



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO DE REVISÃO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de
Estudos Acadêmicos

Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação

Barriers to access to health in primary care: between coping and overcoming

DOI: 10.55892/jrg.v7i14.1043

ARK: 57118/JRG.v7i14.1043

Recebido: 24/04/2024 | Aceito: 28/04/2024 | Publicado on-line: 30/04/2024

Lucas Henrique Lopes Silva¹

<https://orcid.org/0000-0002-5494-204X>

<http://lattes.cnpq.br/0185524594267699>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: lucashls27@gmail.com

Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira²

<https://orcid.org/0000-0003-0167-5889>

<http://lattes.cnpq.br/8839846984656013>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: keila.oliveira@eenf.ufal.br

Marcela das Neves Guimarães Porciúncula³

<https://orcid.org/0000-0003-2008-0119>

<http://lattes.cnpq.br/3465033780427358>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: marcelaguimaraes.enf@gmail.com

Danielly Santos dos Anjos Cardoso⁴

<https://orcid.org/0000-0003-2437-4982>

<http://lattes.cnpq.br/6020493201445668>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: danielly.anjos@eenf.ufal.br

Lais de Miranda Crispim Costa⁵

<https://orcid.org/0000-0003-4997-567X>

<http://lattes.cnpq.br/0504032424686394>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: lais.costa@eenf.ufal.br

Célia Alves Rozendo⁶

<https://orcid.org/0000-0003-3264-4452>

<http://lattes.cnpq.br/7390258318696012>

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), Brasil

E-mail: celia.rozendo@gmail.com

Cinira Magali Fortuna⁷

<https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

<http://lattes.cnpq.br/2878561750710139>

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela Universidade de São Paulo (EERP/USP), Brasil

E-mail: fortuna@eerp.usp.br



¹ Enfermeiro graduado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL) em 2022; Residente em Saúde Mental pela UNIVASF (2024-2026).

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Mato Grosso em 1998; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL em 2012; Doutora em Serviço Social pelo PPGSS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2017; Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública pela EERP/USP (2023-2024); Docente da EENF/UFAL.

³ Enfermeira graduada pela Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU) em 2017; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL em 2022.

⁴ Enfermeira graduada pela UFAL em 2004; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL em 2013; Doutoranda em

Saúde Pública pela USP; Docente da EENF/UFAL; Docente da EENF/UFAL.

⁵ Enfermeira graduada pela UFAL em 2003; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL em 2012; Doutora em Enfermagem pela UFRJ em 2016; Docente da EENF/UFAL.

⁶ Enfermeira graduada pela UFAL em 1989; Mestre em Enfermagem pela USP em 1995; Doutora em Enfermagem pela USP em 2000. Docente da EENF/UFAL.

⁷ Enfermeira graduada pela EERP/USP em 1985; Mestre em Enfermagem em Saúde Pública em 1999 pela EERP/USP; Doutora em Enfermagem em Saúde Pública em 2003 pela EERP/USP; Docente da EERP/USP.

Resumo

Este artigo apresenta o acesso ao serviço de saúde e a relação entre o usuário e as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Além disso, possibilita a reflexão de como as barreiras de acesso, geográficas, financeiras, informacionais e organizacionais podem dificultar ou obstruir a utilização dos serviços de saúde. Destarte, o objetivo foi analisar as barreiras de acesso à saúde presentes na Atenção Primária em Saúde (APS) e discutir o seu enfrentamento. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com o emprego de entrevista individual semiestruturada online realizada em 2021 e análise temática. Os resultados destacaram as barreiras financeiras, de informação e organizacionais. As visitas domiciliares, teleconsulta, reorganização do serviço de saúde e o aproveitamento da presença do usuário na unidade foram as formas de enfrentamento das barreiras de acesso encontradas. Conclui-se que o presente estudo representa uma possibilidade para enfrentamento das barreiras de acesso na APS, visando a organização do processo de trabalho das equipes e da gestão. Desse modo, a compreensão da realidade ampliada da comunidade que acessa (ou não) a APS é tão importante, quanto a singularidade de cada usuário que os impede de acessar o serviço de saúde.

Palavras-chave: Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Atenção Primária em Saúde. Enfermeiras de Saúde da Família.

Abstract

This article presents access to health services and the relationship between users and Family nurse practitioners. In addition, it allows reflection on how geographical, financial, informational and organizational barriers can hinder or obstruct the use of health services. Thus, the objective was to analyze the barriers to access to health present in Primary Health Care (PHC) and discuss how to cope with them. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. with the use of online semi-structured individual interview carried out in 2021 and thematic analysis. The results highlighted financial, informational, and organizational barriers. Home visits, teleconsultation, reorganization of the health service and taking advantage of the user's presence in the unit were the ways to cope with the access barriers found. It is concluded that the present study represents a possibility to face the barriers of access in PHC, aiming at the organization of the work process of the teams and the management. Thus, the comprehension of the expanded reality of the community that accesses (or not) PHC is as important as the uniqueness of each user that prevents them from accessing the health service.

Keywords: Barriers to access of health services. Primary health care. Family nurse practitioners.

1. Introdução

O acesso ao serviço de saúde é um aspecto extremamente importante no que se trata da saúde pública em si. É este tópico que permeia a relação entre o usuário e a equipe profissional de saúde, permitindo a sua utilização. Já as barreiras de acesso dificultam ou obstruem a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

O acesso universal, integral e equânime preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e respaldado legalmente resguarda o direito ao acesso dos usuários aos serviços e sistema de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Entretanto, mesmo com

a presença de leis, regulamentos e políticas que assegurem o acesso ao SUS, convive-se com o desfinanciamento, precarização dos serviços e as desigualdades sociais, fatos esses que dificultam e aprofundam o acesso ao sistema e conseqüentemente aos serviços de saúde, culminando em diferentes barreiras de acesso à saúde.

As barreiras de acesso à saúde foram categorizadas por Travassos e Castro (2012) em quatro principais tipos: geográficas, demonstradas como aspectos físicos do espaço que compreende o trajeto do usuário até o serviço de saúde; financeiras, que representam o impacto que a situação socioeconômica do usuário tem sobre o seu acesso à saúde; de informação, que compreendem o conhecimento e capital cultural da população e da equipe de saúde, além do compartