e inconsistência no pronto atendimento das necessidades mais urgentes.

Além disso, ainda com relação a acessibilidade, no Estudo 6 (Santos et al., 2020), foi possível evidenciar que pessoas com deficiência possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente pelas barreiras arquitetônicas, que se apresenta como um grande desafio para o SUS. Da mesma forma, observou-se que pessoas com deficiência sofriam pela inadequação do acolhimento, ferramenta indispensável na humanização do cuidado em saúde, sobressaltando a fragilidade do sistema.

Nesse sentido o Estudo 7 (Semeunka et al., 2020), destaca a importância da mudança nos aspectos culturais e investimentos em estrutura da unidade, para além das alterações no processo de trabalho local e modelo de gestão, para assim construir um SUS que oferte mais acesso e saúde aos seus usuários.

Os estudos supracitados evidenciaram que, apesar da unidade de saúde estar localizada em um ponto estratégico da comunidade, ainda existem barreiras geográficas e organizacionais que interferem no acesso ao serviço de saúde. Com isso é possível observar que, embora seja considerada porta de entrada privilegiada e alternativa substitutiva do modelo biomédico, a APS ainda enfrenta muitos desafios para a efetivação de um papel organizador e coordenador do cuidado no sistema de saúde.

A partir dessa busca online destaca-se a relevância deste estudo, a qual é justificada pela sua proposta. Nesse sentido, este estudo se faz relevante, pois busca analisar como tem se configurado o acesso aos serviços de saúde da APS pelos usuários de uma ilha - local de difícil acesso geográfico - que faz parte da área de cobertura do município que será estudado. Assim, poderão ser identificados os desafios nesse processo, propondo medidas que busquem vencê-los e superá-los, bem como as possíveis potencialidades vivenciados pelos usuários, almejando fortalecê-las.

Assim, esperamos com esta pesquisa fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas para vencer as dificuldades e fortalecer as potencialidades do acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a sua promoção enquanto direito de cidadania. Além disso, este estudo poderá também colaborar para o conhecimento de como os profissionais de saúde e gestores têm atuado, ratificando a importância da promoção do acesso e de uma prática resolutiva na efetivação dos princípios do SUS.

Deste modo, buscaremos neste estudo responder às seguintes questões norteadoras:

- Como tem se configurado o acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha?
- Quais os desafios e as potencialidades no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha?

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Analisar como tem se configurado o acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha;
- Identificar os desafios e as potencialidades no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha;
- Construir um fluxograma de atendimento para os usuários de uma USF localizada em uma ilha, que será divulgado em um panfleto.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sistema Único de Saúde: aspectos históricos e legais em busca da garantia do acesso como direito de cidadania

Para um melhor entendimento do nosso objeto de estudo – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS DE UMA ILHA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES – é necessário contextualizar os aspectos históricos e legais da política de saúde brasileira no caminho trilhado para a garantia do acesso como direito de cidadania.

Anteriormente a década de 90, apenas uma parte da população, exclusivamente aqueles que possuíam trabalho formal, tinham direito a acessar os serviços disponibilizados pelos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no Instituto de Assistência da Previdência Social (INAMPS). Assim, quem não tivesse direito aos serviços do INAMPS, era atendido pelo sistema paralelo, sistemas humanitários, como as Santas Casas de Misericórdia, de modo que, uma grande parcela da população ficava sem acesso à saúde (Cobaito; Cobaito 2021).

Desse modo, antes da implementação do SUS eram assistidas apenas aquelas pessoas que contribuíam para a previdência social. Essa população poderia fazer uso apenas dos serviços médico-hospitalares e quem não possuía recursos, dependia da caridade e da filantropia (Dantas et al., 2022).

Durante a ditadura militar, no início da década de 70 ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária, que foram ideias propostas em relação às mudanças necessárias para a área da saúde, em busca de melhoria de vida da população. Nesse contexto, houve como marco a 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a saúde numa concepção ampliada e enquanto direito, contribuindo para embasar a construção da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS (Cordeiro, 2004).

A Constituição Federal de 1988 definiu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atingir este objetivo, foi criado o SUS, de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade (Brasil, 1988).

Com a institucionalização do SUS, ocorreu a unificação do acesso de toda a população a todos os serviços e, a partir de alguns princípios éticos, tornou o sistema acessível a todos os

indivíduos, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição, tornando-o universal (Cobaito; Cobaito 2021).

A implementação do SUS teve início em 1990, com a promulgação da Lei 8080/1990 e 8142/1990.

A Lei 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi promulgada em 19 de setembro de 1990, e estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil, regulamentando a organização e o funcionamento do SUS. Essa lei define as responsabilidades e atribuições da união, estados e municípios, na organização e na prestação dos serviços de saúde. Ela também estabelece os princípios e diretrizes e define os direitos e deveres dos usuários do SUS (Brasil, 1990a).

Já a Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, ao estabelecer que os cidadãos têm o direito de participar das políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos de Saúde, conferências e outras instâncias deliberativas, buscando promover a democratização das decisões sobre a saúde no país e a participação ampla da sociedade na formulação de políticas, fiscalização e controle das ações do SUS. Além disso, estabelece que os gestores devem prestar contas das ações e dos recursos destinados à saúde para a população (Brasil, 1990b).

O SUS se baseia em princípios e diretrizes que orientam a sua organização e funcionamento, sendo caracterizados como princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são: a universalidade que preconiza que todos os cidadãos têm direito e devem ter acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua condição econômica, social, racial, de gênero ou de qualquer outra natureza; a integralidade que considera as diversas dimensões do ser humano, promovendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e a equidade que busca reduzir as desigualdades em saúde, garantindo que as pessoas com maiores necessidades tenham acesso prioritário aos serviços (Sales et al., 2019).

Já os princípios organizativos são: a regionalização e hierarquização que defende que a organização do SUS deve ser feita de forma regionalizada, para garantir a ampla cobertura da população em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços de média e alta complexidade, sendo organizado em uma rede, que se estrutura de forma hierarquizada, com diferentes níveis de complexidade, tendo a APS como porta de entrada para o sistema; a descentralização organiza o SUS em diferentes esferas de gestão, com a separação das responsabilidades e recursos para os municípios, estados e União, permitindo uma maior participação da sociedade na gestão e também uma maior adequação das políticas de saúde às

necessidades locais; e a participação social, que inclui a participação da sociedade na formulação, implementação e controle das políticas de saúde, a partir de espaços de participação, como os conselhos de saúde, e colegiados gestores, onde os usuários do sistema podem expressar suas demandas e contribuir para a melhoria dos serviços (Sales et al., 2019).

Destaca-se que o SUS é um sistema de saúde público, universal e gratuito, que garante o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país. Ele é financiado com recursos do governo federal, estadual e municipal, e atualmente é gerido de forma descentralizada, municipalizada e participativa, ou seja, cada cidade e estado possui autonomia para organizar e gerenciar seus serviços de saúde.

Os anos se passaram e avanços aconteceram, sendo importante ressaltar que o acesso aos serviços de saúde é um direito fundamental de todos os indivíduos, garantido pela Constituição Federal e por leis específicas que regulamentam o SUS. Ter acesso a cuidados de saúde significa ter a oportunidade de receber tratamento adequado e oportuno para prevenir, diagnosticar e tratar doenças, bem como promover a saúde e o bem-estar.

Apesar de já haver completado mais de 30 anos, o SUS ainda enfrenta desafios, desde o subfinanciamento, boicotes com o objetivo de atrair a privatização e até mesmo o desmonte, como o vivenciado com a Emenda Constitucional 95, que se tornou conhecida como “emenda da morte” (Paim, 2018).

Destaca-se também entre os principais obstáculos a falta de infraestrutura adequada, longas filas de espera, déficit no quantitativo de profissionais de saúde, dificuldades de deslocamento, entre outros (Cobaito; Cobaito 2021), limites que impedem a efetivação do direito ao acesso aos serviços de saúde.

No tópico seguinte, fazemos uma discussão mais detalhada do acesso, enquanto categoria de análise.

## **2.2 Acesso à saúde como categoria de análise**

O acesso aos serviços de saúde de acordo com Abreu-de-Jesus e Assis (2010), é definido como o local no qual o usuário é recebido, o ato de acolher, ou a porta de entrada, assim como o decorrer desse atendimento, buscando a resolutividade da necessidade por ele apresentada. Para Campos (1992), o entendimento de acesso excede a porta de entrada, podendo ser considerado como um dispositivo transformador da realidade.

Ter acesso a cuidados de saúde significa ter a oportunidade de receber tratamento adequado e oportuno para prevenir, diagnosticar e tratar doenças, bem como promover a saúde e o bem-estar. O conceito de acesso se refere à capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde de maneira equitativa, com qualidade e sem discriminação. O acesso está relacionado a diversos aspectos, tais como: geográfico, econômico, relacional, cultural e funcional, os quais são descritos a seguir (Unglert, 1995):

- Geográfico: é caracterizado pelo tempo necessário para o deslocamento e a distância existente entre a residência do usuário e o serviço de saúde, utilizando como base os conceitos de territorialização e acessibilidade;
- Econômico: tem como características os desafios e facilidades encontradas pelos usuários para dispor do atendimento, como os custos com deslocamento e medicamentos;
- Relacional: é caracterizado pela inserção do usuário nas ações de saúde, envolvimento nas atividades de planejamento, entre outros, auxiliando no desenvolvimento de uma assistência para satisfazer a sua necessidade, de acordo com as características singulares daqueles usuários;
- Cultural: é a relação do serviço de saúde com a forma de viver da população, considerando seus hábitos e costumes;
- Funcional: considera o tipo, a qualidade do serviço ofertado e horário de funcionamento.

Ainda sobre o conceito de acesso, podemos trazer a concepção de Giovanella e Fleury (1995), pensando-o como a possibilidade de o usuário ter sua demanda atendida e resolvida na interrelação entre o serviço e o usuário e pode agregar as seguintes dimensões: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade.

A disponibilidade é definida pela relação entre volume e tipo de serviço e volume e tipo de necessidade do usuário, já a acessibilidade está relacionada ao quanto o serviço é acessível, considerando o local de disponibilidade do serviço e o usuário, levando em consideração tempo de deslocamento e custo, por exemplo. A acomodação trata-se da forma como a oferta está organizada para receber o usuário; a capacidade financeira está relacionada ao preço dos serviços necessários para o atendimento; e a aceitabilidade é a forma como os trabalhadores de saúde e os serviços ofertados são aceitos pelos usuários (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012)

Com a perspectiva de analisar e categorizar o acesso, Giovanella e Fleury (1995) utilizam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas, o que posteriormente resultaram em quatro modelos teóricos que são os modelos: economicista, sanitarista-planificador, sanitarista-politicista e o modelo das representações sociais.

O modelo economicista mapeia a forma como os indivíduos consomem, levando em consideração a oferta e a demanda e como os diferentes padrões de consumo influenciam nessa relação. O sanitário-planificador visa a possibilidade de garantia de consumo das ofertas disponíveis na rede, de acordo com a demanda. O modelo sanitário-politicista comprehende acesso como o entendimento da população referente aos determinantes sociais e processo saúde doença como fatores que influenciam diretamente na organização social das práticas de saúde; e, por fim, o modelo das representações sociais critica o modelo sanitário-politicista, propondo deslocar a problemática da saúde relacionada ao Estado, para a vida social, seus planos e instituições (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012).

Analizando o acesso com uma compreensão multidimensional, Giovanella e Fleury (1995) propõem dimensões de análise do acesso, as quais são: **política**, enquanto direito do cidadão; **técnica**, relacionada a integralidade da atenção e resolutividade do problema; **simbólica**, enquanto atendimento das necessidades; e **econômica**, referente a oferta e demanda.

A **dimensão política** busca demonstrar as definições de alternativas a favor do acesso universal aos serviços de saúde, com ações como a pactuação entre instâncias de poder, com a participação da sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de profissionais de saúde, através das decisões compartilhadas entre os indivíduos envolvidos neste processo. Consequentemente, essa dimensão vai além da implementação de ações que tem como objetivo ofertar o acesso enquanto um direito de todo cidadão, de maneira que assegure a sua universalidade, equidade e integralidade, conforme preconiza a Constituição Federal (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012).

Desse modo, tal dimensão, envolve a promoção de programas especiais para atender a necessidades específicas da população, a pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal), como também a participação e organização social (Araujo, 2014).

De acordo com Assis e Abreu-de-Jesus (2012) a **dimensão técnica** está relacionada a atividades que deverão ter como centro da atenção o usuário do SUS, executadas por trabalhadores de saúde, gestores, prestadores públicos e/ ou privados. Portanto, é necessário modificar o processo de trabalho em saúde, tendo como enfoque o acolhimento, o vínculo e a autonomia da equipe e usuário.

A dimensão técnica busca considerar responsáveis os profissionais, gestores e prestadores dos serviços de saúde pela promoção de uma atenção voltada para o usuário, a partir do acolhimento e vínculo, que poderão produzir uma assistência integral e resolutiva. Todavia para Giovanella e Fleury (1995) a dimensão técnica do acesso demonstra a utilização e as

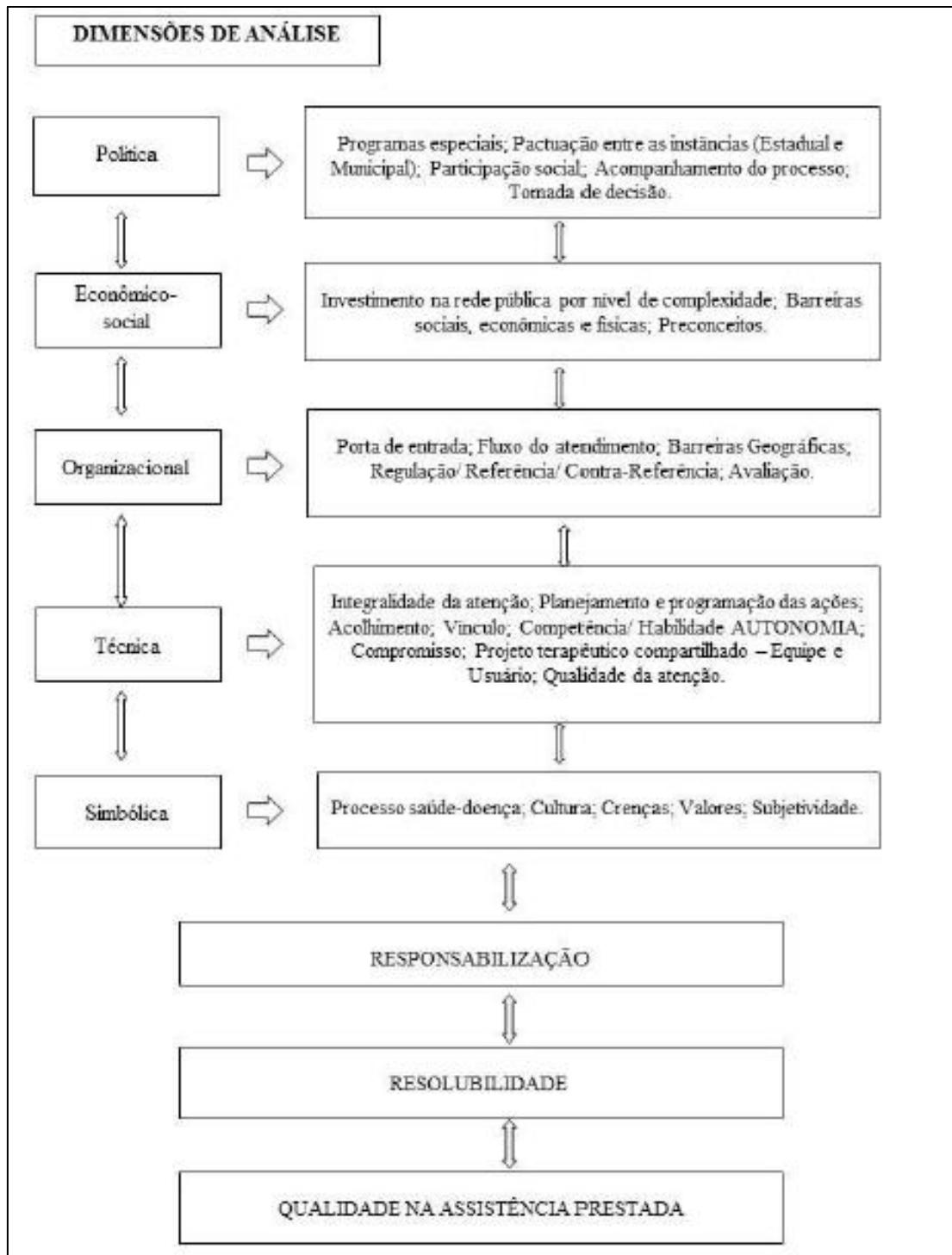
dificuldades identificadas pelo usuário para obter a assistência desejada, como também a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento e a sua organização.

Já a **dimensão simbólica**, segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012) representa a subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo aspectos como a cultura, crenças e valores de indivíduos e grupos aos quais pertencem em diferentes territórios, onde os serviços de saúde estão inseridos.

No que se refere a **dimensão econômica**, trata-se da relação entre oferta e demanda, é analisada, considerando os investimentos na rede pública, de acordo com os níveis de complexidade, tendo em vista a responsabilidade do financiamento de acordo com as esferas de poder (municipal, estadual e federal). Para isso, é necessária a identificação das barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, de modo que promova equidade na oferta dos serviços de saúde, dos diferentes níveis de complexidade (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012).

Assis e outros (2011) citados por Araujo (2014) acrescentam a **dimensão organizacional**, a qual tem como foco a garantia do acesso a partir de uma rede caracterizada por uma porta de entrada ao sistema, apesar das barreiras geográficas que se constituem, no processo de regulação, no ato de referenciar e contrarreferenciar e na avaliação permanente das ações desenvolvidas.

Essas dimensões de análise do acesso aos serviços de saúde são caracterizadas de forma esquemática na Figura 2 a seguir:



**Figura 2:** Modelo Teórico: Acesso aos Serviços de Saúde.

**Fonte:** Assis e outros (2011), citados por Araujo (2014).

Nesta pesquisa, analisaremos a configuração do acesso aos serviços de APS considerando como bases orientadoras as dimensões de análise econômico/social, organizacional e simbólica, delimitadas por Giovanella e Fleury (1995) e complementadas com

o modelo teórico proposto por Assis e outros (2010), tendo em vista a relação e aproximação com o nosso objeto estudo.

### **2.3 Atenção Primária à Saúde: histórico, avanços e desafios**

Realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata, Cazaquistão, em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi um marco significativo na história da saúde pública global. Seu principal objetivo era promover a saúde como um direito fundamental e destacar a importância dos cuidados primários de saúde como a base essencial e que deveriam estar acessíveis a todos e desenvolvida a partir de métodos e tecnologias práticas, cientificamente sólidas e socialmente aceitáveis, destinadas a prevenir, curar e reabilitar (Matta; Morosini, 2009).

Fruto desta conferência e reconhecendo que a saúde é influenciada por uma ampla gama de fatores, a Declaração de Alma-Ata incentivou a cooperação entre diferentes setores, como saúde, educação, agricultura, habitação, entre outros, reconheceu os desafios de saúde globais e defendeu a cooperação internacional para enfrentar questões como a erradicação de doenças, a melhoria das condições de saúde e a promoção da igualdade na saúde (Giovanella et al., 2019).

Em resposta à necessidade de promover a reorganização da APS no Brasil, priorizando a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde da população, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). A criação do PSF teve como principais objetivos: a reorientação do modelo de atenção à saúde, atenção integral e continuada, ênfase na atenção primária, trabalho em equipe multidisciplinar, envolvimento da comunidade, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e o monitoramento e avaliação das ações de saúde (Brasil, 1996).

Assim, visando assegurar uma ampliação da rede de APS, descentralizar o sistema e ampliar o acesso a esses serviços pela população, com promulgação da NOB SUS 01/96 (Brasil, 1996) houve um avanço na implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006) que trouxe importantes avanços na organização e no financiamento da atenção básica. Ela estabeleceu diretrizes para a

organização dos serviços, definiu equipes mínimas de saúde, incentivou a participação comunitária e promoveu ações de promoção e prevenção, bem como a mudança de nomenclatura de Programa para Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006).

Em 2011, uma nova versão da PNAB foi publicada com o objetivo de fortalecer ainda mais a APS, ampliando o papel das equipes de Saúde da Família e aprimorando a gestão dos serviços (Brasil, 2011).

Por conseguinte, em 2017, houve uma reformulação da PNAB que gerou controvérsias. A nova versão proposta trouxe mudanças significativas, como a flexibilização das equipes de saúde e a possibilidade de outras formas de organização de serviços além da ESF, o que gerou debates sobre a potencial fragmentação da APS e a necessidade de manter o foco na ESF como modelo prioritário.

A PNAB (2017) ainda reforça que para que a Atenção Básica possa ordenar a Rede de Atenção à Saúde, é necessário identificar as necessidades de saúde da população adscrita, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços parta das necessidades das pessoas, buscando com isso fortalecer o planejamento ascendente (Brasil, 2017).

A ESF busca oferecer cuidados de forma integral, considerando as necessidades de saúde das pessoas em todas as fases da vida, sendo responsável pelo acompanhamento das famílias do território e do vínculo mais estreito entre os profissionais de saúde e a comunidade. A equipe de Saúde da Família (e-SF) é composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, podendo ter a participação de outros profissionais de saúde, como odontólogos, que trabalhando de forma integrada, auxiliam no acompanhamento de condições crônicas, como diabetes, hipertensão e outras doenças (Brasil, 2017).

Além do tratamento de doenças, a ESF prioriza ações de prevenção, promoção de hábitos saudáveis e educação em saúde, realiza ações de saúde diretamente na comunidade, levando os serviços para mais perto das pessoas. A população pode ser incentivada a participar ativamente das decisões sobre a saúde da sua comunidade e a eficácia do programa poderá ser avaliada para garantir a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2017).

Estando inserida na APS, a ESF é regida pelos princípios e diretrizes que fundamentam a operacionalização desse nível de atenção. Assim, os princípios são: universalidade, equidade e integralidade. Já como diretrizes temos: regionalização, hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (Brasil, 2017).

Desde a implantação da ESF os avanços adquiridos pela APS nos últimos anos são perceptíveis, como: a ampliação da cobertura; o desenvolvimento de programas específicos para atender necessidades de diferentes grupos, como Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde do Idoso, entre outros; a promoção de saúde e prevenção de doenças, com a realização de campanhas de vacinação, ações de promoção de hábitos saudáveis, exames de rastreamento e outras iniciativas de prevenção; o desenvolvimento de ações de educação em saúde; a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares, como acupuntura, homeopatia, fitoterapia e outras terapias complementares como parte dos serviços oferecidos; a descentralização e regionalização das ações permitindo uma adaptação das políticas e ações às realidades locais; investimentos em qualificação dos profissionais de saúde; incentivo ao fortalecimento da participação comunitária e a criação de programas que levam médicos para áreas com carência de recursos humanos, entre outros (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Contudo, mesmo com os avanços citados, destaca-se que a APS no Brasil enfrenta uma série de desafios que impactam a qualidade e a eficácia dos serviços prestados à população dentre os quais citamos as desigualdades regionais, uma vez que o Brasil é um país vasto e diverso, com grandes disparidades em termos de acesso a serviços de saúde e infraestrutura (Geremia, 2020).

As regiões mais remotas muitas vezes enfrentam dificuldades na oferta de serviços de APS de qualidade, o que se deve, principalmente, à carência de profissionais de saúde, devido a distribuição desigual, com concentração em áreas urbanas e escassez em regiões mais afastadas, o que pode dificultar a garantia de equipes completas de saúde da família em todas as localidades. Outra dificuldade enfrentada na APS está relacionada a sobrecarga de trabalho que muitos profissionais vivenciam, o que pode afetar a qualidade do atendimento e levar ao esgotamento profissional (Guimarães et al., 2020).

De acordo com Silva (2022), a existência de um serviço de saúde em determinado local, não significa a garantia da efetiva utilização, embora se constitua um fator importante. Azevedo e Costa (2010) ao analisar a ESF como porta de entrada, observou que a experiência de usuários com o acesso está relacionada com a capacidade do sistema de corresponder às suas expectativas e necessidades. Nesse contexto, operacionalizar o acesso, significa considerar as relações existentes e preestabelecidas entre os sujeitos e o serviço de saúde, considerando as necessidades e respostas, muitas vezes, limitadas.

Azevedo e Costa (2010) ainda destacam em seu estudo que no que se refere a dimensão geográfica, barreiras relacionadas a distância estão relacionadas ao nível de complexidade dos

serviços, de forma que, quanto menos especializados, mais próximo da população e quanto mais especializado, mais distante.

Sobre a dimensão organizacional, observou-se que alguns usuários não frequentavam a unidade de saúde, pela dificuldade de marcar consultas, sendo atribuído a insuficiência de profissionais, podendo ser esse um dos fatores de superlotação dos serviços de maior complexidade, uma vez que, quando os indivíduos procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, a unidade básica não responde às suas necessidades, procuram os serviços de pronto atendimento e pronto-socorro (Azevedo; Costa, 2010).

Além disso, destaca-se enquanto desafio a baixa resolutividade da APS, levando a encaminhamentos desnecessários para níveis mais complexos de atenção, a falta de recursos (equipamentos, suprimentos e infraestrutura adequada), o déficit de investimentos em prevenção e promoção da saúde, a necessidade de educação permanente e as mudanças demográficas da população, como o envelhecimento e o aumento de doenças crônicas, que demandam uma adaptação das práticas de cuidado (Castro; Knauth, 2021).

Nesse sentido, para avançar na implementação dos serviços de APS a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, como prontuários eletrônicos e telemedicina, se constitui em um desafio que requer investimentos em infraestrutura e qualificação profissional. Do mesmo modo, reforça-se a necessidade de estímulo a participação comunitária efetiva nas decisões sobre os serviços de saúde locais, no sentido de promover a adequação das ações às necessidades reais dos usuários (Geremia, 2020).

Pensando na capilaridade da APS, foram criadas as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) que se configuram como uma inovação estratégica voltada à ampliação dos serviços no contexto das políticas públicas de saúde, adaptadas às especificidades regionais dos ribeirinhos, que muitas vezes são semelhantes a realidade dos ilhéus. Desse modo, contribuem para reduzir as iniquidades regionais decorrentes do isolamento geográfico e das particularidades do território líquido. As UBSF têm a capacidade de ampliar a cobertura da APS, ainda que sua implantação ocorra de forma limitada, em virtude dos entraves à execução da política conforme previsto nas diretrizes da PNAB (Silva; Fausto; Gonçalves, 2023).

O acesso efetivo aos serviços de saúde desempenha um papel crucial na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, contribui para a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS e para a efetivação da saúde enquanto direito de cidadania.

### **3 METODOLOGIA**

Na metodologia discutimos sobre os caminhos que foram percorridos para a construção deste estudo. Abordamos sobre o tipo de pesquisa desenvolvida, seus recursos, local de estudo, os seus participantes, os instrumentos e técnicas de coleta de dados, bem como o método de análise e a interpretação dos dados coletados que foram utilizados.

#### **3.1 Tipo de estudo**

O estudo tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. De acordo com Minayo e Deslandes (2007), esse tipo de pesquisa aborda o universo de significados, o que se equipara a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à contabilização de variáveis. Outrossim a sua relevância está na qualidade em que as variáveis se apresentam, ou seja, como as coisas acontecem.

Diferentemente de uma simples consulta popular, a abordagem exploratória tem como propósito desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, buscando a formulação de problemas mais tangíveis. Geralmente esse tipo de pesquisa é utilizado quando o tema escolhido é pouco investigado e faz-se difícil formular hipóteses precisas sobre ele (Gil, 2011).

As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população e uma das principais características é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Esse tipo de estudo é, juntamente com o exploratório, os que rotineiramente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (Gil, 2011).

### 3.2 Campo de estudo

O campo deste estudo foi a Ilha dos Frades, que faz parte do município de Salvador-BA, mais especificamente a Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na Ilha de Paramana.

De acordo com o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Salvador possui 2.417.678 habitantes, com uma densidade demográfica de 3.486,49 habitantes por quilômetro quadrado. Em 2022, a área de extensão do município era de 693,442 km<sup>2</sup>, sendo essa dividida em 12 distritos, os quais são: Brotas, Boca do Rio, Centro Histórico, Itapagipe, Subúrbio/Ilhas, Cajazeiras, Itapuã, Barra/Rio Vermelho, Liberdade, São Caetano/Valéria, Cabula/Beiru, Pau da Lima (IBGE, 2022).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o Distrito Subúrbio/Ilhas, ao qual faz parte a Ilha dos Frades, compõe 34 bairros, sendo eles: Alto da Boa Vista do Lobato, Alto do Cabrito, Alto do Cruzeiro – 2, Alto do Lobato, Alto Santa Terezinha, Baixa da Boa Vista do Lobato, Bariri, Base Naval de Aratu, Beira Mangue, Bela Vista do Lobato, Bela Vista Periperi, Coutos, Escada, Felicidade, Gameleira, Ilha Amarela, Ilha de Maré, Itacaranha, Lobato, Loteamento Fazenda Coutos, Mirantes de Periperi, Novos Alagados, Paripe, Parque São Bartolomeu, Pedrinhas, Periperi, Plataforma, Ponta da Sapoca, Praia Grande, Rio Sena, São Tomé de Paripe, Setúbal, Tubarão, Vista Alegre. Sua área de extensão é de 63,33 km<sup>2</sup> e a população total é de 329.298 habitantes (Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2022).

Desde 2017 a Ilha dos Frades tornou-se um bairro da cidade do Salvador e contém cerca de três mil habitantes, abrange uma área de 13,61 km<sup>2</sup> e faz parte do distrito Subúrbio/Ilhas (Santos, 2022a).

O mapa da Ilha dos Frades é representado na Figura 3 a seguir.



**Figura 3:** Mapa da Ilha dos Frades

**Fonte:** Fundação Bahia Viva (2024).

A USF que foi estudada está localizada na Ilha de Paramana, uma das ilhas que compõem a Ilha dos Frades e atende a população de Paramana, Loreto, Costa de Fora, Ponta de Nossa Senhora e Garaiuba. Distante cerca de 25,9 km do município pertencente. Seu acesso só é possível através de embarcações marítimas saindo do terminal de Madre de Deus ou de Salvador (Santos, 2022a). O serviço de saúde funciona durante a semana na modalidade de USF e aos finais de semana como Pronto Atendimento (PA), sendo o único serviço de saúde disponível no local.

A USF conta com uma equipe de saúde da família e uma equipe multiprofissional, agregando dois médicos de família, uma pediatra, uma ginecologista, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, um farmacêutico, uma nutricionista, uma assistente social, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de saúde bucal, quatro técnicas de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, três assistentes administrativos, uma auxiliar de farmácia. O Pronto atendimento funciona apenas aos finais de semana, conta nestes dias com um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um assistente administrativo. O gerente e a enfermeira coordenadora da unidade exercem essa função tanto na USF, quanto no PA.

A escolha da USF situada em uma ilha (Paramana) deu-se, devido à particularidade de acesso aos serviços da mesma e por ser a única USF e serviço de saúde da Ilha dos Frades, ressaltando que seus usuários pontuaram desafios e/ ou avanços nesse processo e pelo papel relevante que as unidades da APS desempenham enquanto coordenadoras do cuidado e ordenadoras do acesso aos serviços de saúde.

### **3.3 Participantes do estudo**

O estudo foi constituído por 19 participantes, composto por quatro grupos de participantes, formados por profissionais (cinco), usuários (oito), gestores dos serviços de saúde (quatro) e lideranças locais (dois), que nos permitiram, de acordo com a especificidade da sua singularidade, estudar a realidade pesquisada.

O Grupo I, foi constituído por cinco profissionais de saúde de nível superior que atuavam no serviço de saúde (enfermeiros, médico de família e comunidade e fisioterapeuta). A maioria desses profissionais trabalhavam de forma exclusiva na USF e estavam entre a faixa etária de 26 a 48 anos, possuíam tempo de formação entre três e doze anos, sendo que três deles já concluíram pós-graduação em saúde da família, um, na modalidade de residência. Esses

profissionais foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: atuar na USF e ter no mínimo seis (6) meses de experiência profissional, independente do seu vínculo empregatício. Foram excluídos os profissionais que por algum motivo não estavam exercendo suas funções, seja por férias ou algum afastamento por motivo pessoal. A caracterização dos participantes deste grupo está apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2:** Caracterização dos participantes da pesquisa – Profissionais (Grupo I). Salvador – BA, Nov. 2024.

| Gênero           | Orientação sexual | Raça/ cor | Idade | Formação     | Tempo de formação | Função         | Tempo de serviço | Duplo Vínculo | Pós-graduação   |
|------------------|-------------------|-----------|-------|--------------|-------------------|----------------|------------------|---------------|---|
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Parda     | 26    | Enfermagem   | 4 anos            | Enfermeira USF | 4 anos           | Não           | Saúde da Família, Urgência e Emergência Pediátrica e Neonatal |
| Homem Cisgênero  | Homossexual       | Parda     | 48    | Medicina     | 6 anos            | Médico USF     | 8 meses          | Não           | Saúde da Família, Análises Clínicas                           |
| Homem Cisgênero  | Homossexual       | Negra     | 28    | Enfermeiro   | 3 anos            | Enfermeiro USF | 10 meses         | Não           | Saúde da Família  |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Parda     | 36    | Fisioterapia | 6 anos            | Fisioterapeuta | 4 anos e 5 meses | Não           | Pilates   |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Parda     | 34    | Fisioterapia | 12 anos           | Fisioterapeuta | 1 ano e 7 meses  | Sim           | Saúde Pública   |

O Grupo II, foi composto por oito usuários, moradores que utilizavam os serviços de saúde ofertados pela USF da Ilha de Paranaíba. Desses, quatro foram homens e quatro foram mulheres, todos se declararam heterossexuais, da raça cor preta e parda, na faixa etária entre 35 e 64 anos, todos com o tempo de residência na ilha acima de 13 anos.

Esses usuários foram selecionados atendendo-se aos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado na USF; possuir idade maior de 18 anos, independente do sexo; ser morador da Ilha dos Frades; estar em atendimento ou na condição de acompanhante na USF. Foram excluídos usuários que não possuíam cadastro na USF, menores de 18 anos de idade e que possuíam tempo de moradia na Ilha dos Frades menor que seis meses, considerando o tempo necessário de experiência no serviço para o fornecimento de informações. A caracterização dos participantes deste grupo está apresentada no Quadro 3.

**Quadro 3:** Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários (Grupo II). Salvador – BA, Nov. 2024.

| Gênero           | Orientação sexual | Raça/cor | Idade | Formação                      | Ocupação                | Local de residencia | Tempo de residência |
|------------------|-------------------|----------|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Parda    | 39    | Superior completo             | Empresário              | Paramana            | 25 anos             |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Preto    | 39    | Ensino médio completo         | Aux. de serviços gerais | Paramana            | 13 anos             |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Preto    | 58    | Ensino médio completo         | Aux. de sala            | Paramana            | 30 anos             |
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Preto    | 64    | Ensino médio incompleto       | Coletor                 | Paramana            | 64 anos             |
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Parda    | 39    | Ensino médio completo         | Mergulhador             | Paramana            | 39 anos             |
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Parda    | 56    | Ensino fundamental incompleto | Pedreiro                | Paramana            | 13 anos             |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Preto    | 46    | Ensino médio completo         | Do lar                  | Paramana            | 46 anos             |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Parda    | 35    | Superior completo             | Marisqueira             | Paramana            | 35 anos             |

O Grupo III, foi formado por gestores dos serviços do SUS, constituído pelos gestores da USF, bem como aqueles funcionários que estavam em cargo de gerência da Secretaria Municipal de Saúde ou Distrito Sanitário, que estavam no cargo há pelo menos seis (6) meses. Foram excluídos os gestores que por algum motivo não estavam exercendo suas funções, seja por férias ou algum afastamento por motivo pessoal.

Três gestoras possuem graduação em Enfermagem, sendo que uma delas possui uma segunda graduação em fisioterapia; um dos gestores é graduado em biomedicina. O tempo de formação variou entre oito e dezesseis anos e a faixa etária entre 35 a 43 anos. No que diz respeito a pós-graduação duas gestoras são pós-graduadas na área de gestão e uma em saúde coletiva. A caracterização dos participantes deste grupo está apresentada no Quadro 4.

**Quadro 4:** Caracterização dos participantes da pesquisa – Gestores (Grupo III). Salvador – BA, Nov. 2024.

| Gênero           | Orientação sexual | Raça/cor | Idade | Formação                  | Tempo de formação | Função  | Tempo de serviço | Duplo Vínculo | Pós-graduação   |
|------------------|-------------------|----------|-------|---------------------------|-------------------|---|------------------|---------------|---|
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Parda    | 35    | Biomédico                 | 8 anos            | Gerente   | 3 anos e 8 meses | Não           | Não   |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Branca   | 38    | Enfermagem                | 14 anos           | Enfermeira Coordenadora                                   | 4 anos e 5 meses | Não           | Enfergagem. do trabalho   |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Branca   | 43    | Enfermagem e Fisioterapia | 16 anos           | Diretora Operacional                                      | 4 anos e 5 meses | Não           | Gestão em saúde, Saúde Coletiva e Mestrado em Políticas Públicas  |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Preta    | 41    | Enfermagem                | 17 anos           | Acessora Técnica da Diretoria de Atenção Primária à Saúde | 15 anos          | Sim           | Auditória de Sistemas e Serviços de Saúde, Gestão de Programas de Residência em Saúde da Família e Mestrado em Enfermagem |

O Grupo IV, foi composto por lideranças locais, pelas pessoas que exerciam a função de líderes comunitários no campo de estudo. Todos se autodeclararam pardos, com faixa etária entre 44 e 48 anos, e com tempo de residência na ilha superior a 20 anos. Foram excluídos líderes que não moravam na Ilha dos Frades. A caracterização dos participantes deste grupo está apresentada no Quadro 5

**Quadro 5:** Caracterização dos participantes da pesquisa – Lideranças (Grupo IV). Salvador – BA, Nov. 2024.

| Gênero           | Orientação sexual | Raça/cor | Idade | Formação              | Ocupação          | Local de residência | Tempo de residência | Função                                       |
|------------------|-------------------|----------|-------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|--|
| Homem Cisgênero  | Heterossexual     | Parda    | 44    | Nível Técnico         | Microempreendedor | Paramana            | 28 anos             | Presidente da associação de barqueiros       |
| Mulher Cisgênero | Heterossexual     | Parda    | 48    | Ensino médio completo | Marisqueira       | Paramana            | 48 anos             | Associação de moradores locais/ marisqueiras |

Os usuários que estavam presentes na recepção da USF Paramana e aguardavam atendimento, foram abordados e informados sobre a pesquisa e convidados a participar, aqueles que aceitaram foram direcionados a uma sala reservada que garantia a privacidade para a realização da entrevista, para todos foi lido e entregue uma cópia do TCLE.

As lideranças comunitárias foram convidadas para participar da pesquisa com o apoio de uma Agente Comunitária de Saúde e se dirigiram até a USF, onde a entrevista foi realizada em uma sala reservada.

Já os profissionais e gestores, foram convidados aqueles que estavam trabalhando na USF, sendo que os que não estiveram presentes receberam informativo e um convite via WhatsApp, para a realização da entrevista de forma online. Assim, foram realizadas três entrevistas via Google Meet, sendo uma com uma fisioterapeuta (profissional de saúde) e duas com gestoras do SUS.

No estudo utilizamos como critério de definição do quantitativo de participantes a saturação dos dados, sendo utilizado para estabelecer ou concluir o tamanho final de uma amostra em estudo, assim, finalizamos a captação de novos componentes quando os dados coletados passaram a apresentar, na avaliação das pesquisadoras, uma repetição, e não mais era relevante continuar na coleta dos dados (Minayo; Deslandes, 2007).

### 3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Nesta pesquisa foi escolhida como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a qual foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado. A entrevista é uma técnica de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca captar dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil, 2011).

A entrevista caracteriza uma forma de interação social em que o(a) pesquisador(a) coleta os dados que interessam à investigação nas informações contidas nas falas dos entrevistados (Gil, 2007). Assim, de acordo com Minayo e Deslandes (2007), a entrevista é definida por um diálogo entre duas ou mais pessoas, como iniciativa do pesquisador, com a finalidade de obter informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas ao objetivo do estudo.

Diante disso, escolhemos o tipo de entrevista semiestruturada, aquela em que, de acordo com Minayo (2010), o entrevistado tem a possibilidade de explanar sobre o tema em questão sem se prender a pergunta formulada. Na entrevista semiestruturada questionaremos o(a) entrevistado(a) sobre assuntos que interessam à pesquisa, interrogando-os quantas vezes forem necessárias em consequência das respostas oferecidas que não atendem aos objetivos propostos.

Desta maneira, concordamos com Triviños (2009) ao reforçar que a entrevista semiestruturada oferece as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador.

Salientamos que a opção pela escolha da técnica de entrevista não foi apenas pela sua pertinência ao estudo, mas também pelas suas vantagens, ou seja, podemos realizá-la tanto com alfabetizados quanto não alfabetizados; ser um método flexível, pois nos permitiu formular os questionamentos de acordo com a compreensão de cada entrevistado(a). Os roteiros para a realização da entrevista semiestruturada (Apêndices A, B) foram elaborados de acordo os grupos de sujeitos que foram entrevistados, considerando as dimensões de análise de acesso econômico/social, simbólica e organizacional.

Salientamos que a entrevista teve caráter estritamente confidencial e as informações coletadas prezam pelo anonimato. Este foi garantido aos participantes, à medida que identificamos a fala dos(as) entrevistados(as) através das iniciais de cada grupo a que pertence seguido do número referente a ordem da entrevista realizada em cada grupo, por exemplo:

Grupo I de profissionais P1, P2 [...]; Grupo II de usuários U1, U2 [...]; Grupo III de gestores G1, G2 [...]; Grupo IV de lideranças locais, L1, L2 [...].

### 3.5 Método de análise dos dados

De acordo com Minayo (2010) analisar, compreender e interpretar um material qualitativo tem a finalidade de penetrar nos significados que os sujeitos sociais compartilham na vivência de sua realidade.

Assim, escolhemos como método de análise dos dados a Análise de Conteúdo Temática, técnica utilizada para a realização do tratamento dos dados qualitativos, que se refere a um conteúdo desenvolvido com o objetivo de apresentar respostas metodológicas e teóricas, que diferente de outras abordagens busca conhecer o que está por trás dos conteúdos evidenciados (Minayo; Deslandes; Gomes, 2001).

A Análise de Conteúdo Temática trata-se de um método de pesquisa que torna possível replicar e validar inferências sobre dados de um determinado assunto, através de metodologias especializadas e científicas (Minayo, 2014).

A Análise de Conteúdo pode englobar os seguintes momentos (Minayo; Deslandes; Gomes, 2001):

- Pré-análise: Nesse momento, foram definidas as unidades de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Foi o momento de organizar o material a ser analisado, a partir dos objetivos e questões norteadoras. Para tal propósito, fez-se imprescindível realizar a transcrição dos áudios obtidos nas entrevistas, correção ortográfica, leitura exaustiva de todo o material transscrito e a organização através das principais categorias, com a intencionalidade de tomarmos contato com sua estrutura, descobrirmos as orientações para a análise e registrarmos impressões sobre as falas.

- Exploração do material: Nesse momento o material empírico resultante das transcrições das entrevistas foi lido de forma repetitiva e exaustiva, sendo agrupadas de acordo com suas características, bem como foram identificadas as unidades de registro, o que permitiu a descrição das propriedades gerais do conteúdo analisado das falas. Para tanto, foram utilizados recursos como quadros que facilitaram a condensação do material empírico e dão ênfase às informações fornecidas para a sua análise. Assim, as falas transcritas dos participantes foram organizadas de acordo com os núcleos de sentidos (12), e após a separação foi realizada

novamente a leitura, construindo a síntese horizontal e a síntese vertical, conforme descrito no Quadro 6 e 7.

**Quadro 6:** Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I e III – Gestores e Profissionais de saúde, Salvador – BA, Mai. 2025.

| Núcleos de sentido   | Ent. 1 | Ent. 2 | Ent. 3 | Ent. (...) | Síntese Horizontal |
|--|--------|--------|--------|------------|--------------------|
| Configuração do acesso aos serviços da APS                       |        |        |        |            |                    |
| Desafios/ dificuldades no acesso aos serviços da APS             |        |        |        |            |                    |
| Potencialidades/ facilidades no acesso aos serviços da APS       |        |        |        |            |                    |
| Investimento na rede pública (necessidades e serviços ofertados) |        |        |        |            |                    |
| Barreiras sociais, econômicas e físicas                          |        |        |        |            |                    |
| Preconceitos   |        |        |        |            |                    |
| Porta de entrada (organização do acesso ao serviço de saúde)     |        |        |        |            |                    |
| Fluxo de atendimentos  |        |        |        |            |                    |
| Barreiras geográficas  |        |        |        |            |                    |
| Regulação/ Referência/ Contrarreferência                         |        |        |        |            |                    |
| Avaliação  |        |        |        |            |                    |
| Aspectos Culturais/Crenças/Valores individuais e coletivos       |        |        |        |            |                    |
| <b>Síntese vertical</b>  |        |        |        |            |                    |

**Quadro 7:** Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo II e IV – Usuários e Lideranças, Salvador – BA, Mai. 2025.

| Núcleos de sentido   | Ent. 1 | Ent. 2 | Ent. (...) | Síntese Horizontal |
|--|--------|--------|------------|--------------------|
| Configuração do acesso aos serviços da APS   |        |        |            |                    |
| Acesso ao serviço de saúde desta unidade   |        |        |            |                    |
| Deslocamento   |        |        |            |                    |
| Desafios/ dificuldades no acesso aos serviços da APS                               |        |        |            |                    |
| Potencialidades/ facilidades no acesso aos serviços da APS                         |        |        |            |                    |
| Investimento na rede pública (necessidades e serviços ofertados)                   |        |        |            |                    |
| Barreiras sociais, econômicas e físicas  |        |        |            |                    |
| Preconceitos   |        |        |            |                    |
| Porta de entrada (organização do acesso ao serviço de saúde)/ Fluxo de atendimento |        |        |            |                    |
| Barreiras geográficas  |        |        |            |                    |
| Regulação/ Referência/ Contrarreferência   |        |        |            |                    |
| Avaliação  |        |        |            |                    |
| Aspectos Culturais/Crenças/Valores individuais e coletivos                         |        |        |            |                    |
| <b>Síntese vertical</b>  |        |        |            |                    |

Em cada quadro ao realizarmos a síntese horizontal identificamos as convergências e complementariedades de cada núcleo de sentido identificado nas falas dos entrevistados. Por conseguinte, a partir dos núcleos de sentido extraídos dos dados das entrevistas elaboramos duas (2) categorias: Configuração do acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha: entrelaçamento das dimensões econômico/social, simbólica e organizacional e Potencialidades e desafios no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha.

- Tratamento dos resultados: Momento em que foi realizado o tratamento e interpretação dos dados. Após a construção das categorias, foram feitas também classificações elaboradas, sendo realizadas as inferências e interpretação dos dados, utilizando-se, para tanto o arcabouço teórico já existente sobre a temática pesquisada. Nesse sentido, este momento final foi caracterizado pelo aprofundamento no tratamento do material empírico obtido nas etapas anteriores, numa tentativa de compreender o objeto estudado, possibilitando a articulação entre as falas com os referenciais teóricos, de modo a construir as categorias descritas, a partir dos objetivos propostos.

### 3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Por ter se tratado de um estudo que envolve seres humanos, na realização do mesmo buscamos atender as diretrizes e regulamentações propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) e a Resolução nº 510/2016 de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016).

A Resolução 466/ 2012 (Brasil, 2012) incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Assim, a Resolução 466/ 2012 preconiza que todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desse documento e dos demais que visam preservar os direitos éticos e legais dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde determina diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS) e é resultado de anos de trabalho de pessoas e instituições que há muito apontavam a inadequação de uma única orientação de cunho biomédico para pesquisas em diferentes áreas. Discutem-se aqui as principais diferenças entre a pesquisa em CHS e a pesquisa biomédica (Brasil, 2016).

Desta maneira, realização da pesquisa só foi possível, pois inicialmente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP – UEFS) um projeto para ser apreciado pelo comitê, visto que é uma pesquisa que envolve seres humanos para sua efetivação e aguardamos o parecer favorável do CEP – UEFS 7.222.589 / CAAE: 81397024.9.0000.0053 de 12 de novembro de 2024, para iniciar a coleta de dados.

A formulação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice C, teve por finalidade orientar os sujeitos desta pesquisa, por meio de uma linguagem acessível, procurando-lhes mostrar a justificativa, os objetivos e a metodologia que foi utilizada no estudo, bem como os direitos que os participantes têm de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza, assim como a garantia do sigilo e o caráter confidencial dos dados coletados, como também esclarecê-los sobre os possíveis riscos e os benefícios na participação na pesquisa.

As pessoas que aceitaram participar desta pesquisa, juntamente com as pesquisadoras, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), obedecendo assim a Resolução 466/2012 (Brasil, 2012), a Resolução 510/ 2016 (Brasil, 2016) e a Resolução 580/

2018 (Brasil, 2018), em duas vias, sendo que uma ficou com o entrevistado e a outra com as pesquisadoras.

Ocorrendo qualquer tipo de dano decorrente da pesquisa, as pesquisadoras proporcionaram assistência imediata, bem como se responsabilizaram pela assistência integral de forma gratuita aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário. Os participantes da pesquisa que vieram a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tiveram direito à indenização, por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

A participação na pesquisa não esteve vinculada ao atendimento do usuário na USF Paramana, o atendimento ao usuário não foi prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa.

Os participante que optaram em realizar a entrevista por via remota de acordo com as informações do TCLE, as mesmas foram realizadas através da plataforma Google Meet®, iniciamos a gravação em que o(a) participante informou verbalmente a sua decisão, em conformidade com o que preconiza o Artigo 2º da Resolução 510/16 (Brasil, 2016), que informa que o registro do consentimento ou do assentimento pode ser feito em “documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital” e enviamos o TCLE assinado em PDF posteriormente para o e-mail do (a) participante.

As entrevistas foram gravadas com o uso de um celular em local e horário determinados de acordo a disponibilidade do(a) participante, sendo guardada em CD e após serem digitadas, foram arquivadas no NUPISC, localizado na UEFS, durante cinco (5) anos e depois serão destruídas, a mesma foi gravada com celular de acordo com permissão dos participantes.

Além disso, visando garantir os princípios éticos e a proteção de dados pessoais, para realização dessa pesquisa foram utilizadas as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa recomendadas pelo Oficio Circular nº 2/2021 (Brasil, 2021) para procedimentos em ambiente virtual, sendo a mesma realizada pelo meio digital como foi explicitado anteriormente. Deste modo, destaca-se que uma vez concluída a coleta de dados, as pesquisadoras fizeram “o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou ‘nuvem’” (Brasil, 2021, p. 4).

Os riscos deste estudo foram mínimos se comparados aos benefícios que o mesmo apresentou. Apesar dos riscos existentes, estes foram superados pelos benefícios que este estudo trouxe, de modo a promover meios que auxiliem na promoção do acesso ao serviço de saúde, a

partir da compreensão do objeto estudado. Apresentamos no Quadro 2 a seguir os riscos e benefícios desta pesquisa.

**Quadro 8.** Riscos e benefícios da pesquisa

| RISCOS  | BENEFÍCIOS  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de constrangimento, desconforto, nervosismo e vergonha ao responder as perguntas formuladas na entrevista.</li> <li>• Cansaço ao responder às perguntas por ela se tornar longa.</li> <li>• Relembrar situações em que o acesso aos serviços de saúde não pôde ser efetivado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações que visem superar as dificuldades no acesso aos serviços de APS.</li> <li>• Possibilidade da descoberta de ações que facilitam o acesso aos serviços de saúde e o seu fortalecimento.</li> <li>• Análise de como tem se configurado o acesso aos serviços de APS na realidade pesquisada.</li> <li>• Identificação dos desafios no acesso aos serviços de uma USF de uma ilha, propondo medidas que busquem vencê-los e superá-los.</li> <li>• Identificação das possíveis potencialidades vivenciados pelos usuários, almejando fortalecê-las.</li> <li>• Fornecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas para vencer as dificuldades e fortalecer as facilidades do acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a sua promoção enquanto direito de cidadania.</li> <li>• Colaboração para o conhecimento de como os profissionais de saúde e gestores têm atuado, ratificando a importância da promoção do acesso e de uma prática resolutiva na efetivação dos princípios do SUS.</li> </ul> |

Considerando a possibilidade dos riscos, medidas foram realizadas com o objetivo de minimizá-los. Para isso, as entrevistas foram agendadas com antecedência e realizadas em um local reservado na USF ou em outro ambiente que permitiu a privacidade do(a) participante e a liberdade de não responder alguma questão que lhe causou constrangimento, para isso a pesquisadora esteve atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Após o consentimento da participação, os usuários foram convidados a irem a uma sala da USF Paramana, destinada a realização da entrevista, como forma de garantia do sigilo e privacidade. Todos os participantes foram identificados por um número de acordo com a ordem crescente das entrevistas, seguidas pela primeira letra do grupo ao qual pertencem, no sentido de garantir o seu anonimato, de acordo com a Resolução 466/ 2012 (Brasil, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos. A entrevista ocorreu com duração média de 20 minutos, levando em consideração os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Além disso, foi concedido ao participante o direito de desistir da pesquisa sem nenhum ônus a qualquer momento, bem como ressaltamos que na condição de quaisquer danos ou custos advindos da aplicação da pesquisa, as responsáveis garantiram a busca de indenização para eventuais danos decorrentes na pesquisa e, resarcimento para gastos eventuais decorrentes da pesquisa a partir de constatações legais.

### **3.7 Produto técnico**

O produto técnico consiste no resultado final do mestrado profissional, que busca consolidar os saberes com a prática, e com isso, tem como consequência um novo conhecimento (Dresch; Lacerda; Antunes Junior, 2015).

Nesta pesquisa tivemos como produto técnico a construção de um fluxograma analisador do acesso dos usuários de uma USF localizada em uma ilha.

O Fluxograma Analisador (FA), elaborado pelas pesquisadoras, a partir das entrevistas, constitui uma ferramenta qualitativa voltada à análise de modelos de atenção à saúde. Sua representação gráfica utiliza três símbolos principais: elipse que representa a entrada/saída, losango caracteriza a decisão e o retângulo simbolizando a intervenção/ação. Ao evidenciar potencialidades e pontos de atenção no funcionamento da USF, o FA contribui para uma compreensão ampliada da micropolítica institucional no cotidiano assistencial, além de poder favorecer o planejamento e a reorganização das práticas de saúde (Lopes et al., 2025).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas foi possível construir as categorias e o produto técnico apresentados a seguir. Na primeira categoria buscamos analisar como o acesso à APS é estruturado no contexto insular, evidenciando o entrelaçamento de diferentes dimensões (econômico-social, simbólica e organizacional) e na segunda categoria são descritos os aspectos que potencializam e os desafios nesse acesso.

Assim, entendemos que o acesso é caracterizado como um fenômeno multifacetado, no qual fatores econômico-sociais, simbólicos e organizacionais se entrelaçam, condicionando a experiência dos usuários e a efetividade da APS no território insular e se mostra permeado por potencialidades que aproximam o cuidado da população, mas também por obstáculos/ desafios estruturais e sociais que exigem reorganização do serviço e investimentos contínuos.

### 4.1 Configuração do acesso aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha: entrelaçamento das dimensões econômico-social, simbólica e organizacional

Para além de uma conexão simplista e pura do conceito de porta de entrada, a definição de acesso configura-se como um mecanismo transformador da realidade (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012). Dentre diversos conceitos, Peiter, Pereira e França (2020) definem o acesso à saúde como a disponibilidade de utilizar, de forma adequada os serviços de saúde, quando necessário.

Como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade do acesso está diretamente ligada às condições sociais, pois os grupos populacionais que mais precisam dos serviços de saúde são os que têm maior dificuldade em utilizá-los (Castro et al., 2021). O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado e condicionado por diversos fatores e refletir na diversidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, a equidade é fundamental para a melhoria da saúde da população (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022), principalmente aquela que vive em condições de vulnerabilidade.

Assim, buscamos nesta categoria analisar as diferentes dimensões de análise de acesso (econômico-social, organizacional e simbólica) aos serviços da APS pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha, descritas nas subcategorias apresentadas a seguir.

#### 4.1.1 Dimensão econômico-social: relação oferta e demanda e investimentos na rede pública

No que se refere a **dimensão econômico-social**, trata-se da relação entre oferta e demanda, é analisada considerando os investimentos na rede pública, de acordo com os níveis de complexidade, tendo em vista a responsabilidade do financiamento de acordo com as esferas de poder (municipal, estadual e federal). Para isso, é necessária a identificação das barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, de modo que promova equidade na oferta dos serviços de saúde, dos diferentes níveis de complexidade (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012).

Deste modo, a equidade no acesso exige, portanto, mais do que a simples disponibilidade de serviços, requer ações estruturadas que combatam a desigualdade social e ampliem as condições para que todos os cidadãos, independentemente de sua posição socioeconômica, tenham acesso integral, resolutivo e contínuo à saúde (Fechine et al., 2024).

Nesse sentido, é importante contextualizar os aspectos referentes a gestão da USF Paranaama, sendo que em junho de 2020, as USF das três ilhas: Maré, Paranaama e Bom Jesus, localizadas em Salvador, passaram a ser administradas por uma Organização Social, após uma intervenção do Ministério Público, pois por muitas vezes os moradores das ilhas ficaram sem assistência, por diversos motivos.

Quando questionados sobre os investimentos na rede de saúde, os entrevistados comentaram por diversas vezes sobre a gestão da USF pela Organização Social. De acordo com as falas de G1, G2 e G3 podemos perceber que isso foi um marco para a saúde daquela comunidade:

A contratação da terceirizada acho que facilitou todo o acesso [...]. Então, através da terceirizada a gente consegue ter acesso melhor ao cuidado, a gente passa a ter mais profissionais para atender a população [...]. O que a população relata é que o serviço era muito precário, tinha uma casa muito pequena abandonada porque o aspecto era esse, médico uma ou duas vezes na semana em torno de uma hora de relógio apenas (G1).

O fato da unidade ela ser de gestão privada foi uma ação que diferenciou a qualidade do serviço prestado para essa comunidade [...]. E com isso também vem encaixando outros serviços, como a realização dos exames laboratoriais que aqui não tinha, a realização da ultrassom que é feita na unidade [...], tem um acompanhamento mais de perto do serviço de regulação onde eles acompanham os agendamentos de consultas e exames e aí acaba nos ajudando de certa forma a realizar esses agendamentos da comunidade (G2).

O próprio contrato de gestão, porque a contratualização ela veio superar as dificuldades que a administração pública encontrava em função da logística, principalmente para poder garantir o funcionamento adequado das unidades das ilhas [...] (G3).

Na fala dos gestores percebemos que alguns investimentos foram feitos na USF Paramana, de acordo com as necessidades identificadas naquela comunidade. Houve também o contrato de gestão que chegou com a intenção de suprir as demandas, que não estavam sendo possíveis anteriormente, como a questão logística, adequação e aumento na composição da equipe de profissionais e realização de exames. Em síntese, a terceirização é apontada como um marco positivo, elevando o padrão de atendimento e garantindo resolutividade.

Percebemos ainda o aumento na quantidade e nas categorias de profissionais após a contratação da empresa terceirizada para atender a população, além de ter essa oferta diariamente, bem como a realização de alguns exames como ultrassonografias e exames laboratoriais, melhorando, consequentemente, a qualidade do atendimento.

Em concordância às contribuições de G1, G2 e G3, o participante P4 salientou que os investimentos realizados em recursos humanos, equipamentos e ferramentas repercutiram positivamente na qualificação dos serviços disponibilizados à comunidade.

A prefeitura trouxe a empresa Provida [...], antes tinham dificuldade muito grande de ter os atendimentos. Vinha um profissional médico, a equipe mínima pequena e o profissional vinha e tinha bastante restrições [...]. A empresa trouxe os equipamentos, profissionais, a equipe multi, bastante ferramentas para que a gente ofereça o máximo de qualidade que a gente consegue para esses usuários (P4).

As Organizações Sociais (OS) são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, cuja finalidade principal é desempenhar atividades de interesse público, como assistência social, saúde, educação e desporto, guiadas por um propósito altruísta. Por não integrarem a estrutura da Administração Pública, nem terem como objetivo a obtenção de lucro, essas entidades são classificadas como entidades de apoio ou pertencentes ao terceiro setor (Almeida; Castro, 2019).

Nessas parcerias, não há criação de vínculos voltados à lucratividade direta entre os envolvidos. Em geral, trata-se de uma cooperação orientada por metas e resultados, com foco na troca de experiências e na realização conjunta de atividades (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

Congruente com o que está supracitado, L1 realiza uma breve comparação de como era antes e como ficou após o investimento na Unidade.

[...] Em termos de quando a gente é atendido, medicamento até hoje quando eu venho nunca faltou. Então tudo isso aí é investimento, a organização do ambiente, sempre foi organizado em termos de equipamento, quando quebra algum corre logo atrás para ajeitar então eu vejo muitos investimentos que beneficiam a população. Hoje a gente diz que tá no céu, porque antigamente era complicado era péssimo hoje a Provida mesmo mudou muito o atendimento para melhor. Para ser atendido, faltava medicamento, equipamento defasado, hoje não, a gente tem equipamento sofisticado, é um ponto positivo para empresa e para a prefeitura (L1).

De acordo com L1 o atendimento passou por uma melhora significativa, chegaram equipamentos sofisticados e a população passou a ter acesso a medicamentos que antes faltavam. Ressalta a organização e os investimentos realizados na unidade de saúde, destacando que nunca houve falta de medicamentos durante os atendimentos. Além disso, há um cuidado constante com a manutenção dos equipamentos e com a estrutura física do ambiente, o que demonstra um compromisso com a qualidade do serviço e o bem-estar da população.

As instituições privadas podem atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde que sigam suas diretrizes, por meio de contratos de direito público ou convênios, com prioridade para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. No entanto, observa-se, na prática, uma tendência crescente à transferência quase integral da gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde para instituições privadas, especialmente por parte dos municípios (Almeida, Castro; 2019).

Assim, o desenvolvimento das parcerias público-privadas representa uma oportunidade relevante para aprimorar a assistência à saúde, por meio de investimentos em novas estruturas capazes de suprir deficiências históricas do setor.

Para os entrevistados U2, U5, e U9 houve avanços na oferta dos serviços de saúde.

O posto em si que nunca existiu, depois da empresa [...] implantou isso aqui na comunidade, então muita gente vem vacinar, fazer algum tipo de exame. Enfim, uma facilidade até para um documento, para realizar o exame em Salvador, aqui pelo menos tem esse acesso né, essa porta de entrada aqui (U2).

[...] hoje tem marcação de exames ultrassom, nunca existiu isso aqui. Aqui só vinha para examinar o que a pessoa tava sentindo e encaminhar para Madre de Deus e hoje não, aqui já faz exame de sangue, já tem dentista, tem preventivo, tem ginecologia, tem acompanhamento das mães que estão grávidas, tem psicóloga que a sobrinha do meu marido está fazendo acompanhamento. Nenhum deles tinha, então melhorou muito em tudo (U5).

Antes era uma casinha, hoje graças a Deus tem tudo tem especialidades 24 horas, que não tinha finais de semana, feriado não tinha, hoje graças a Deus já tem (U9).

Conforme destacado na fala de U9 houve uma melhora significativa na estrutura da unidade. De acordo com dados colhidos junto à comunidade, a Fundação Bahia Viva em 2018

cedeu um espaço para a construção e instalação da USF. Além disso, os investimentos e melhorias advindos, como a ampliação do atendimento por 24h, do quantitativo de profissionais e da disponibilização de exames, ocorreram após a contratação da Organização Social Instituto Provida, que realiza a gestão da USF desde junho de 2020.

Diante das limitações na prestação dos serviços públicos, especialmente na área da saúde, as Leis nº 8.080/1990 e nº 9.637/1998 têm viabilizado uma atuação mais proativa de organizações sociais sem fins lucrativos. Por meio de contratos de gestão firmados com entes públicos, essas instituições privadas passam a ser responsáveis pela oferta de serviços de saúde em pontos estratégicos da rede, contribuindo para a melhoria da assistência à população (Almeida, Castro; 2019).

No entanto, observa-se que na prática, as relações estabelecidas entre o setor público e o privado não têm seguido, de forma rigorosa, a classificação formal prevista. Embora figuras jurídicas como as parcerias público-privadas (PPPs), as terceirizações e as privatizações sejam institucionalmente reconhecidas, na prática, essas modalidades têm se configurado como modelos privatizantes de gestão do SUS. Isso ocorre porque, em uma sociedade capitalista, a lógica econômica tende a se sobrepor à organização social baseada na planificação estatal (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

Entretanto, as falas dos entrevistados evidenciam uma significativa evolução nos serviços oferecidos pela USF. Conforme descrito nas falas, e percebido por minha vivência enquanto trabalhadora da localidade. Inicialmente, a estrutura física da unidade era extremamente precária, com número insuficiente de médicos e exames. Além disso, o atendimento era limitado a um dia da semana e por poucas horas, sem acesso a especialidades ou exames no local.

Os entrevistados U4, U6 e U7 relataram melhorias na qualidade e estrutura do serviço de saúde da unidade. Antes, o atendimento era extremamente limitado, com a presença esporádica de médicos, atendimento restrito a poucos dias da semana e ausência de outros profissionais e serviços. A percepção geral é de avanço expressivo no acesso e na qualidade da assistência à saúde.

Essa unidade há um tempo atrás era bem pior do que hoje [...]. Antes era um médico que chegava aqui às 9:00 e 11:40 já encerrava. E aí não tinha mais médico durante o dia e era um dia na semana. Então o investimento hoje é bem melhor, hoje em dia é de segunda a sexta tem os horários e tem 24 horas de sexta a segunda e o feriado, isso daí é uma grande melhora na unidade (U4).

[...] Antes no serviço de saúde não tinha nada, não tinha médico, hoje tem médico melhorou. Antigamente vinha tomava um corte, era o curativo, não tinha médico.

Agora tem até 24 horas, melhorou muito, sexta, sábado e domingo, não é todo dia, mas tem. Esse posto aí antigamente não tinha nada. Esse posto aí todo mundo ajudou carregava a pedra para construir. Esse posto melhorou, porque antes não tinha nada, hoje tem médico, tem enfermeiro, técnico em enfermagem e a recepção, a farmácia tudo melhorou. Melhorou muito (U6).

Antes não existia, antes era bem complicado, melhorou bastante assim 100% [...] colocou o médico que não tinha que antigamente era só um médico, às vezes que vinha, só dia de quarta-feira [...], as coisas melhoraram bastante, agora tá ótimo não tenho que reclamar. [...], aqui não tinha dentista colocou uma dentista, colocou médico, eu acho que tá bem, tem a melhorar, porque cada dia tem que ter algo diferente (U7).

Após contratação da OS, houve um aumento significativo na quantidade e disponibilidade de diferentes profissionais, bem como investimento em equipamentos, implementação do Pronto Atendimento aos finais de semana e realização de exames de laboratório e ultrassonografia, como citado nas falas.

Com o tempo, foram implementadas melhorias importantes: a unidade passou a funcionar de segunda a sexta com plantões de 24h nos fins de semana e feriados; houve a inclusão de serviços como exames laboratoriais, eletrocardiograma, ultrassonografia, atendimento odontológico, ginecológico, psicológico e acompanhamento de gestantes; bem como, houve ampliação da infraestrutura. Na fala dos usuários, é perceptível que a comunidade reconhece e valoriza essas melhorias, destacando a ampliação do acesso, a qualidade do atendimento e a importância da unidade como porta de entrada para o sistema de saúde.

As Organizações Sociais oferecem, sobretudo, a possibilidade de uma resposta mais ágil à implantação de novos serviços de saúde pública. Embora os recursos utilizados sejam provenientes do setor público, sua gestão é orientada pelos princípios do direito privado. Nesse modelo, a contratação de profissionais ocorre de forma mais célere, com admissões e desligamentos realizados conforme a demanda dos serviços, geralmente por meio de processos seletivos simplificados (Shimizu; Veronezi, 2020).

Entretanto, em um sistema público de saúde complexo como o brasileiro, no qual a APS desempenha o papel de ordenadora das demandas na rede de atenção e de coordenadora do cuidado do usuário na rede, sua estruturação como espaço de vínculo contínuo entre serviço e população a posiciona como base estratégica do SUS. Por essa razão, a APS não deve ser tratada como objeto de privatização, sob risco de comprometer a lógica pública e integral da assistência à saúde (Santos, 2022b).

No contexto brasileiro, têm se tornado evidentes os desafios decorrentes das parcerias público-privadas (PPPs), entre os quais se destacam a fragilidade na transparência, os elevados custos operacionais e a crescente privatização de serviços essenciais, aspectos que têm

acarretado perdas significativas para a classe trabalhadora. Nesse cenário, as OS, destacaram-se pela elevada capacidade de adaptação às dinâmicas de mercado e às transformações nas relações laborais, o que impulsionou a expansão dessas parcerias em diferentes modalidades (Silva, 2024).

O avanço da mercantilização da saúde brasileira foi acompanhado pelo fortalecimento da influência de organismos internacionais, como o Banco Mundial, os quais passaram a incentivar a introdução de mecanismos de competição entre prestadores públicos e privados na alocação de recursos estatais. Em consequência, essas transformações resultaram na flexibilização do mercado de trabalho e, por conseguinte, na precarização dos vínculos e das condições laborais, comprometendo, dessa forma, as formas de proteção social historicamente conquistadas pela classe trabalhadora (Silva, 2024).

Nas falas a seguir os profissionais (que em sua maioria são moradores de Paramana) discorrem sobre os investimentos na USF que impactam no aspecto referente a dimensão econômico-social do acesso:

A oferta de serviços, de exames laboratoriais, a ampliação da equipe multi [...]. A ampliação do serviço no final de semana funcionando como PA [Pronto Atendimento] tem um supote bacana [...] (P2).

[...] a estrutura, porque comparando o postinho que a gente tinha para o posto que a gente tem hoje, o maior investimento que foi estrutura e a equipe e equipamentos [...] (P4).

As falas de P2 e P4 ressaltam avanços significativos na oferta e estrutura dos serviços de saúde oferecidos à população, sendo descrita a ampliação da equipe multiprofissional e a disponibilização de exames laboratoriais, além da implementação e o funcionamento como Pronto Atendimento (PA) nos fins de semana. Além disso, destaca-se o investimento na infraestrutura da unidade, que foi significativamente aprimorada em comparação com o antigo posto de saúde, como ficou perceptível na fala de P4 ao fazer um comparativo do “postinho que a gente tinha para o posto que a gente tem hoje”.

De acordo com Araujo, Nascimento e Araujo (2019), para que se obtenha o acesso ao serviço de saúde de forma adequada, é necessário atender as necessidades do usuário, a fim de que seja garantida a resolubilidade e humanização nas ações oferecidas, independente do modelo de organização do sistema adotado, com o objetivo de valorizar o indivíduo na sua particularidade.

Tais mudanças podem colaborar para facilitar o acesso, o qual é influenciado pelos determinantes sociais, que podem condicionar na capacidade dos indivíduos de buscar, alcançar

e utilizar os serviços de saúde de forma oportuna e adequada. Assim, aspectos como renda, escolaridade, emprego, habitação, transporte e inserção social impactam diretamente no modo como as pessoas acessam e permanecem nos cuidados em saúde (Fechine et al., 2024).

Esse acesso deve ser garantido não apenas no momento da entrada do usuário no sistema, mas ao longo de todo o seu percurso na rede de saúde, com o objetivo de resolver efetivamente seu problema, garantindo assim a acessibilidade, que diz respeito à facilidade de obtenção e utilização dos serviços e recursos disponíveis, configurando-se como uma condição essencial para a efetivação do cuidado em saúde (Araujo; Nascimento; Araujo, 2019).

De acordo com Santos (2022) por não se tratar de um serviço cuja prestação seja inerente a entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, e por constituir a principal porta de entrada do sistema público de saúde, além de exercer papel fundamental nas referências assistenciais e demais atributos, a APS configura-se como um serviço de natureza eminentemente pública, possuindo, portanto, substância própria de serviço público. Sendo assim, não se justifica seu repasse à iniciativa privada, seja por meio de regimes colaborativos, complementares ou de fomento. Cabe à APS, exclusivamente, a regência pelo direito público, sob responsabilidade dos entes estatais e dos poderes públicos sanitários estratégicos.

Portanto, a dimensão econômico-social influencia diretamente no processo de saúde e doença, uma vez que condições como renda, escolaridade, ocupação, moradia, saneamento básico e acesso a recursos impactam profundamente a forma como os indivíduos vivenciam o cuidado e o adoecimento.

Os vazios assistenciais e a carência de profissionais médicos no SUS configuram-se como problemas históricos, especialmente nas regiões mais vulneráveis do Norte e Nordeste. Diante desse cenário, o governo federal tem promovido a recomposição do Programa Mais Médicos para o Brasil. Além disso, o Programa Agora tem Especialistas (PMAE) surge como uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) voltada à redução do tempo de espera por atendimentos no SUS. Considerando essas circunstâncias, foi criado também o Projeto Mais Médicos Especialistas como uma iniciativa do MS que tem como objetivo fortalecer a atenção especializada no SUS, por meio da formação e fixação de médicos especialistas em regiões de alta vulnerabilidade social e escassez de profissionais(Cury; Fonseca, 2023).

A dimensão econômico-social exerce papel central na determinação dos níveis de saúde da população e na forma como ela acessa os serviços. Grupos socialmente vulneráveis, com baixa renda, baixa escolaridade e más condições de moradia, costumam apresentar maior demanda por serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que enfrentam barreiras de acesso e menor continuidade do cuidado. Essas desigualdades exigem investimentos

estratégicos na rede pública, com ampliação da oferta de serviços, melhoria da infraestrutura, contratação de profissionais e garantia de insumos essenciais. A relação entre oferta e demanda é, portanto, atravessada por fatores sociais e econômicos, sendo essencial que as políticas públicas considerem esses determinantes para alcançar resultados mais justos e eficientes.

#### 4.1.2 Dimensão organizacional: conformação e aspectos geográficos no acesso a APS

No que diz respeito à **dimensão organizacional**, ela está relacionada a forma como os serviços estão dispostos e apresentados para utilização pelos usuários, como se dá o processo organizativo do trabalho e os impactos do mesmo no que se refere ao acesso e à qualidade da assistência à saúde da população (Ferreira; Bonan, 2020).

Assim, os usuários da USF de Paramana relataram que o serviço é organizado para atender diferentes formas de acesso, o que é realizado por meio de agendamento ou acolhimento à demanda espontânea:

Eu tenho que vir aqui, ou senão pelo número que eles passam para as pessoas. Liga pelo Zap também e agenda e dá o horário e a data, tudo certinho também (U4).

[...] dependendo do grau a pessoa vem aqui é atendido. Se for para marcar a pessoa liga e eles marcam (U7).

A fala dos entrevistados U4 e U7 descrevem as formas de acessar os serviços ofertados na USF que pode ser através de marcação realizada pelo contato via aplicativo de WhatsApp ou presencialmente ou dependendo da queixa, pode ser atendido através da demanda espontânea, pelo acolhimento com classificação de risco.

De acordo com a PNAB (Brasil, 2017), as unidades de saúde devem garantir o acolhimento, escuta ativa e qualificada dos usuários, ainda que não estejam cadastrados ou residam na sua área de abrangência, classificando o risco e encaminhando de forma responsável de acordo com as necessidades apresentadas, bem como articulando-se com outros serviços, de modo a assegurar a resolutividade.

O acesso, enquanto uma organização suscetível a análise, denota o acolhimento como a forma mais efetiva de sua promoção, com marcos significativos na resolutividade do cuidado dos usuários assistidos pelas equipes (Travassos; Castro, 2012).

Do mesmo modo, pudemos perceber os aspectos relacionados à dimensão organizacional na fala dos gestores:

O usuário ele consegue acesso na unidade, ou presencialmente, ou através do WhatsApp da instituição [...]. Além de marcações e consultas a gente faz o acolhimento na unidade (G1).

O acesso da unidade é como qualquer Unidade de Saúde da Família, a entrada é de forma espontânea ou agendada, serviço de atendimento (G2).

Através dos agendamentos da equipe multidisciplinar e também através do acolhimento com classificação de risco que é inerente ação para a saúde (G3).

[...] eles conseguiram implantar o acolhimento do serviço e o acesso se dá pelo acolhimento para poder fazer o encaminhamento [...] através do acolhimento e a agenda programática (G4).

Por se tratar de um aplicativo de fácil utilização e muito acessível para a população, o WhatsApp tem se mostrado como um aliado na comunicação do serviço na USF Paramana. Com ele é possível que os usuários agendem consultas, tirem dúvidas sobre o funcionamento da unidade e recebam lembretes de confirmações das consultas marcadas e das atividades coletivas que são realizadas.

O acesso à informação possibilita que o usuário conheça os serviços que são disponibilizados, o funcionamento e as formas de acesso às unidades de saúde e utilize de forma oportuna os serviços que são desenvolvidos pelas equipes de AB

Profissionais e serviços de saúde utilizam o WhatsApp como uma ferramenta importante na comunicação com os usuários, se constituindo em um aplicativo capaz de favorecer a realização de cuidados de saúde a pessoas que vivem em regiões de difícil acesso, melhorando a acessibilidade, a qualidade do serviço prestado e a eficiência dos cuidados oferecidos (Santos et al., 2021).

Diante das falas dos entrevistados apresentadas anteriormente, verifica-se que a unidade funciona como porta de entrada da rede de atenção, conforme preconizado, prestando o primeiro atendimento às urgências/emergências, e acolhendo de acordo com as demandas e necessidades da população (Brasil, 2017).

A APS por se constituir como porta de entrada preferencial do sistema, deve apresentar alguns requisitos específicos que garantam aos usuários maior facilidade no acesso, como menor distância do domicílio aos serviços, maior flexibilidade na marcação de consultas e nos horários de funcionamento, dentre outros (Martins et al., 2019).

Durante a coleta de dados na USF Paramana foi possível identificar que o serviço funciona conforme descrito pelos entrevistados, com a marcação através do aplicativo de mensagens WhatsApp e pessoalmente na recepção. Os usuários que buscam atendimento são acolhidos pela enfermeira ou algum profissional da equipe multiprofissional e, posteriormente, se for queixa aguda caso necessário é encaminhado ao médico e se for outra demanda é orientado a realizar o agendamento na recepção.

Além disso, a unidade funciona de segunda a sexta-feira atendendo demandas espontâneas e eletivas através das consultas agendadas, realização de procedimentos como vacinação, curativo, triagem neonatal e pré-natal, dispensação de medicamentos e o serviço de regulação, além de atividades de educação em saúde e visitas domiciliares, bem como exames laboratoriais e ultrassonografias que são ofertados mensalmente.

Em concordância com as falas dos gestores e usuários, os profissionais de saúde reiteram a organização e modos de marcação de consultas/ atendimentos da USF:

As pessoas vêm até o posto, expressam suas demandas e suas necessidades e aqui ela é direcionada ao serviço [...] (P4).

Pode ser por busca ativa, através do WhatsApp para marcações, presencialmente na própria unidade ou demanda espontânea quando o paciente buscar unidade [...] (P5).

Deste modo, percebemos que nas entrevistas foram descritas duas formas de acessar o serviço para atendimento da população: uma, destinada aos usuários que possuem atendimentos agendados previamente, que pode ser realizado presencialmente, por busca ativa ou via aplicativo de mensagens; e a outra relacionada ao acolhimento às demandas espontâneas, para usuários que apresentam alguma necessidade mais urgente.

Assim, o acesso prioritário através do acolhimento, se constitui em uma maneira de garantir a implementação da equidade e da integralidade da atenção, pois possibilita que seja promovida uma assistência mais rápida àqueles que necessitam de modo mais urgente por esses serviços, dispondo de meios e ações que sejam precisos para a resolubilidade da demanda apresentada pelo usuário (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

Esse atendimento em casos emergenciais foi descrito nas falas dos usuários, conforme apresentado a seguir:

[...] Uma ocasião dessa aí mesmo que aconteceu minha esposa, tá sentindo dor na urina e se fosse antigamente tinha que pegar lancha e ir para Madre de Deus. Hoje não, já tem essa facilidade, já tem essa porta que você pode chegar, ter primeiro socorro e caso se necessário o ter o atendimento e se deslocar para outro setor, outro hospital (U2).

[...] eu vim aqui mesmo quando eu sofri acidente, a médica me examinou cuidou de mim, não ia para casa porque eu tinha batido a cabeça, fiquei em observação por 6 horas, tomei meu medicamento, sempre fui bem tratada. Para mim tá muito bom o atendimento médico (U5).

[...] já eu cheguei aqui me trouxeram no carrinho, meus filhos, minha mulher me botaram na patiola [carro de madeira] e me trouxeram. Cheguei aqui a médica me encaminhou para Salvador (U6).

Os entrevistados U2, U5 e U6 relatam suas experiências com o serviço de urgência na USF Paramana. Por se tratar de um serviço localizado em uma região de área remota é extremamente importante que os usuários recebem os primeiros atendimentos nos casos das urgências e emergências. O acolhimento à demanda espontânea na APS deve se estabelecer como um dispositivo facilitador do acesso, de modo a atender àqueles que buscam a USF, de acordo com a sua necessidade, ampliando o acesso de forma que contemple a agenda programática e a demanda espontânea (Brasil, 2017).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde em 2003 implementou o acolhimento como uma diretriz da Atenção e Gestão do SUS, através da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH preconiza a prática dos princípios do SUS, através da atuação e consonância entre os trabalhadores, usuários e gestores (Moura et al., 2022).

É recomendado que o acolhimento a demanda espontânea faça parte das relações de cuidado, como característica do processo de trabalho das equipes da APS, através da escuta qualificada, recepção dos usuários e de suas necessidades (Carvalho et al., 2024).

Na organização dos serviços, o aspecto geográfico, condiciona e influencia no acesso, podendo facilitar ou dificultar nesse processo. Assim, este aspecto abrange características dos indivíduos e dos serviços, que podem viabilizar ou não a sua utilização e a continuidade do cuidado (Martins et al., 2019).

Tais aspectos podem ser mais expressivos, quando se tratam de barreiras ou condições geográficas relacionadas ao relevo ou disposição de rios e mares, como na realidade estudada. Assim, a proximidade da unidade de saúde com o domicílio dos usuários e a obtenção de atendimento das demandas sem necessidade de grandes deslocamentos são fatores que determinam a sua procura e facilitam e ampliam o acesso aos serviços de saúde (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

Nesse sentido, a fala de P1 e P2 destacam a proximidade da residência dos usuários a USF, o que tem facilitado o acesso.

Eu vejo como acessível, muitos vêm andando, sai de suas casas e é próximo, questão de três ou cinco minutos (P1).

Eles não correm o risco de perder uma consulta por causa de transporte e eles têm o posto próximo à casa deles. Isso facilita bastante (P2).

Desse modo, a existência da USF, configura um elemento instituinte que pode facilitar o acesso aos serviços de saúde, representando a ampliação da oferta de serviços, redução das filas e aproximação geográfica com os usuários (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

De maneira convergente ao apresentado pelos profissionais, os entrevistados U4, U5 e U9, moradores de Paramana, relataram não ter dificuldades com relação ao deslocamento até a unidade.

Não tem dificuldade é a pé mesmo uns 10 minutos (U4).

Eu vim andando, não foi nem 10 minutos lá para casa, eu e meu marido veio conversando (U5).

Até então tranquilo, eu saí de minha casa vim andando e cheguei aqui, não tive nenhuma dificuldade (U9).

Ainda foi salientado nas falas dos entrevistados U2 e U8 que o caminho até a USF melhorou após a requalificação que estava ocorrendo na orla da ilha:

[...] Por essa parte nova, que foi feita aqui pelo pessoal, que trabalha aqui na Ilha dos Frades, o calçadão novo melhorou praticamente 100%. Tem dias ruins, quando não tinha, quando chovia com barro, lama, [...] mas hoje com essa estrutura aqui também a gente vai ver como é na chuva [...] (U2).

[...] De lá para cá eu gasto devagarzinho uns 20 minutos. Agora o caminho tá bom, mas ontem era difícil chegar aqui, porque é muito buraco, muito cocô de cachorro, mas agora já tá melhor [...] (U8).

De acordo com Vicari, Lago e Bulgarelli (2022) a ESF é apontada como um dispositivo que otimiza o acesso aos serviços de saúde, pois são disponibilizados atendimentos perto do domicílio dos usuários, desenvolvidos por equipes e profissionais de referência. Além disso, segundo Lima e colaboradores (2022), diversos fatores referentes a localização do serviço de saúde e do local de moradia dos usuários, influenciam na acessibilidade geográfica, como transporte, distância, tempo de viagem e custos.

Aspectos como insuficiência e alto custo do transporte, épocas de chuvas/cheias ou de vazante dos rios influenciam diretamente nas dificuldades de acesso dos usuários às USF, fatores como distâncias e tempos longos para deslocamento interferem no acesso às comunidades ribeirinhas ou rurais condicionado à sazonalidade. Os acessos por terra-rodovias

ou estradas estreitas e não pavimentadas pioram no período chuvoso, com alagamentos, riscos de deslizamento e lamas (Lima et al., 2022), uma realidade que se aproxima aos aspectos mencionados pelos usuários anteriormente.

De maneira diferente dos demais entrevistados, a entrevistada P5 em sua fala aponta que a USF poderia ser mais centralizada na comunidade:

[...] deveria ser próxima da comunidade, ela fica distante, acho que ela poderia ser mais central, a localização dela deveria ser mais próxima da comunidade (P5).

A acessibilidade geográfica pode se configurar como um indicador do acesso, principalmente quando se trata de regiões distantes, com consequências tanto para o atendimento ao usuário, quanto com relação aos recursos financeiros necessários (Balderrama; Gleriano; Chaves, 2023)

Deste modo, diante das dificuldades de acessibilidade pode ser necessária a realização de visitas domiciliares, as quais precisam estar sendo disponibilizadas e fazer parte dos serviços ofertados pela USF. Entretanto, a entrevistada U9 relatou que não tem recebido visita domiciliar de forma frequente.

[...] Precisa melhorar a parte de visitas, desde quando eu me vi nessa situação nunca foram na minha casa (U9).

A realização de visitas domiciliares também foi apontada na pesquisa de Vicari, Lago e Bulgarelli (2022) como um serviço que amplia o acesso à saúde para os usuários. Considera-se que o domicílio faz parte do território, que existem usuários que apresentam dificuldades de deslocamentos até as unidades de saúde, e que os profissionais das e-SF devem se responsabilizar pelas necessidades de saúde individuais e coletivas da população residente na sua área de abrangência.

O acesso qualificado pelo cuidado longitudinal e vínculo permite que os profissionais de saúde ampliem o olhar sobre as necessidades dos indivíduos e das comunidades, estabeleçam relações de cuidado mais participativas e embasem as condutas na singularidade de cada situação.

Assim, a fala do entrevistado G1 expressa que o fato da comunidade ser pequena, acaba facilitando tanto o acesso dos usuários, como a criação de vínculo e o fluxo de trabalho, por conhecer todos os moradores.

Por ser um lugar pequeno, a gente consegue conhecer todo o público [...]. Então, acho que isso facilita o acesso [...], a busca ativa a gente consegue ter controle desses pacientes (G1).

Nesse sentido, concordamos com Vicari, Lago e Bulgarelli (2022) que a ESF é de suma importância para a promoção de acesso devido à proximidade das unidades de saúde com relação ao domicílio dos usuários, à longitudinalidade da atenção, ao vínculo desenvolvido entre profissionais e usuários e à realização das visitas domiciliares.

De acordo com Travassos e Castro (2012), um dos principais desafios da dimensão organizacional diz respeito à conformação dos serviços de APS, ou seja, como eles se articulam com a rede de atenção à saúde e respondem às necessidades reais da população, complementando que a fragmentação da rede, horários de funcionamento incompatíveis com a rotina dos usuários, dificuldade de agendamento e ausência de vínculo com a equipe de saúde ainda são entraves frequentes. Entretanto, salientamos que essas barreiras não foram descritas pelos entrevistados deste estudo na realidade pesquisada.

Salientamos que a maneira como os serviços são estruturados, distribuídos no território e ofertados à população, considerando sua capacidade de acolhimento, resolutividade e continuidade do cuidado se faz pertinente, englobando desde a disponibilidade de recursos humanos, físicos e tecnológicos até a organização dos fluxos assistenciais e mecanismos de regulação, agendamento e funcionamento da unidade de saúde, influenciando e determinando o acesso aos serviços de saúde.

#### 4.1.3 Dimensão simbólica: crença e valores no acesso aos serviços da APS

Para além do direito garantido pela Constituição, o acesso também pode ser analisado a partir da **dimensão simbólica**, que segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012), diz respeito a atuação, concepção e percepções do sujeito e suas representações sociais, bem como o modo como o sistema é organizado para atender as necessidades dos usuários.

Mediante tal perspectiva, as falas das usuárias, a seguir, coadunam com essas concepções, pois considera o acesso satisfatório diante de sua demanda.

Está andando, para o que era antes, na realidade que nunca existiu, o que implantou hoje aqui para mim tá 100% (U2).

[...] olhe, para quem não tinha um posto de saúde, para mim tá bom tá muito bom o atendimento, Graças a Deus (U5).

Entende-se que as unidades de saúde da APS devem focar suas ações nas necessidades dos indivíduos e do território, organizando o seu processo de trabalho para promover o acesso reduzindo desigualdades e a satisfação dos usuários, bem como considerando aspectos referentes a cultura, religiosidade e modo de vida das populações em seus diversos espaços.

Nesse sentido, a fala da entrevistada G4 evidencia a relevância, no processo de garantia do acesso aos serviços de saúde, de que o profissional compreenda o território em que está inserido, tomando-o como referência para a organização e orientação de sua prática na Atenção Primária à Saúde (APS):

[...] a competência cultural, [...] ela precisa ser incorporada na rotina do serviço para que de fato aquele serviço cumpra uma função que é de se vincular a comunidade e a comunidade se vincular a ele. Mas quando a gente olha quais são os modos de trabalho, a forma de organização da comunidade, da religiosidade, os modos de atividades culturais, o quanto a unidade tem conseguido incorporar no cotidiano para facilitar questões na marcação. No caso, o que é que se vive? da pesca? Existe a flexibilidade? Então, o modo de vida daquela comunidade ele tem que ser levado em consideração. No momento que eu organizo a unidade de saúde de modo que ela seja responsável a essa necessidade. Então eu acho que esses elementos que você trouxe ele interfere sim no ponto de vista do acesso da comunidade ao serviço talvez. [...] Apesar da gente compreender o trabalho da atenção primária, a competência cultural é uma competência fundamental para garantir que estabeleça o vínculo [...]. O saber técnico do profissional, ele é colocado ainda como superior naquela comunidade e que deixa que o movimento importante da comunidade, da forma de cuidar que já vem sendo estabelecida de muito tempo, antes mesmo da unidade de saúde chegar lá e talvez ela não tenha sido encontrada no cotidiano daquela equipe de saúde e acaba gerando desgaste e afastamento, eu acho (G4).

Para a execução da organização do trabalho é considerado relevante o desenvolvimento de práticas centradas no usuário, que valorizem a escuta, o acolhimento, o compromisso e o vínculo e que promovam mudanças no modo de operar os serviços de saúde (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

Para além desse aspecto, na fala de U4 percebemos que as percepções e significados de acesso aos serviços de saúde referidos perpassa pela sua garantia enquanto direito e ser atendido de acordo com sua necessidade.

[...] É um direito meu e uma obrigação do órgão público manter a unidade de saúde para os moradores, conforme a sua necessidade (U4).

Para a Ent. U4 o acesso se configura como um direito preconizado enquanto princípio do SUS, que deve ser garantido pelo Estado, para possibilitar a utilização dos serviços de saúde conforme a necessidade daqueles que o buscam.

Dessa forma, pode-se perceber que a percepção de acesso dos usuários converge também com a definição de Peiter, Pereira e França (2020) quando apresentam o acesso como algo disponível, conforme a necessidade de quem o busca.

Muitas vezes, diante da demanda apresentada pelo usuário, ele chega aos serviços de saúde fragilizado pela situação em que se encontra, pela patologia que apresenta, requerendo cuidados e uma atenção de qualidade, a partir do desenvolvimento de relações que garantam a satisfação da necessidade apresentada pelo mesmo, conforme salientado nas falas de U6 e U9.

É você vir para um posto desse, ser bem atendido, ter assistência médica na hora [...] (U6).

É quando a gente chega que nós somos bem recebidos. Temos bastante atenção (U9).

Para os entrevistados U6 e U9 o acesso aos serviços de saúde se configura como um bom atendimento, ter disponibilidade de profissionais para quando necessitar, ser bem acolhido e escutado com atenção.

Como não foi especificado pelas entrevistadas o que viria a ser este “ser bem atendido”, pensamos que transcorre pela implementação de práticas acolhedoras que possibilitem a humanização e a resolubilidade das ações realizadas.

Franco e Hubner (2019) apresentam a ‘clínica dos afetos’ como uma abordagem clínica complementar à prática tradicional, que valoriza o corpo afetivo como um agente ativo e consciente no processo de cuidado. Esse corpo é capaz de responder, participar ativamente e se empenhar na sua própria reabilitação e recuperação. O afeto, ao gerar potência, pode despertar energias no campo do desejo, funcionando como uma força motivadora que impulsiona o corpo a se mover em direção ao ‘cuidado de si’. Esse movimento, por sua vez, contribui para a melhoria da qualidade e da eficácia do cuidado oferecido.

Assim, o reconhecimento da importância da escuta qualificada é fundamental para a criação de ambientes mais acolhedores e seguros, para a promoção da equidade no atendimento e para o alinhamento das práticas aos princípios do SUS, contribuindo para o fortalecimento da integralidade, da participação social e do protagonismo dos usuários (Ferreira; Souza, 2022).

A escuta qualificada e atenta constitui um elemento fundamental para a humanização do cuidado nos campos da saúde e assistência social, permitindo uma compreensão profunda

das necessidades, emoções e contextos dos usuários. Mais do que simplesmente ouvir, essa prática promove o diálogo empático e incentiva a participação ativa dos sujeitos no processo de cuidado, fortalecendo vínculos de confiança e potencializando a efetividade das intervenções (Santos; Almeida, 2019).

Diante das falas apresentadas anteriormente, percebemos que a dimensão simbólica do acesso envolve as percepções dos sujeitos em relação a comunidade e o serviço, bem como também o processo de trabalho, entendendo o território como quesito importante no processo de cuidado.

Além disso, aspectos como a cultura, as crenças, os valores, os modos de vida e a dinâmica de como funciona as relações na Ilha dos Frades, lócus deste estudo, influenciam diretamente na organização e funcionamento dos serviços ofertados na USF de Paramana, havendo, portanto, a necessidade de que os profissionais que atuam nessa unidade entendam como esses fatores determinam o cuidado individual e coletivo.

Nessa perspectiva, o entrevistado G1 cita aspectos referentes a dimensão simbólica, ao informar uma situação em que o usuário deixou de acessar o serviço de saúde, por conta de ensinamentos de sua religião:

Acho que algumas crenças, elas prejudicam às vezes na aplicação de serviços de saúde. Por exemplo, um paciente esteve aqui há um mês atrás com erisipela e não poderia aderir o tratamento porque a religião não permitia que atravessasse o mar com a enfermidade (G1).

Os valores, crenças e cultura de cada indivíduo influenciam a maneira como percebem e como qualificam determinados serviços. Por isso, diante da fala do entrevistado G1, é importante considerar na oferta dos serviços disponibilizados na unidade aspectos referentes a religiosidade que podem impedir e/ou dificultar o acesso dos usuários.

A influência do aspecto simbólico referente a crenças e religiosidade foi mencionada também pelos entrevistados P2 e P5:

[...] o religioso conta bastante por exemplo, a questão religiosa é, se o atendente da recepção for uma pessoa que não entenda, ou alguém de matriz africana, já é um impedimento de acesso [...] (P2).

[...] por ser uma comunidade onde todos se conhecem então a questão religiosa, por exemplo, de algumas pessoas influencia numa demanda, por exemplo, o paciente está com a diarreia, por exemplo, e às vezes é um paciente que tem uma religião A, e o profissional que é de uma religião B, às vezes eles têm medo ou têm uma resistência em ser atendida por aquele profissional. Então, [...] por ser uma comunidade pequena e todo mundo ter acesso a diferentes culturas, por saber da cultura do outro, o pessoal cria uma resistência para cuidar da saúde. Eles colocam um tipo de empecilho, quando tem uma religião oposta ou que gera algum tipo de medo para eles (P5).

Diante das falas de P2 e P5 podemos perceber que o fator religioso apresenta uma influência no acesso dos moradores da Ilha dos Frades à unidade de saúde, uma vez que, mesmo necessitando de um atendimento, as pessoas se recusam a serem atendidas por conta da religião.

As crenças e valores pessoais, juntamente com os processos de acolhimento, podem dificultar a integração dos usuários aos serviços de saúde, impactando diretamente a forma como os mesmos são utilizados. Em diversas situações, os usuários podem sentir-se discriminados por diferentes instituições, experimentar a sensação de não serem bem recebidos ou serem mal compreendidos, além de perceber atitudes indiferentes ou a ausência de acolhimento por parte dos profissionais de saúde (Farias et al., 2020).

Além disso, para Araújo, Nascimento e Araujo (2019), as crenças, culturas e valores individuais do ser humano influenciam na maneira como ele qualifica e percebe determinados serviços.

Além das crenças/ religião, a orientação sexual foi citada pelos entrevistados P2 e P3 enquanto aspecto simbólico que influencia no acesso ao serviço de saúde.

[...] Para os grupos de LGBTQIA+ influencia muito como você é recebido na unidade, então assim, se eu tenho um atendente que tem uma visão diferente sobre religião vai influenciar às vezes no tratamento na forma como ele é atendido, isso inibe ele de vir outra vez [...] (P2).

[...] no sentido de orientação sexual, que as pessoas ainda tem um tipo de resistência em entender, como é que eu posso dizer, a cultura daqui da comunidade ela é um pouco ainda retrógrada. As pessoas têm essa dificuldade de entender, vamos supor, se chega uma mulher trans aqui, como é que eu vou abordar? Não é que eles sejam preconceituosos, é a forma de abordar o paciente nessas condições, entendeu? (P3).

É importante que os profissionais de saúde conheçam as necessidades e tenham proximidade com os usuários, entendendo os contextos econômico e social em que vivem e reconhecendo as situações que permeiam o território e dificultam o acesso, mesmo quando há disponibilidade do serviço (Fernandes et al., 2019).

O acesso aos serviços de saúde para a população LGBTQIAPN+ frequentemente enfrenta obstáculos institucionais e sociais que resultam no uso inadequado dos mesmos, atrasos no diagnóstico e tratamento, além de prejuízos à saúde física e mental. A ausência de acolhimento e a presença de discriminação contribuem para a evasão dos serviços, agravando condições de saúde já existentes (Silva, 2022).

No contexto do cuidado, a valorização da escuta qualificada e da atenção integral é essencial para assegurar o reconhecimento e o atendimento adequado às necessidades

específicas da população LGBTQIAPN+. A humanização do atendimento, o uso correto do nome social e o respeito à orientação sexual e à identidade de gênero constituem princípios fundamentais que devem orientar a prática dos profissionais de saúde (Ferreira; Souza, 2022).

Com relação aos aspectos culturais o entrevistado U2 em sua fala aborda sobre a influência dos conhecimentos populares sobre práticas de cuidado no acesso aos serviços em saúde:

Os mais velhos pensam assim: vai para lá fazer o quê? Tomar um chá, tomar o remédio? Normalmente, é assim que acontece com minha sogra, é assim (U2).

Destaca-se a importância de credibilizar práticas de saúde existentes no território das comunidades, de modo a permitir aos indivíduos o desenvolvimento de outras possibilidades em situação de fragilidade, o conforto necessário para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento. Assim, o desenvolvimento da educação popular em saúde nas comunidades é relevante ao abordar o processo saúde-doença, pois possibilita aos profissionais novos arranjos e outras oportunidades àquilo que não se consegue explicar, através do modelo biomédico, bem como incorporar as práticas populares nos cuidados em saúde (Hoffmeister; Pires, 2022).

Os aspectos culturais que perpassam pela dimensão simbólica podem reverberar na aceitação de como os serviços têm se organizado e estruturado, e, consequentemente, no acesso, conforme citado pelo entrevistado G3:

[...] eu penso que talvez eles não compreendam a forma de funcionamento da atenção primária [...], então eles buscam o mesmo tipo de atenção da mesma maneira e acaba que **nem compreendem, nem aceitam as regras** institucionais na forma geral [...]. Os valores culturais no sentido de que **ele tem que ser feito da maneira como ele acredita que tem que ser feito** e o serviço ele é organizado da maneira que deve ser, né? [...] por exemplo, eles dizerem que querem um neurologista fazendo o atendimento X, quando na verdade o atendimento corresponde a um ponto da emergência e não ao médico especializado [...] (G3).

A compreensão dos serviços de saúde por parte dos usuários é essencial para assegurar o acesso efetivo e o uso adequado das intervenções disponibilizadas. Contudo, a ausência ou insuficiência de orientações claras pode comprometer esse entendimento, sobretudo entre pessoas com menos escolaridade. O nível educacional exerce influência direta na capacidade de os indivíduos interpretar informações relacionadas à saúde, entender procedimentos e percorrer pelo sistema, afetando, consequentemente, a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado (Souza; Lima, 2020).

A motivação, o conhecimento, as crenças, as atitudes e as interpretações relacionadas às doenças e bem-estar, assim como os comportamentos aprendidos e incorporados pelos indivíduos em seu convívio social, além do grau de familiaridade com o sistema de saúde, são fatores pessoais que influenciam o acesso e a utilização dos serviços. A escolha do usuário ao buscar atendimento é impulsionada tanto pelos impactos fisiológicos percebidos quanto pelas estruturas sociais e culturais nas quais está inserido (Farias et al., 2020).

O déficit de compreensão dos profissionais de saúde sobre como os valores dos indivíduos e coletividades influenciam no processo do cuidado podem interferir no processo de trabalho e na promoção do acesso.

De acordo com Balderrama, Gleriano e Chaves (2023) a forma como se organiza os fluxos de atendimento está diretamente relacionada aos processos de atenção à saúde e pode influenciar diretamente no acesso dos usuários, podendo-se ressaltar a inadequação de modelos de atenção em determinadas realidades locais, a falta de priorização de riscos, de implantação de linhas de cuidados e protocolos.

De acordo com Fernandes e colaboradores (2019), além da bagagem cultural e do acolhimento e vínculo, a dimensão simbólica abrange aspectos como estigmas e estereótipos, crenças, percepção e expectativas dos usuários, bem como os valores pessoais dos usuários. Diante disso, é importante que os profissionais que atuam na APS conheçam o território no qual estão inseridos, bem como os modos de vida dos indivíduos e coletividades, de modo a colaborar para a promoção de um cuidado eficiente, eficaz e resolutivo.

Assim, percebe-se que as crenças, valores, representações culturais e significados que os indivíduos atribuem à saúde, à doença e ao cuidado são elementos simbólicos que influenciam diretamente as percepções e comportamentos dos usuários com relação aos serviços ofertados, afetando a decisão de buscar ou não atendimento, a forma como interpretam os sintomas e o relacionamento com os profissionais de saúde.

#### **4.2 Potencialidades e desafios no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha**

Idealizado a partir da oitava Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com o propósito de promover qualidade de vida à população. A partir desse princípio, iniciou-se o debate sobre o acesso aos serviços de saúde.

Considerando que esses serviços vêm sendo ofertados, torna-se relevante analisar se a população está, de fato, acessando-os e de que forma esse acesso ocorre.

Nesse contexto, durante as entrevistas realizadas, foram identificados fatores que atuam tanto como potencializadores quanto como desafios para o acesso aos serviços disponibilizados na USF Paramana. Nesta categoria, a discussão será iniciada pelas potencialidades.

#### 4.2.1 Acesso aos serviços de uma USF localizada em uma ilha: potencialidades e facilidades na sua efetivação

De acordo com Santos (2022), desde quando foi pensada a territorialização no SUS, percebeu-se que o modelo biomédico e a estrutura do assistencialismo à saúde não decorrem apenas de como são organizados os serviços, mas também como são realizadas suas ações no território, sobretudo as ações de prevenção e promoção à saúde. Desse modo, é imprescindível que haja um vínculo entre a população, a gestão e os serviços e não somente uma demarcação e organização no território.

Mediante tal perspectiva as falas das gestoras a seguir se assemelham a essas concepções, pois relatam sobre as facilidades de atuar no território pelo tamanho da comunidade e por conhecer os moradores:

Por ser um lugar pequeno, a gente consegue conhecer todo o público [...]. Então acho que isso facilita o acesso [...], ao realizar a busca ativa a gente consegue ter controle desses pacientes (G1).

Um ponto fundamental é o território pequeno [...], é 100% coberto de agentes comunitários [...] (G4).

Por se tratar de um território pequeno e com baixa densidade populacional, há uma facilidade no processo de reconhecimento e territorialização da área adscrita da USF Paramana, favorecendo as relações interpessoais e o vínculo entre usuários, profissionais e gestores. Assim, para os entrevistados G1 e G4, por ser um território pequeno os profissionais de saúde tem facilidade em atuar por conhecer todos os moradores, ter cobertura total da área pelas agentes comunitárias de saúde e ter a possibilidade de realizar busca ativa dos usuários faltosos.

Conhecer o contexto social completo da família, assim como as necessidades de saúde de seus integrantes, é fundamental para facilitar o acesso aos serviços. Além disso, há a

compreensão de que é mais adequado equiparar “necessidades” a “preferências subjetivas”, reconhecendo que somente os indivíduos ou grupos específicos têm plena consciência de suas demandas, sendo, portanto, mais aptos que as instituições coletivas para definir os objetivos e prioridades que melhor atendem às suas realidades (Farias et al., 2020).

Um estudo realizado por Maciel e colaboradores (2021) apresentou como resultados que a implantação da busca ativa possibilitou a identificação de uma grande lacuna de acesso das mulheres aos serviços de saúde. Através da busca ativa realizaram o convite para que participassem nos grupos de promoção da saúde e prevenção de doenças já existentes na unidade e realizaram também a partir da busca ativa, dois mutirões voltados a saúde da mulher, de acordo com as necessidades identificadas, solucionando as demandas reconhecidas.

A realização da busca ativa representa uma nova abordagem para o cuidado em saúde, fortalecendo o vínculo entre o usuário e o profissional, além de favorecer uma maior resolutividade no manejo do caso (Farias et al., 2020).

Outro fator identificado como potencializador do acesso foi a composição da equipe, conforme seguem as falas dos entrevistados G2, G3 e G4.

[...] o serviço como ele está organizado aqui já traz diferencial pela presença da E-multi na unidade [...] (G2).

[...] temos uma oferta de profissionais, a equipe multiprofissional ela é completa [...], nós temos recursos humanos, pessoas disponíveis para atendimento nas comunidades. Eu acho que o principal facilitador (G3).

[...] ter uma equipe multiprofissional [...] (G4).

Atualmente a USF Paramana dispõe de uma equipe multiprofissional com psicóloga, assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, odontóloga, médica de família, além de pediatra e ginecologista. Para os entrevistados G2, G3 e G4 a presença da equipe multiprofissional e a disponibilidade de atendimento nas comunidades tem sido um fator facilitador do acesso dos usuários ao serviço.

A equipe multiprofissional surge como um modelo implantado a fim de aumentar o acesso e promover resolubilidade às necessidades de saúde. Sua atuação se dá através de práticas, como atividades individuais ou coletivas, atendimento de prevenção e promoção à saúde, matriciamento, capacitação profissional, além de outras atividades individuais e coletivas (Sá et al., 2021).

Para os entrevistados U2, U4 e U7, a disponibilidade e agilidade nos atendimentos facilitam o acesso, conforme descrito nas falas a seguir:

Não encontra fila. Normalmente quando a gente vai para o Hospital em Salvador, a gente encontra fila, aquele negócio todo. Tirando a regulação, esse aspecto aqui na localidade nesse pronto atendimento aqui é bem útil, é bem estável. Você chega, é atendido não tem dor de cabeça nenhuma aqui. Às vezes que eu vim aqui eu fui sempre atendido (U2).

No momento que eu venho até a unidade procurar marcar um médico ginecologista e encontro a vaga, eu acho que isso é uma facilidade [...] (U4).

Outra facilidade é que o atendimento não demora, né? Por conta da quantidade de pessoas, se for comparar os outros lugares, o atendimento aqui é rápido (U7).

Os usuários destacam como facilidades o rápido atendimento na unidade, a ausência de filas, a disponibilidade de vagas para consultas, como ginecologia, e a agilidade em comparação a outros locais.

As falas dos usuários nos levam a refletir sobre a importância da disponibilidade de serviços de saúde capazes de suprir as necessidades da população de forma ágil. A realidade de serviços superlotados para atendimento de pessoas que já se encontram vulneráveis, pode até mesmo agravar o quadro dos usuários que buscam atendimento. Diferente disso, com uma unidade para atendimento de aproximadamente mil e quinhentos moradores cadastrados, a USF Paramana consegue atender de forma ágil, resolutiva, com oferta de diversidade de serviços, como descrito nas falas anteriores.

Outro fator importante quanto potencializador do acesso, foi o contato via aplicativo de WhatsApp fornecido pela USF Paramana, como descrito nas falas dos profissionais a seguir:

WhatsApp é um facilitador para a marcação de consulta [...] (P1).

A comunicação eletrônica via WhatsApp [...] (P4).

Nesse sentido, o entrevistado do grupo das lideranças, L1 informou que existe facilidade na comunicação que colabora para o acesso aos serviços:

Facilidade é a comunicação (L1)

Do mesmo modo, o entrevistado U9 também discorreu sobre a facilidade de comunicação com a equipe e acesso a informação, vivenciada com o grupo criado em aplicativo de mensagem:

Como tem o grupo né? Aí fica mais fácil. Porque eles informam que o médico vem, não vem. A gente não precisa se deslocar da nossa casa até aqui. Manda mensagem de um dia para o outro confirmando a consulta, isso. É bem interessante (U9).

As falas anteriores apontam o uso do WhatsApp como facilitador para a marcação e confirmação de consultas e para a comunicação com a unidade. A comunicação é destacada como uma facilidade e, além disso, a comunicação é um aspecto facilitador para o acesso do usuário aos serviços, ao informar sobre a presença do médico e confirmar consultas, evitando deslocamentos desnecessários.

De acordo com Cardona, Andrade e Caldas (2020), a rede social WhatsApp é a mais popular no país, estando presente em 99% dos smartphones. O uso de mídias sociais para a divulgação de informações sobre saúde tem crescido em todo o mundo, tornando essencial que os profissionais de saúde acompanhem essa tendência.

O uso do WhatsApp garante ampla capilaridade na comunidade, favorecendo a construção de conhecimento, além de promover interação e aproximação entre os profissionais de saúde e a população local (Cardona; Andrade; Caldas, 2020).

Um estudo realizado por Alencar e Souza (2021) apresentou como resultados que o uso do aplicativo de celular transformou a forma de comunicação remota na sociedade, permitiu à e-SF otimizar o atendimento das demandas administrativas e realizar a vigilância dos pacientes já acompanhados pela equipe. Essa organização concentrou-se em uma única via de acesso remoto, de fácil utilização e com ampla adesão da população.

Outro fator identificado como potencialidade foi descrito na fala de G4, com relação a contratação de profissionais moradores da localidade:

[...] Ter incorporado trabalhadores que são residentes daquela comunidade (G4).

A presença de profissionais moradores possibilita a assiduidade no funcionamento do serviço, uma vez que as condições climáticas ou as dificuldades no transporte não afetam no deslocamento desses trabalhadores. A maioria dos profissionais contratados moram na localidade de Paramana, entretanto a maioria são de nível médio ou fundamental. Os funcionários de nível superior em sua maioria moram no continente, mais especificamente na cidade de Salvador e enfrentam diariamente um percurso de cerca de uma hora e trinta minutos de transporte terrestre e cerca de vinte e cinco minutos de barco para chegar até a USF Paramana.

As distâncias e as dificuldades de deslocamento constituem barreiras tanto para a população acessar os serviços de saúde, quanto para os profissionais chegarem até os usuários e para a gestão garantir a oferta necessária de insumos e trabalhadores. Soma-se a isso a alta

rotatividade de médicos e enfermeiros, a insuficiência de agentes comunitários de saúde e, em alguns casos, de técnicos de enfermagem (Lima et al., 2022).

Embora o déficit de trabalhadores da saúde seja uma realidade global, ele se apresenta de forma ainda mais acentuada nas áreas remotas. A indisponibilidade de profissionais e serviços compromete a resolutividade da APS, fragilizando seu papel de porta de entrada preferencial do sistema (Lima et al., 2022).

De acordo com a entrevistada U5, outra facilidade no acesso aos serviços da USF Paramana é a forma como os profissionais a acolhem:

[...] o atendimento das pessoas, o acolhimento, como as pessoas acolhem a gente aqui, isso é uma facilidade (U5).

A fala da entrevistada acima, demonstra a importância do acolhimento do serviço de saúde e o quanto isso influencia no acesso dos usuários.

O acesso e o acolhimento estão intrinsecamente relacionados, de modo que um não se sustenta sem o outro no âmbito da APS. Santos e Nunes (2023) ressaltam que há diversas definições para o termo acolhimento, mas o essencial é a clareza e a explicitação da noção assumida em cada contexto, conforme as perspectivas e intencionalidades dos atores envolvidos. Nessa perspectiva, o acolhimento se configura como uma prática transversal a todas as relações de cuidado, manifestando-se nos encontros concretos entre profissionais de saúde e usuários, no ato de receber, ouvir e atender às pessoas, o que pode se materializar de diferentes formas.

As visitas domiciliares também foram descritas enquanto aspecto facilitador no acesso aos serviços de APS, conforme descrito na fala de U7:

Às vezes a médica vem em minha casa para atender meu pai que não consegue andar (U7).

A visita domiciliar constitui um recurso fundamental para a compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Essa prática possibilita conhecer de forma mais ampla o contexto de vida das famílias, incluindo seus aspectos sociais, ambientais e habitacionais, o que pode contribuir para o planejamento e a implementação de estratégias assistenciais individualizadas, ajustadas às necessidades e realidades específicas de cada caso (Melo et al., 2021).

É fundamental investir no desenvolvimento de atividades comunitárias que contribuam para a superação do modelo centrado na doença e para o fortalecimento das ações de promoção à saúde. Nesse sentido, torna-se necessário estimular a participação integrada de toda a equipe de saúde, fortalecendo o vínculo com a comunidade, incorporando as visitas domiciliares como parte da rotina de trabalho e promovendo atividades educativas que incentivem o autocuidado e ampliem a autonomia dos usuários (Melo et al., 2021).

O acesso aos serviços de uma USF situada em uma ilha apresenta especificidades decorrentes tanto das condições geográficas quanto do modo de vida da população local. Embora o deslocamento insular imponha desafios, é possível identificar diversas potencialidades e facilidades que contribuem para a efetivação do acesso e do cuidado em saúde.

Assim, a atuação integrada da equipe de saúde, aliada ao vínculo com a comunidade, configura-se como um elemento facilitador do acesso aos serviços da USF na ilha, reafirmando a centralidade da APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

#### 4.2.2 Desafios no acesso aos serviços de APS como “porta de entrada” por usuários de uma ilha

O acesso aos serviços de saúde em uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma ilha enfrenta desafios significativos, decorrentes de barreiras geográficas, logísticas, socioeconômicas e estruturais. O isolamento físico torna o atendimento dependente de transportes aquáticos, como lanchas, canoas e barcos de alumínio (lambaris), o que pode ser comprometido por condições climáticas adversas, resultando em atrasos ou cancelamentos de consultas, exames, encaminhamentos e dificuldades nas remoções dos pacientes em casos de urgência e emergência.

Localizada na Baía de Todos os Santos, a Ilha dos Frades apesar de estar distante a apenas 25km do litoral de Salvador, município que faz parte, o acesso ao seu território só é possível através de embarcações marítimas que saem do município de Madre de Deus, que fica distante cerca de 64 km de Salvador, utilizando-se o barco para travessia que dura aproximadamente 25 minutos, sendo que as embarcações estão disponíveis a cada uma hora no terminal marítimo para o deslocamento. A USF Paramana é o único serviço de saúde localizado na ilha e é responsável por atender as localidades de Garaiuba, Ponta de Nossa Senhora, Costa de Fora e Paramana.

Estudo de Fausto e colaboradores (2022), realizado em uma área remota da Amazônia apresentou que naquela localidade a APS representa o único, principal e primeiro recurso acessado pelos usuários quando procuram por cuidado em saúde. A atuação da APS em áreas mais remotas e de difícil acesso mostra-se desafiadora quando se busca a cobertura universal. As dificuldades para ofertar os serviços de APS em áreas de difícil acesso e com população pequena requer dos gestores municipais que sejam criadas alternativas organizacionais estratégicas na ESF, para evitar que permaneçam áreas sem cobertura assistencial.

Diante disso, apresentamos os desafios identificados pelos entrevistados no acesso aos serviços da APS na ilha de Paramana, um dos quais perpassa por dificuldade no acesso a atenção especializada, com a restrição das vagas pelo sistema de regulação, conforme descrito nas falas dos entrevistados G1 e G2.

A regulação tudo que for demanda que a gente não consegue atender a gente encaminha através da regulação. [...] a gente coloca no sistema Vida, só que ultimamente a gente não está conseguindo vaga e nem fila de espera para esse paciente [...] (G1).

Eu acho que como acesso ele não diz respeito apenas a determinada área da saúde, eu acho que um desafio para integralidade é a questão da dificuldade que eles têm, às vezes, de acessar os serviços da atenção especializada (G2).

De forma semelhante a entrevistada U9 cita a dificuldade em agendar exames pela regulação sendo necessário realizar particular, por conta da demora:

[...] Eu tô começando a usar, quando me passaram o exame por aqui, eu paguei particular, porque aqui tudo é a regulação. É morar na regulação. Eu tenho uma ressonância que eu preciso fazer que colocou desde agosto até o dia de hoje (U9).

As falas evidenciam dificuldades no acesso à atenção especializada, mediado pela regulação, que se torna um obstáculo quando não há vagas ou mesmo fila de espera para determinados procedimentos. Essa limitação compromete a integralidade do cuidado, levando alguns usuários a recorrerem ao setor privado para realizar exames, devido à demora no agendamento pela regulação, como no caso de uma ressonância aguardada.

Em contrapartida, a entrevistada U8 referiu não ter dificuldade na marcação do exame de ressonância magnética através da regulação:

Já estou saindo agora para poder fazer a ressonância. Foi marcada aqui pelo posto, eu vim para Doutor [nome], eu expliquei a ele que eu tava sentindo umas dores no joelho e ele pediu a ressonância. Aí ele pediu para o gerente solicitar, tem mais ou menos uns 15 dias, já marcou agora para quarta-feira, [...] em menos de um mês. Nessa parte

aí a gente aqui tem vantagem porque quando eu chegar lá fora, eles dizem que é da Ilha, eles aí ajeitam mais a vida da gente mais rápido (U8).

Diferente de U9, U8 relata que conseguiu agendar uma ressonância em menos de um mês após a solicitação na unidade, destacando que, por ser morador da ilha, percebe um atendimento mais ágil quando busca serviços fora da USF, recebendo prioridade no agendamento.

Na área da saúde, os mecanismos regulatórios são organizados em complexos e centrais de regulação, que funcionam como o núcleo articulador entre a demanda e a oferta no SUS. Esses dispositivos compõem a rede dinâmica do sistema, integrando e coordenando serviços como centrais de internação, consultas, exames especializados, cirurgias eletivas, atendimentos de urgência, entre outros (Bastos et al., 2020).

A organização do SUS baseia-se na constituição de uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada, com o objetivo de assegurar o acesso universal às ações e serviços de saúde, que se estrutura a partir do nível primário de atenção, complementado por serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, de modo a responder de forma adequada às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários (Araujo; Nascimento; Araujo; 2019).

Os arranjos tecnológicos do cuidado constituem dispositivos estratégicos na produção do cuidado em saúde, na medida em que permitem ampliar a compreensão da regulação do acesso para além da esfera tradicionalmente atribuída ao complexo regulador. A gestão de sistemas de saúde complexos, como o SUS, orientada pelos princípios da integralidade, equidade e universalidade, exige a formulação permanente de estratégias inovadoras que respondam de forma efetiva às demandas e necessidades sociais em saúde (Bastos et al., 2020).

Entretanto, vencido o desafio da regulação, quando conseguem a vaga na atenção especializada, os moradores da Ilha dos Frades precisam realizar o deslocamento até o continente, enfrentando os desafios das barreiras geográficas, de transporte e financeiras, como descrito por G2 e G3 em suas falas:

[...] A grande dificuldade é para aquilo que é necessário de fazer fora. A questão do deslocamento. [...] Além disso, tem as questões sociais também porque nem sempre é, o deslocamento que ele é caro, não existe transporte do município terrestre ou via marítima Paraná/Paraná que pudesse fazer esse serviço, e as condições financeiras elas nem sempre são favoráveis a realização desse deslocamento (G2).

Eu acho que como acesso ele não diz respeito apenas a determinada área da saúde eu acho que um desafio para integralidade é a questão da dificuldade que eles têm às vezes de acessar os serviços da atenção especializada [...], então isso já caracteriza uma forma de vulnerabilidade social que tem a barreira geográfica [...], a barreira social, econômica, [...] ainda existe a barreira marítima eles acessam, barreira terrestre então eu acredito que isso dificulta bastante (G3).

As falas apontam que o principal desafio no acesso aos serviços de saúde para moradores da ilha é a realização de atendimentos fora do território, devido às dificuldades de deslocamento, agravadas por barreiras geográficas, sociais, econômicas e citamos também climáticas. Apesar da organização na distribuição de vagas, é necessário melhorar a comunicação com a comunidade para garantir que conheçam os serviços disponíveis e consigam se deslocar para utilizá-los. Mesmo quando o transporte é regular, o tempo de deslocamento até o continente costuma ser longo e pode inviabilizar atendimentos eletivos, além de gerar custos adicionais para a população, como passagens e combustível.

Estudo realizado por Lima e colaboradores (2022) apresentou como resultados que as barreiras de acesso se tornam ainda mais evidentes quando se trata de atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar. Embora haja esforços da gestão municipal, o suporte da rede de atenção especializada à APS, geralmente oferecido na região de saúde por meio do TFD, nem sempre é garantido. Como o município não consegue arcar com toda a logística necessária, muitas vezes, o ônus do deslocamento e do acesso acaba recaindo sobre os usuários, especialmente aqueles que vivem em áreas de difícil acesso.

A dificuldade na marcação de serviços de média e alta complexidade é, provavelmente, decorrente de uma demanda superior à oferta. Essa situação resulta em lentidão no agendamento de especialidades e procedimentos, chegando, em alguns casos, a meses de espera para que os usuários sejam atendidos por especialistas ou realizem exames específicos.

Estudo realizado por Araujo, Nascimento e Araujo (2019) apresentou como resultados que a efetivação do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade enfrenta diversos entraves e limitações que necessitam ser superados. Entre esses desafios, destaca-se o desequilíbrio entre oferta e a demanda, o que evidencia a necessidade de ampliar os serviços disponíveis de modo a atender de forma adequada às necessidades da população. Essa ampliação possibilitaria a implementação de ações de saúde de qualidade e resolutivas, tanto na APS quanto nos níveis de média e alta complexidade, a partir de práticas que transcendam o modelo tradicional, centrado na medicina, no biologicismo e no profissional, avançando para um modelo em que o usuário se constitui como o centro da atenção e do cuidado.

Além da dificuldade em conseguir atendimento com especialidades, serviços de média e alta complexidade, L2 relatou dificuldade em acessar a alguns serviços ofertados na USF Paramana, conforme descrito a seguir:

A dificuldade é por exemplo a ginecologista, às vezes marca hoje só tem para fevereiro isso tudo é uma dificuldade, pegar o exame para mostrar quase dois meses é uma dificuldade. Era para ser mais prolongado, botar mais datas não só uma vez na semana. A gente está tendo dificuldade também na ultrassonografia, tem pessoas que vêm e não conseguem, perdem o dia todo e quando chega na hora não tem (L2).

A fala de L2 aponta as dificuldades no agendamento de consultas e exames, como ginecologia e ultrassonografia, devido à escassez de datas disponíveis e à concentração de atendimentos em dias específicos. Essa limitação faz com que pacientes aguardem meses para realizar consultas ou procedimentos.

Do mesmo modo, U4 e U9 também falaram sobre a dificuldade em conseguir vaga para marcação de algumas categorias profissionais

Marcar um dentista eu vejo que é o profissional mais difícil. Não sei se é a quantidade de vagas para os pacientes, porque às vezes tem determinado limite de vagas, aí devido a quantidade da população, de pessoas procurando ao mesmo tempo, a vaga acaba demorando bastante para repor outras pessoas (U4).

Às vezes, as marcações, o povo vinha de manhã cedo para fila, tinha que ficar aqui guardando o lugar. As dificuldades são essas, hoje colocou a marcação para tarde, mas mesmo assim o povo chega cedo porque são vagas limitadas (U9).

O agendamento de consultas odontológicas apresenta dificuldade devido ao número limitado de vagas e à alta demanda da população. Mesmo com ajustes nos horários de marcação, os usuários precisam chegar cedo para garantir atendimento, evidenciando a escassez de atendimentos disponíveis.

Os desafios na organização dos processos de trabalho em saúde bucal permanecem significativos e recorrentes. Muitas das fragilidades observadas na implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF ainda persistem, incluindo dificuldades na gestão da demanda de atendimentos clínicos e na realização de atividades coletivas, insuficiência de materiais e insumos essenciais, obstáculos no encaminhamento para procedimentos especializados. Essas limitações contribuem para a superlotação da agenda, sobrecarga dos profissionais e insatisfação dos usuários (Oliveira et al., 2022)

As barreiras geográficas e dificuldades de transporte, para os serviços localizados em áreas remotas, no que se refere aos locais de residência e de trabalho dos usuários, são determinantes relevantes, na perspectiva individual e podem impactar diretamente no absenteísmo às consultas e exames previamente agendados (Farias et al., 2020).

Assim, para além do deslocamento até a área central do município de Salvador para acessar a atenção especializada, existe o deslocamento entre as comunidades que compõem a

Ilha dos Frades, para acessar o serviço da USF Paramana, desafios relatados pelos profissionais P1 e P4:

Se for falar da comunidade da Costa, a questão da distância, o deslocamento. Tem que andar e muitos são idosos. A Ponta de Nossa Senhora também, que são 50 minutos e só vai de embarcação e muitos vêm andando [...] (P1).

[...] Como a gente é a Ilha dos Frades toda que acessa a esse posto aqui, acho que a mobilidade dependendo de onde eles estejam, o pessoal lá da Ponta para vir até aqui fica um pouco mais difícil. O pessoal da Costa tem mais essa dificuldade, o tempo às vezes depende do transporte da embarcação [...], uma dificuldade (P4).

Em concordância com os relatos dos profissionais, os usuários em suas falas apresentaram também sobre as dificuldades no deslocamento:

[...] as pessoas que moram em Ponta de Nossa Senhora e na Costa que é um pouco mais distante, eu acredito que para eles existe sim, porque para vir de lá, principalmente à noite, o lugar que não tem iluminação no caminho, então lá tem uma barreira muito grande, porque a gente não sabe o que pode ser encontrado no caminho. Então, tinha que existir uma unidade mesmo que com menos custo, mas cada um no seu lugar (U4).

Para a Ponta [...] tem que vir de barco, da Costa também. Da Costa até dá para vir andando, dependendo do que a pessoa tá sentindo, se for uma coisa muito grave ou pessoa idosa não tem mais condições de andar. Da Ponta e da Garaiuba, desses lugares também [...] (U5).

Deslocamento da Ponta de Nossa Senhora é 6 Km ou 7, para vir andando como é que faz? É uma hora e vinte minutos andando, uma hora e dez, mas uma pessoa doente aí vai ter dificuldade. Financeiramente, que às vezes não tem no bolso para pagar embarcação. Demora mais, e quando tá chovendo vem de guarda-chuva ou capa (U6).

[...] Se a maré tiver boa, dá para vir tranquilo, mas se tiver chuva, temporal já é mais difícil para eles. Se para a gente que mora aqui já é difícil chegar até aqui para eles que moram lá naquela região... Se caso vocês pudessem deslocar uma equipe para atender eles lá, era excelente, melhor, porque ele se deslocar de lá para cá no tempo chuvoso, tempo ruim entendeu? [...] Eles que moram aqui tem mais dificuldade até de falar, de expressar, de pedir, do que eu e você (U8).

As falas destacam que moradores de regiões mais distantes da ilha, como Ponta de Nossa Senhora, Costa de Fora e Garaiuba, enfrentam dificuldades para acessar a USF de Paramana devido a distância, a falta de transporte adequado e a precariedade das vias, especialmente à noite, por ausência de iluminação. O deslocamento pode exigir longas caminhadas, uso de barcos e canoas, o que se torna inviável para idosos, pessoas com mobilidade reduzida ou em casos graves. Além disso, acrescenta-se fatores como condições climáticas adversas, maré alta e custos elevados de transporte, que podem agravar o problema. Os usuários sugerem alternativas como a instalação de unidades mais próximas ou o deslocamento de equipes de saúde até essas comunidades para reduzir as barreiras de acesso.

Segundo Lima e colaboradores (2022) nas comunidades de difícil acesso, o tempo de deslocamento até a UBS mais próxima são prolongados e sofrem grande influência sazonal, podendo triplicar dependendo da época do ano. A essas dificuldades de mobilidade somam-se limitações na disponibilidade de transporte. De modo geral, não há transporte coletivo nas localidades, e o transporte intermunicipal não opera diariamente. Uma realidade muito parecida com a vivência dos moradores da Ilha dos Frades.

Os aspectos geográficos exercem influência direta no acesso aos serviços. A localização das unidades básicas de saúde (UBS) pode representar barreira importante, especialmente para populações rurais, ribeirinhas, indígenas ou residentes em áreas periféricas urbanas, onde o deslocamento é mais difícil ou os meios de transporte são limitados. A inadequada distribuição territorial dos serviços gera desigualdades no acesso e compromete o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (Guimarães et al., 2020).

Entretanto, de acordo com Silva, Fausto e Gonçalves (2023), embora existam barreiras de acessibilidade geográfica, muitos usuários amazônicos não as percebem como obstáculos, uma vez que desconhecem seus direitos de acesso aos serviços de saúde em suas comunidades ou áreas de residência.

Para os moradores da localidade de Paramana, os desafios de locomoção também foram identificados, principalmente em situação de urgência, ou quando se trata de pessoas idosas, como apresentado nas falas de U6 e U7:

A dificuldade é a pessoa que não pode se locomover, não tem uma maca para pegar, [...] na hora que tem um socorro quem não pode andar, se não tiver parente próximo, a gente aqui todo mundo pega uma patiola, coloca dentro e traz [...] (U6).

Para quem é idoso, né? Para locomoção, como ele veio, o meu pai tivemos que trazer ele de canoa, porque a idade dele não permite andar. Ele tá tomando remédio porque o sangue dele tá um pouco baixo, aí teve que vir tomar o remédio [...] (U7).

Em concordância com as falas U6 e U7, o entrevistado L1 relatou sobre as dificuldades na locomoção dos usuários em situações de urgência.

Antes era complicado, muito complicado trazer os pacientes na cadeira plástica, quatro ou seis homens carregando ou então vinha de embarcação, parava na frente do posto [...] (L1).

Os relatos evidenciam que a locomoção de pessoas com mobilidade reduzida, especialmente idosos, é um grande desafio na ilha, devido à falta de equipamentos adequados para o transporte. Assim, o mesmo é realizado de forma improvisada, utilizando “patiolas”,

cadeiras plásticas carregadas por várias pessoas ou embarcações, dependendo das condições do usuário e da urgência, contando, muitas vezes, com a ajuda de familiares ou vizinhos.

Por ser o único serviço de saúde localizado na Ilha, a USF Paramana também atende a situações de urgência e emergência, estabiliza o usuário e aciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para realizar o transporte daqueles que necessitarem para uma unidade que disponibilize o suporte demandado.

O SAMU segue protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para oferecer atendimento inicial a situações de urgência e emergência. Sua atuação é realizada por profissionais treinados e qualificados, utilizando equipamentos adequados para estabilização e transporte seguro até uma unidade de saúde especializada. Entre as modalidades de atendimento, destaca-se a embarcação conhecida popularmente como “ambulancha”, que atende comunidades ribeirinhas e costeiras (Arcuri et al., 2020).

Apesar da existência do SAMU, ainda persistem alguns desafios que são enfrentados desde a sua solicitação até o momento que acontece de fato o atendimento e o transporte do usuário que necessita desse atendimento e que se encontra na USF Paramana, conforme descrito na fala de G2:

[...] A gente faz o contato via Samu para que eles façam o deslocamento, essa remoção desse paciente. [...] O SAMU, a equipe sempre vai estar disponível, o marinheiro **a maioria das vezes informa que não há condições de navegabilidade, mesmo que para a Marinha esteja em condições**, [...] dependendo da gravidade eles realizam o deslocamento do paciente pelo GRAER [Grupamento Aéreo da Polícia Militar] através do helicóptero (G2)

Em concordância com G2, as falas dos profissionais P1, P2 e P5 descrevem como acontece o atendimento do SAMU:

[...] O SAMU vai buscar de lancha ou de helicóptero, com o GRAER. Nos casos de indisponibilidade do helicóptero e da lancha, quando não há condições de navegabilidade, se o paciente estiver estável a gente informa para a família que não tem condições de navegação, não teve como helicóptero vir. Então assim a gente não tem o que fazer aqui, e essa família vai por conta própria e leva o paciente para outra unidade, retira por conta própria (P1).

Nas pequenas urgências é horrível, a gente fica à mercê do SAMU, e o SAMU avalia a necessidade ou não. Às vezes o SAMU diz que não dá para vir, que o mar não tem condições de navegação ou às vezes eles dizem que o paciente não está classificado como risco para vir, e é bem complicado e às vezes a gente informa ao paciente que está aguardando o SAMU, o paciente não espera, evade, vai embora e fica por isso mesmo (P2).

[...] Se for um paciente que precisa de uma maior avaliação, ou a própria família leva para Madre de Deus ou solicita o SAMU e a guarda regular [...]. A grande maioria das vezes é solicitado o SAMU, mas eles não vêm, porque não tem condições de acesso,

porque o mar revolto não tá bom, então a grande maioria das vezes eles não vêm, aí os familiares levam para Madre de Deus (P5).

O atendimento de urgência nas ilhas de Salvador depende do SAMU, que pode utilizar lancha ou helicóptero do GRAER. No entanto, a indisponibilidade dos meios de transporte ou as condições adversas do mar frequentemente impedem o deslocamento das equipes. Nesses casos, se o paciente estiver estável, a família opta por transportá-lo por conta própria até outra unidade de saúde. Pequenas urgências também enfrentam dificuldades, pois os profissionais do SAMU avaliam a gravidade e, em muitos casos, decidem não enviar a equipe para atendimento, seja por risco baixo ou por falta de condições de acesso. Isso leva, muitas vezes, à evasão de pacientes ou ao transporte realizado pelos próprios familiares, geralmente para a cidade de Madre de Deus.

As ambulâncias do SAMU representam frequentemente o único serviço de resgate em situações de urgência e emergência em determinados territórios. A ausência desse serviço pode acarretar sérios prejuízos à saúde da população, que, muitas vezes, precisa recorrer à construção de redes comunitárias de solidariedade para garantir o acesso à atenção em saúde (Ferreira et al., 2020).

Em consonância com o que foi descrito tanto pelos profissionais, quanto pela gestora, seguem falas das lideranças:

[...]depois que colocou o GRAER ajudou muito, mas esse SAMU aí na época de pandemia mesmo chamava de manhã, quando chegava era de noite ou no outro dia. [...] Eu vejo mais o ponto negativo na parte da SAMU marítima [...]. Muitas vezes tem condições de chegar aqui, quando não tem condições de chegar em Paramana, tem o Loreto que é próximo, quando o mar tá em condições ele vem, mas mesmo assim demora. O GRAER já salvou muita vida aqui, porque se for esperar pelo Samu pelo mar... Quando o SAMU não vem, fica complicado, porque fica aqui no posto e aí tem que esperar autorização para remover esse paciente, para locomover para cidade mais próxima que é Madre de Deus, [...] e o paciente às vezes não vai ter esse tempo todo de espera. [...] fiquei sabendo que teve um caso desse, que a família de tanto esperar teve que retirar, a família assumiu a responsabilidade de pegar e levar para Madre de Deus (L1).

Nunca precisei, mas já presenciei, minha mãe veio aqui, a médica disse que não tinha condições nenhuma de ficar aqui, disse que precisava regular, eu perguntei: Doutora vai demorar? Eu perguntei: eu como filha posso levar minha mãe dar entrada no Subúrbio? Ela disse: você que sabe. Aí eu fiz isso, eu estava com carro e fui direto, a médica me explicou toda a situação de minha mãe e ela explicou que se ela ficasse aqui ela não ia aguentar e que a SAMU poderia atrasar e minha mãe assim que chegou no hospital ela teve hipoglicemia, foi bom que ela já estava lá. Quando aciona o SAMU é péssimo, o SAMU só chega aqui depois que a pessoa disse que já tá morrendo [...] (L2).

As falas demonstram que o atendimento do SAMU, especialmente o marítimo, é marcado por atrasos significativos, chegando a demorar horas ou até um dia inteiro, como

ocorreu durante a pandemia. Mesmo com condições favoráveis de navegação, a resposta é lenta, o que gera riscos à vida dos pacientes. O GRAER, por meio do resgate aéreo, é visto como mais eficiente e já salvou muitas vidas. Quando o SAMU não comparece, a remoção para cidades próximas, como Madre de Deus, leva as famílias a assumirem o transporte por conta própria para evitar agravamento do quadro clínico. Há percepção negativa sobre a eficiência do SAMU, considerado lento e ineficaz.

Entretanto, é importante ressaltar que apesar dessas dificuldades, na prática enquanto profissional, vivenciamos alguns casos específicos de remoções via GRAER, após aproximadamente uma hora e trinta minutos da abertura do chamado via SAMU, sendo os usuários transferidos para o hospital em um helicóptero da Policia Militar da Bahia acompanhada de seu familiar.

Estudo realizado por Arcuri e colaboradores (2020), mostra que o SAMU também enfrenta alguns obstáculos durante a sua atuação, pois a discrepância, frequentemente significativa, entre os recursos disponíveis para o serviço de ambulâncias e as exigências operacionais tornou-se evidente em diversos relatos de atendimentos aquaviários. Tal contraste é ainda mais notável quando a própria equipe de socorristas necessita de resgate.

A ausência de embarcação reserva do SAMU, aliada à carência de outros veículos aquaviários de serviços públicos essenciais, como polícia, corpo de bombeiros e defesa civil, torna as equipes de socorristas dependentes de resgates realizados por embarcações das secretarias municipais de saúde, muitas vezes não projetadas para esse fim. Em algumas situações, o socorro ocorre por meio de arranjos informais, baseados em contatos pessoais dos profissionais do SAMU, com parentes ou membros da comunidade que possuam barcos e possam auxiliá-los (Arcuri et al., 2020).

Outro estudo realizado por Ferreira e outros (2020) evidenciou que um fator que dificulta o trabalho das equipes de socorristas é o acesso às comunidades para resgate de pacientes. Na maioria delas, não há cais flutuantes ou píeres adequados para atracação, obrigando as lanchas a encostar diretamente nas margens, enquanto o paciente é transportado imobilizado por barrancos ou por escadas improvisadas. Realidade semelhante a vivenciada na USF de Paramana, pois a comunidade não dispõe de um pier adequado para a atracação das lanchas.

As relações interpessoais também se mostraram como um desafio. Na seleção dos profissionais para atuar nas ilhas, um dos critérios de prioridade foi residir nas próprias localidades, assim, a maioria dos profissionais são moradores de Paramana. Esse é um aspecto apontado enquanto dificuldade no acesso a APS nas falas dos entrevistados P2, P3, P4 e P5:

[...] o fato dos moradores se conhecerem e eles acharem que o que acontece aqui todos podem ficar sabendo. [...] e falta treinamento com a equipe de como lidar com o usuário, levando em conta o fato de eles morarem na mesma região (P2).

No meu ponto de vista, eu acho que por conhecer os profissionais da unidade tem algumas resistências em alguns serviços. [...] tipo preventivo, alguns não se sentem à vontade por conhecer, acham que vai ter o compartilhamento de informações. Não entendem que a gente precisa manter um sigilo. Eu acho que é a maior dificuldade aqui [...] (P3).

O que eu identifico como algum tipo de barreira é o fato da metade ou boa parte dos funcionários serem daqui mesmo da comunidade [...], eu acho que se tornam um tipo de barreira física para algumas pessoas [...] (P4).

[...] As relações interpessoais, porque as pessoas elas infelizmente as vezes [...] deixam de cuidar da sua própria saúde porque vai encontrar com alguém que conhece [...] (P5).

As falas apontam que as relações interpessoais nas comunidades representam uma barreira ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. O fato de moradores e profissionais se conhecerem gera receio quanto ao sigilo das informações, fazendo com que alguns pacientes evitem determinados atendimentos, especialmente preventivo ginecológico. Além disso, a presença de funcionários que residem em Paramana pode, em alguns casos, atuar como uma barreira percebida pelos usuários, influenciando sua disposição de buscar cuidados de saúde. A falta de qualificação da equipe para lidar com essas situações agrava o problema.

O provimento e a fixação de profissionais de saúde em áreas remotas ou de difícil acesso representam um desafio para garantir o acesso universal aos usuários. Diversos fatores dificultam a permanência desses profissionais, como a infraestrutura limitada dos serviços e a insuficiência de apoio governamental na implementação de políticas que favoreçam a continuidade do trabalho em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica (Lima et al., 2022), o que pode ser uma justificativa para a contratação de profissionais moradores da localidade.

Segundo Vicari, Lago e Bulgarelli (2022) a oferta de um conjunto de serviços de saúde não garante o acesso a eles, pois a existência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais podem influenciar na sua utilização.

O acesso aos serviços da APS em unidades situadas em regiões de difícil acesso, como as ilhas, apresenta um conjunto particular de potencialidades e desafios, fortemente influenciados pela localização geográfica e pelas características sociais, econômicas e culturais da população local.

O acesso aos serviços de APS localizados em ilhas enfrenta desafios complexos que afetam diretamente o seu papel como porta de entrada do sistema de saúde. O isolamento

geográfico dificulta a mobilidade da população, tornando o deslocamento até o continente oneroso e, em alguns casos, limitado por condições climáticas ou de transporte.

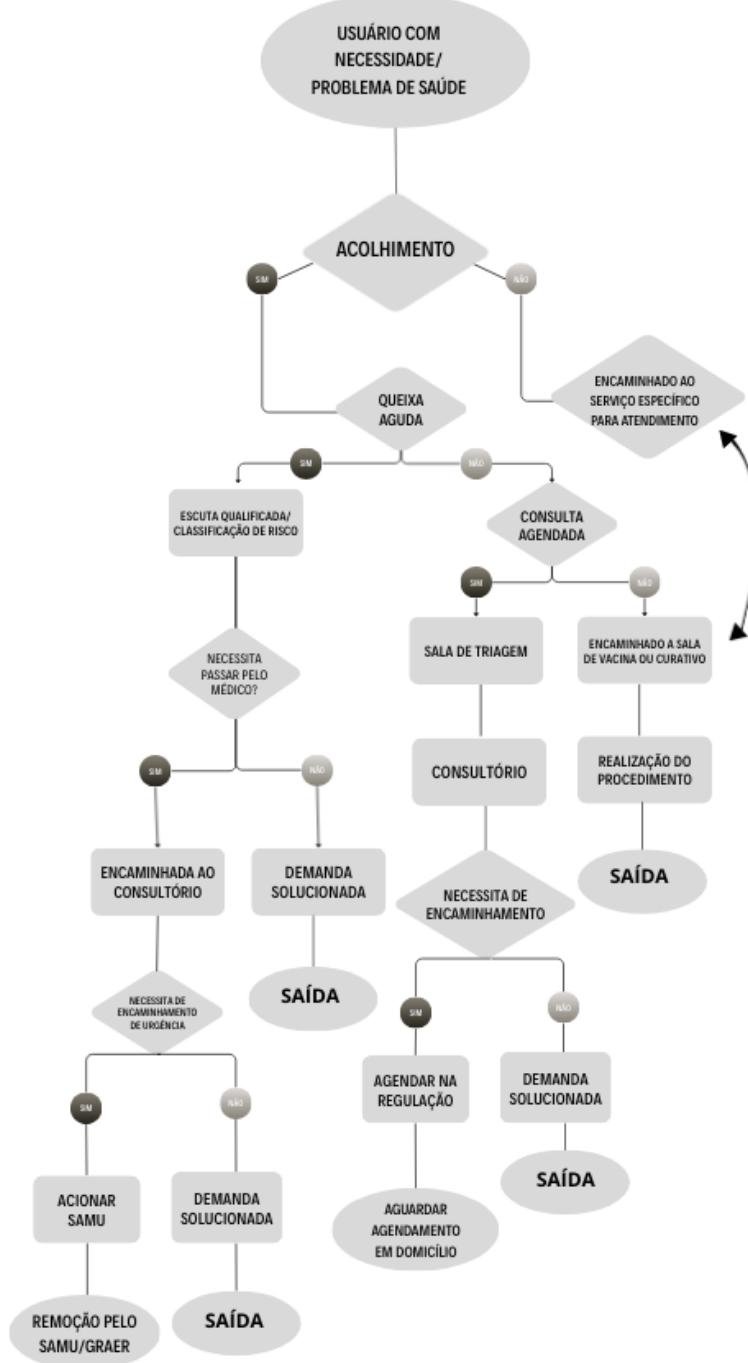
Portanto, a complexidade do acesso à APS em ilhas evidencia a necessidade de políticas públicas específicas que considerem tanto as barreiras geográficas quanto as limitações de recursos humanos e estruturais, garantindo que a APS cumpra plenamente seu papel de porta de entrada preferencial, promovendo integralidade, equidade e continuidade do cuidado em saúde.

#### **4.3 Produto Técnico: fluxograma analisador do acesso a USF de Paramana**

O Fluxograma Analisador (FA) é considerado uma ferramenta essencial para a promoção de práticas seguras em saúde. Sua elaboração está diretamente associada à necessidade de reorganização dos serviços, de modo a favorecer um cuidado mais linear, seguro e eficaz. Esse instrumento representa a trajetória percorrida pelo usuário, evidenciando que não existe um direcionamento totalmente claro e preciso, mas sim um percurso definido conforme a demanda apresentada (Ponte; Vieira; Lira, 2023).

Assim, durante o processo de construção, as falas compartilhadas pelos participantes estimularam reflexões, que remeteram ao FA como produto técnico dos resultados da pesquisa, o qual é apresentado a seguir e será disponibilizado para os usuários, profissionais e gestores da saúde no formato de panfleto.

## FLUXOGRAMA ANALISADOR DO ACESSO DOS USUÁRIOS À USF PARAMANA



Horário de funcionamento: 8 horas as 16 horas

Profissionais: Enfermeiros, médicos (ginecologista, pediatra e clínico geral), psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e odontólogo

Exames realizados: laboratoriais, ultrassonografia (USG) e eletrocardiograma (ECG)

Procedimentos: vacinas, aplicação de medicamentos, curativos, entre outros.

**Figura 4:** Fluxograma Analisador do acesso dos usuários à USF Paramana.

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso na USF Paramana é configurado como o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde para ESF, e o primeiro contato com o usuário se dá através do acolhimento com classificação de riscos para as demandas espontâneas e agendamentos para consultas eletivas. Dispõe de atendimento médico, de enfermagem, de odontologia, pediatria e conta com uma equipe de saúde ampliada composta por uma nutricionista, assistente social, psicóloga e fisioterapeuta.

O acesso aos serviços de APS por usuários de uma USF localizada em uma ilha, apresenta características particulares, fortemente influenciadas pelo contexto geográfico e social do território.

Entre as potencialidades nesse processo, destaca-se a proximidade entre profissionais de saúde e a comunidade, o que favorece o estabelecimento de vínculos, a continuidade do cuidado e a confiança dos usuários na eSF. A presença de profissionais que residem na própria ilha contribui para maior conhecimento das condições locais e para um atendimento mais contextualizado às necessidades da população.

O isolamento geográfico impõe limitações à mobilidade, tornando o deslocamento até o continente mais complexo, demorado e, em alguns casos, oneroso. Essas barreiras podem resultar em atrasos nos atendimentos aos serviços especializados, menor frequência de consultas e dificuldade no acompanhamento das condições crônicas de saúde.

Além disso, o contexto dos moradores também impõe desafios significativos. A dependência de transporte aquático, como lanchas e embarcações do SAMU, torna o acesso a atendimentos de urgência e emergência mais vulnerável a fatores climáticos e à disponibilidade de recursos, resultando em atrasos e limitações no socorro. O deslocamento para serviços de média e alta complexidade, localizados no continente, exige logística complexa, recursos próprios ou a mobilização de familiares, gerando sobrecarga e dificuldades para os usuários. Ainda se destaca a limitação de vagas para consultas e exames especializados, somada à alta demanda da população, que resulta em longos tempos de espera.

Outro desafio identificado diz respeito às relações interpessoais e à dinâmica comunitária. A proximidade e até mesmo a consanguinidade entre moradores e trabalhadores de saúde pode gerar receio quanto à confidencialidade, levando alguns usuários a evitar determinados serviços ou a se sentirem constrangidos em utilizar alguns atendimentos. Essa

barreira social, somada à carência de capacitação específica da equipe pode ocasionar situações sensíveis, impactando diretamente na utilização e efetividade dos serviços.

Com base na análise das entrevistas, foi desenvolvido, como produto técnico deste estudo, um fluxograma analisador do acesso dos usuários a USF Paramana, no qual é apresentado, de forma gráfica, o fluxo de funcionamento da unidade. O material tem como finalidade ser disponibilizado aos usuários, equipe de saúde e gestores em formato de panfleto informativo.

Em síntese, a APS em lugares de difícil acesso revela-se como um espaço de cuidados próximos e personalizados, com potencial para fortalecer vínculos e a continuidade do cuidado. No entanto, as limitações logísticas, a escassez de recursos especializados e as barreiras sociais e culturais constituem desafios que exigem estratégias integradas de gestão, transporte e comunicação para garantir o acesso equitativo e eficiente à saúde.

Embora o estudo tenha fornecido importantes informações sobre desafios e potencialidades, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, a pesquisa foi realizada em um único território, o que restringe a generalização dos resultados para outras regiões com características geográficas, demográficas e organizacionais distintas. Outro fator limitante foi a entrevista ter sido realizada apenas na localidade de Paramana, dificultando a participação dos moradores da Ponta de Nossa Senhora, Costa de Fora e Garaiuba.

Outro limite identificado neste estudo refere-se à dificuldade de entendimento de alguns entrevistados durante a coleta de dados. Ainda que tenham sido adotadas estratégias para esclarecer dúvidas e facilitar a compreensão, essa limitação evidencia a necessidade do desenvolvimento de atividades de educação em saúde que possibilitem o acesso à informação aos usuários e a familiaridade com o tema, a fim de minimizar vieses e garantir uma representação mais fidedigna das percepções sobre o acesso aos serviços de APS.

Salientamos que é fundamental investir em ações de promoção da saúde, com o objetivo de prevenir a ocorrência de demandas de média e alta complexidade, através do fortalecimento da APS como ponto central do cuidado. Garantir a resolutividade na APS por meio do acompanhamento contínuo de usuários, da gestão adequada de doenças crônicas e da realização de pequenos procedimentos, impede a evolução de problemas simples para situações que exigem atenção especializada. Por fim, o engajamento da comunidade no autocuidado e na adesão aos tratamentos reforça a prevenção, promovendo um cuidado mais eficiente e equitativo, alinhado aos princípios de integralidade e continuidade do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, n. 15, v. 1, p. 161-170.
- ALENCAR, S. S.; SOUZA, F. H. A. (2021). Uso do WhatsApp por uma equipe de Saúde da Família como estratégia para lidar com demandas administrativas. **Health Residencies Journal**, 2(9), 169-182.
- ALMEIDA, A.; CASTRO, N. M. terceirização da saúde pública como forma de desvio de recursos pública da saúde. **Revista São Luis Orione**, v. 6, n. 2, 2019.
- ARAUJO, M. O. **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade**. 2014. 189f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.
- ARAUJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; ARAUJO, B. O. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Rev. APS**, v. 22, n.1, p. 63-75, jan-mar. 2019.
- ARCURI, R. et al. Um panorama da operação do serviço de embarcações do SAMU 192 no Brasil: a gestão da variabilidade no atendimento de urgência a comunidades ribeirinhas e costeiras. In: **XX Congresso Brasileiro de Ergonomia - Virtual 2020**. Anais. Lorena (SP) ABERGO, 2020. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/abergo2020/295576-UM-PANORAMA-DA-OPERACAO-DO-SERVICO-DE-EMBARCACOES-DO-SAMU-192-NO-BRASIL--A-GESTAO-DA-VARIABILIDADE-NO-ATENDIMENTO>. Acesso em: 02 set 2025.
- ASSIS, M. M. A. et al. (orgs). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.
- ASSIS, M. M. A; ABREU-DE-JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out.-dez. 2010.
- BALDERRAMA, P.; GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre fatores que influenciam o acesso em uma região de saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 84, p. 12326-12339, 2023.
- BASTOS, L. B. R.; BARBOSA, M. A.; ROSSO, C. F. W.; OLIVEIRA, L. M. D. A. C.; FERREIRA, I. P.; BASTOS, D. A. D. S.; SANTOS, A. D. A. S. D. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 25, 2020.

BORGES, J. P. A.; LIMA, R. F.; SANTOS, S. C. R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 10, n. 2, p. 2317-1154, 2021.

BOTELHO F. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? **Rev Panam Salud Publica**. Minas Gerais, v. 159, n. 42, p. 1680-1598, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Título VIII, Seção II, Artigos 196 a 200. Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. \*\*Lei N 8.080 Orgânica de Saúde\*\*. Brasília, 1990a. Disponível em: \[BRASIL. Ministério da Saúde \\(MS\\). \\*\\*Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990\\*\\*. Brasília, 1990b. Disponível em: \\[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\\\_03/leis/l8142.htm\\]\\(https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm\\). Acesso em: 07 nov 2023.\]\(https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20so%20as%20condi%C3%A7%C3%A3o%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A7%C3%A3o%20outras%20provid%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 27 nov 2023.</a></p>
</div>
<div data-bbox=\)](https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?brirBase=CF&abrirArtigo=196#:~:text=196.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 27 nov 2023.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 25 mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 27 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 144.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União 2010b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 10 jun 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa

envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016.** Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 07 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasisus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete -do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 27 nov 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 05 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setembro%20de%202017.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setembro%20de%202017.) Acesso em: 10 mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 2, 24 de fevereiro 2021.** Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf). Acesso em: 05 jul 2024.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando à saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. Disponível em: <https://www.repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/37466>. Acesso em: 30 nov 2023.

CARDONA, A. H. D. S.; ANDRADE, C. W.; CALDAS, L. N. M. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 137-141, 2020.

CARVALHO, E. M. P.; PIRES, D. X.; OLIVEIRA, T. M.; SPADOTI, K. A.; LEITE, J. S.; SILVA, R. M. Acolhimento à demanda espontânea na atenção primária: percepção dos enfermeiros. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e14690, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.8190047. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/690>. Acesso em: 26 jun. 2025

CASTRO, A. M. M.; Silva, J. S.; Macedo, L. C. S. A.; Rosa, N. S. F.; Bertussi, D. C.; SANTOS, M. L. M.; Merhy, E. E. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista De Saúde Coletiva**, 2, e11351, 2021.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2702, 2021.

CEGATTI, F.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-41, 2020.

COBAITO, F. C.; COBAITO V. Q. SUS–Sistema Único de Saúde: A Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã. **Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 166-177, 2021.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362. 2004.

COSTA, J. M. S. **A Lei 8080/90 - O que mudou desde sua proposição?** 77 f. TCC (Graduação). Curso de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico da Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2022.

CURY, G. C.; FONSECA, A. F. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. **Trabalho, Educação e Saúde**, 21, e02415229, 2023.

DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A.; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 2, p. 123-135, 2022.

DRESCH, A.; LACERDA, D.P.; ANTUNES JUNIOR, J.A.V. **Design Science Research: Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e Tecnologia**. Porto Alegre: Bookman, 2015, 181p

FACCHINI, L. A.; TOMAS, I. E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208- 223, 2018.

FARIAS, C. M. L.; LOUZADA, C. M.; ESPOSTI, C. D.; SANTOS, E. T. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, e2239, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/342418249\\_Absenteismo\\_de\\_usuarios\\_barreiras\\_e\\_determinantes\\_no\\_acesso-aos\\_servicos\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/342418249_Absenteismo_de_usuarios_barreiras_e_determinantes_no_acesso-aos_servicos_de_saude). Acesso em 24 Jul 2025.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; LIMA, J. G.; CABRAL, L. M. S.; SEIDL, H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 27, n. 4, p. 1605-1618, 2022.

FECHINE, V. M. R.; FLEURY, M. P. S.; VASCONCELOS, A. M. N.; CRUZ, R. C. S. Indicador de acesso aos serviços de saúde: evidências de desigualdades e dificuldades. In: **XXIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)**, 2024. Anais. Brasília, DF, 2024.

FERNANDES, N. F. S.; GALVÃO, J. R.; ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, P. F. D.; SANTOS, A. M. D. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de saúde pública**, 35, e00234618, 2019.

FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1765-1778, 2020.

FERREIRA, D.; ARCURI, R.; BULHÕES, B.; BELLAS, H. C.; MASSON, L.; VIDAL, M. C.; CARVALHO, P. V. R. Desafios na manutenção do serviço de atendimento móvel de urgência fluvial no Alto Solimões. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 16, p. 494-505, 2020.

FERREIRA, M.A.; SOUZA, L.R. Escuta qualificada na atenção primária: impacto na humanização do cuidado. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 150–160, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsc/a/xyz>. Acesso em: 22 jul. 2025.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde em Debate**, v. 43, Spe6, p. 93–103, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JdtdgQDJjyVqVDtMJ5K6bhq/?format=html&lang=pt> Acesso em 25 jun 2025.

FUNDAÇÃO BAHIA VIVA. **Principais ilhas**. 2024. Disponível em: <https://fundacaobaiaviva.org.br/en/ilha-dos-frades/> Acesso em: 02 Jun 2024.

GEREMIA, D.S. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis**, v. 30, n. 1, p. 1-3, 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. D. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 3, p. 1-6, 2019.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: ELBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-82, abr. 2020.

GUIMARÃES, A. F.; BARBOSA, V. L. M.; SILVA, M. P. D.; PORTUGAL, J. K. A.; REIS, M. H. D. S.; GAMA, A. S. M. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, p. 1-7, 2020.

HOFFMEISTER, A.; PIRES, F. S. Saberes populares e cuidado em saúde: um estudo de caso no município de Araricá/RS. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 6, n. 1 (supl.), p. 21, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/pesquisa/10101/0>. Acesso em 10 mai 2024.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; MEDINA, M. G. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, e00616190, 2022.

LOPES, F. M. V. M.; SANTO, T. B. E.; CALDAS, C. P.; NICOLI, E. M. A utilização do fluxograma analisador para descrever os movimentos de redes vivas de um usuário com demência. **Interface (Botucatu)**, v. 29, e240061, 2025. DOI: 10.1590/interface.240061

MACIEL, N. S.; LUZIA, F. J. M.; FERREIRA, D. S.; FERREIRA, L. C. C.; MENDONÇA, V. M.; OLIVEIRA, A. W. N.; SOUSA, L. B. Busca ativa para aumento da adesão ao exame Papanicolaou. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, e245678, 2021.

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO JÚNIOR, E. P.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 1, e00044718, 2019.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **A atenção primária à saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. 2009. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude\\_-\\_recortado.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf). Acesso em: 07 fev 2024.

MATTOS, J. C. O.; BALSANELLI, A. P. A liderança do Enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enferm. foco**, v.10, n. 4, p. 164-171, 2019.

MELO, D. D. S.; SILVA, A. L. A. D.; MARTELLI, P. J. D. L.; LYRA, T. M.; MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 4569-4578, 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 418 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 349 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415412>. Acesso em: 02 jun 2024.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **O desafio da pesquisa social**. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 9-29. 2001.

MOURA, R. A.; HENRIQUES, B. D.; FERREIRA, D. C.; CAÇADOR, B. S. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320103, 2022. Disponível em: [scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312022000100601](https://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312022000100601). Acesso em: 26 jun. 2025.

OLIVEIRA DO Ó, D. M. S. O.; SANTOS, R. C.; SOUSA, F. O. S.; ALBUQUERQUE, P. C.; SANTOS, M. O. S.; GURGEL, D. O. S.; IDÊ G. D. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 10, p. 1-17, 2022.

OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1-13, 2019.

OLIVEIRA, M. T. P.; FARIAS, M. R.; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis** (Rio de J.), v. 32, n. 1, e320106, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BGG7znsRCFRXLvLnctyTrwS/?format=html&lang=pt> acesso: 25 Jun 2025.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEITER, P.; PEREIRA, R.; FRANÇA, I. Análise de dimensões do acesso à saúde das crianças com Síndrome Congênita de Zika (SCZ) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e200064, 2020.

PONTE, A. I. M.; VIEIRA, A. M. S.; LIRA, B. R. F. Fluxograma analisador, uma ferramenta para o processo de trabalho na saúde. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 311-316, 2023.

PUSTAI, O. J. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.71.

SÁ, S. C. M.; SANTOS, E. A. C.; SILVA, N. B.; CHAVES, B. S. C.; LIRA, S. C. S. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 61), p. 4918-4929, 2021.

SALES, O. P. et al. O Sistema Único de Saúde: Desafios, Avanços e Debates em 30 anos de História. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, G. A.; JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. V. M.; MAIA, E. L.; VIANA, M. M. N.; BIZERRIL, D. O. A estratégia saúde da família e territorialização: uma revisão de escopo. **Conjecturas**, v. 22, n. 12, p. 706-717, 2022.

SANTOS, I. O.; RABELLO, R. E. D.; CORRÊA, R. G.; MELO, G. Z. S.; MONTEIRO, A. X. Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. **Rev. APS.** v. 24, n. 1, p. 185-199, 2021.

SANTOS, L. Atenção primária e a privatização dos serviços de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 22, n. 2, p. e0014-e0014, 2022b.

SANTOS, M. L. M.; FERNANDES, J. M.; VICENTE, D. P.; SIMIONATTO, J.; SANCHES, V. S.; SOUZA, A. S.; CHRISTOFOLETTI, G.; MEREY, L.F. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.

SANTOS, R. M.; ALMEIDA, V. C. A escuta qualificada na saúde mental: um olhar sobre as práticas em atenção básica. **Revista Psicologia & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 85–95, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/pssaudade/article/view/15761>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SANTOS, W. E. P. D.; NUNES, C. J. R. R. O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS)—análise das principais normativas: relato de experiência. **Health Residencies Journal**, 2023.

SANTOS, Y. L. **Dinâmicas contemporâneas na produção do espaço em ilha doa frades (SALVADOR-BA)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Instituto de Geociênciа) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 50f, 2022a. Disponível em: <https://geografia.ufba.br/TCC%20-20Yuri.pdf>. Acesso em: 02 jun 2024.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTANELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Servir. Saúde**, v. 29, n. 2, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. **Distritos Sanitários**. 2022. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>. Acesso em: 05 mai 2024.

SEMEUNKA, M.; SILVIA, M. P. T.; RODRIGO, G. S.; LUCIANA, B. F. **Os desafios da implantação do acesso avançado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde**. Tese (Residência Multiprofissional em Saúde) Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 45f, 2020.

SHIMIZU, L.; VERONEZI, R. J. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 132-146, 2020.

SILVA, A. M. D., FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. **Cadernos de saúde pública**, 39, e00163722, 2023.

SILVA, B. C. L. D. **Saúde Pública e Serviço Social**: produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais. 2024. 112 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus

(AM), 2024. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/10417>. Acesso em 21 out 2025.

SILVA, W. R. S. **Quando há água por todos os lados:** o acesso ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais remotos da Amazônia. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

SOUZA, R. T.; LIMA, M. F. Influência do nível educacional na compreensão dos usuários sobre serviços de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 112-121, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsc/a/xyz>. Acesso em: 22 jul. 2025.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 183-206, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 1<sup>a</sup> ed. 18<sup>a</sup> Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

UNGLERT, C.V.S. **Territorialização em saúde:** a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. Tese (Livre Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 135-147, 2022.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES**

Universidade Estadual de Feira de Santana  
 Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
 Pesquisadora responsável: Profª. Drª. Mariana Oliveira Araujo  
 Pesquisadora colaboradora: Quezia Nunes Frois dos Santos

| Entrevista (nº) | Código do Entrevistado | Início (hora) | Término (hora) | Data          |
|-----------------|------------------------|---------------|----------------|---------------|
|                 |                        |               |                | __ / __ /2024 |

### **1 Caracterização do(a) entrevistado(a):**

- 1.1 Gênero: Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans ( ) Pessoa não binária ( )  
 1.2 Orientação sexual: Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( )  
 1.3 Raça/Cor \_\_\_\_\_  
 1.4 Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 1.5 Formação: \_\_\_\_\_  
 1.6 Tempo de formação: \_\_\_\_\_ anos  
 1.7 Função/ Cargo: \_\_\_\_\_  
 1.8 Tempo de serviço: \_\_\_\_\_  
 1.9 Tem duplo vínculo: ( ) NÃO ( ) SIM Onde? \_\_\_\_\_  
 1.10 Pós-Graduação em Saúde da Família: ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_  
 1.11 Outra pós-Graduação: ( ) NÃO ( ) SIM Qual área? \_\_\_\_\_

### **2 Temas norteadores – Dimensões de acesso**

- 2.1- Acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)  
 2.1.1 Configuração do acesso aos serviços da APS  
 2.1.2 Desafios/ dificuldades no acesso aos serviços da APS  
 2.1.2 Potencialidades/ facilidades no acesso aos serviços da APS
- 2.2- Dimensão Econômico/Social  
 2.2.1 Investimento na rede pública (necessidades e serviços ofertados)  
 2.2.2 Barreiras sociais, econômicas e físicas  
 2.2.3 Preconceitos
- 2.3- Dimensão Organizacional  
 2.3.1 Porta de entrada (organização do acesso ao serviço de saúde)  
 2.3.2 Fluxo de atendimentos  
 2.2.3 Barreiras geográficas  
 2.3.4 Regulação/ Referência/ Contrarreferência  
 2.3.5 Avaliação
- 2.4- Dimensão Simbólica  
 2.4.1 Aspectos Culturais  
 2.4.2 Crenças  
 2.4.3 Valores individuais e coletivos

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: USUÁRIOS E LIDERANÇAS LOCAIS**

Universidade Estadual de Feira de Santana  
 Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
 Pesquisadora responsável: Profª. Drª. Mariana Oliveira Araujo  
 Pesquisadora colaboradora: Quezia Nunes Frois dos Santos

| Entrevista (nº) | Código do Entrevistado | Início (hora) | Término (hora) | Data          |
|-----------------|------------------------|---------------|----------------|---------------|
|                 |                        |               |                | __ / __ /2024 |

### **1 Caracterização do(a) entrevistado(a):**

- 1.1 Gênero: Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans ( ) Pessoa não binária ( )  
 1.2 Orientação sexual: Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( )  
 1.3 Raça/Cor \_\_\_\_\_  
 1.4 Idade: \_\_\_\_ anos  
 1.5 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 1.6 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 1.7 Local de residência: \_\_\_\_\_  
 1.8 Tempo de residência: \_\_\_\_\_  
 1.9 USF que está sendo atendido: \_\_\_\_\_  
 1.10 Se liderança local informar a função: \_\_\_\_\_

### **2 Temas norteadores – Dimensões de acesso**

- 2.1 - Acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)  
 2.1.1 Configuração do acesso aos serviços da APS  
 2.1.2 Desafios/ dificuldades no acesso aos serviços da APS  
 2.1.2 Potencialidades/ facilidades no acesso aos serviços da APS
- 2.2- Dimensão Econômico/Social  
 2.2.1 Investimento na rede pública (necessidades e serviços ofertados)  
 2.2.2 Barreiras sociais, econômicas e físicas  
 2.2.3 Preconceitos
- 2.3- Dimensão Organizacional  
 2.3.1 Porta de entrada (organização do acesso ao serviço de saúde)  
 2.3.2 Fluxo de atendimentos  
 2.2.3 Barreiras geográficas  
 2.3.4 Regulação/ Referência/ Contrarreferência  
 2.3.5 Avaliação
- 2.4- Dimensão Simbólica  
 2.4.1 Aspectos Culturais  
 2.4.2 Crenças  
 2.4.3 Valores individuais e coletivos

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, professora Mariana de Oliveira Araujo (pesquisadora responsável) e Quezia Nunes Frois dos Santos (pesquisadora colaboradora) convidamos você para participar da pesquisa que tem como título “Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde pelos usuários de uma ilha: desafios e potencialidades” do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Este estudo tem como objetivos: analisar como tem se configurado o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) pelos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma ilha; e identificar os desafios e as potencialidades no acesso aos serviços da APS vivenciados pelos usuários de uma USF localizada em uma ilha. Os dados serão coletados dados através da entrevista. Esta pesquisa poderá trazer benefícios como: promover o conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações que visem superar as dificuldades no acesso aos serviços de APS; possibilidade da descoberta de ações que facilitam o acesso aos serviços de saúde e o seu fortalecimento; análise de como tem se configurado o acesso aos serviços de APS na realidade pesquisada; identificação dos desafios no acesso aos serviços de uma USF de uma ilha, propondo medidas que busquem vencê-los e superá-los; identificação das possíveis potencialidades vivenciados pelos usuários, almejando fortalecê-las; fornecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas para vencer as dificuldades e fortalecer as facilidades do acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a sua promoção enquanto direito de cidadania; colaboração para o conhecimento de como os profissionais de saúde e gestores têm atuado, ratificando a importância da promoção do acesso e de uma prática resolutiva na efetivação dos princípios do SUS. Os riscos para a realização desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a: possibilidade de constrangimento, desconforto, nervosismo e vergonha ao responder as perguntas formuladas na entrevista; cansaço ao responder às perguntas por ela se tornar longa; relembrar situações em que o acesso aos serviços de saúde não pôde ser efetivado. Caso as pesquisadoras percebam algum risco ou dano à sua saúde causado pela participação neste estudo, o mesmo será suspenso imediatamente. Considerando a possibilidade dos riscos, medidas serão realizadas com o objetivo de minimizá-los. Para isso, as entrevistas serão agendadas com antecedência e realizadas em um local reservado na USF ou em outro ambiente que permita a sua privacidade e a liberdade de não responder alguma questão que lhe cause constrangimento, a pesquisadora também estará atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Após o seu consentimento de participação, você será convidado(a) a ir para uma sala reservada da USF Paramana, para a realização da entrevista, como forma de garantia do sigilo e privacidade. Visando manter o seu anonimato, a sua fala será identificada pela letra E, seguida por um número de acordo com a ordem crescente das entrevistas, juntamente com a primeira letra do grupo ao qual pertence. A entrevista ocorrerá com duração média de 20 minutos, levando em consideração os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os seus hábitos e costumes. Em qualquer momento, você poderá buscar indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa e, resarcimento para gastos eventuais decorrentes de danos ocasionados pela pesquisa. Além disso, será concedido a você o direito de desistir da pesquisa sem nenhum

---

Participante de Pesquisa

---

Quezia Nunes Frois dos Santos  
Pesquisadora Colaboradora  
(Tel. 75 3161-8162)

---

Prof<sup>a</sup> Mariana de Oliveira Araújo  
Pesquisadora Responsável/ Orientadora  
(Tel. 75 3161-8162)

ônus a qualquer momento, bem como ressaltamos que na condição de quaisquer danos ou custos advindos da aplicação da pesquisa, se você for prejudicado(a) de alguma maneira devido a sua participação nesta pesquisa, as pesquisadoras terão a responsabilidade de acompanhá-lo(a) nessa situação, e garantem o resarcimento dos gastos e indenização para danos ou lesões a partir de constatações legais, sendo concedido a você o direito de buscar indenização caso ocorram danos causados pela pesquisa. Você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa. Se você aceitar participar desta pesquisa, não terá gastos materiais ou financeiros e ninguém saberá que foi você o entrevistado ou que tenha emitido alguma opinião. Se você consentir participar do estudo a entrevista será gravada com o uso de gravador digital e portátil em local e horário determinados de acordo com sua disponibilidade, sendo guardada em CD e tão logo sejam digitadas serão arquivadas no NUPISC, localizado na UEFS, durante cinco (5) anos e depois serão destruídas; caso não autorize a gravação registraremos a sua entrevista em folha de papel. Caso você deseje, a entrevista poderá ser realizada via remota através do Google Meet®, a mesma será gravada com gravador portátil de acordo com a sua permissão. Especificamente neste caso, enviaremos o TCLE em PDF assinado pelas pesquisadoras posteriormente para o seu e-mail e você deverá informar o seu aceite em participar da pesquisa no início da gravação. Havendo necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável e a pesquisadora colaboradora podem ser encontradas no NUPISC, localizado no Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), no Módulo VI da UEFS, Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana-BA, Tel: (75) 3161-8162. Caso deseje esclarecer dúvidas éticas com relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, instituição que tem por finalidade a apreciação de pesquisas a serem realizadas com seres humanos, na tentativa de manter a integridade, dignidade e os direitos humanos, incluindo a garantia do manejo dos dados coletados de forma ética e segura, e está localizado no Módulo 1, MA 17, Avenida Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana Bahia, CEP: 44036-900, Tel: (75) 3161-8124/ email: cep@uefs.br. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos, simpósios, seminários e publicado em revistas científicas, livros, artigos, além de serem apresentados a gestão do município, trabalhadores e usuários. Caso concorde em participar desta pesquisa você deverá assinar o termo em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras. Vale destacar que para que esta pesquisa pudesse ser aplicada, ela foi avaliada pelo CEP da UEFS, sendo aprovado conforme o parecer Nº 7.222.589 de 12 de Novembro de 2024 (CAAE 81397024.9.0000.0053).

Salvador-BA, \_\_\_/\_\_\_/2024

---

Participante de Pesquisa

---

Quezia Nunes Frois dos Santos  
Pesquisadora Colaboradora  
(Tel. 75 3161-8162)

---

Profª Mariana de Oliveira Araújo  
Pesquisadora Responsável/ Orientadora  
(Tel. 75 3161-8162)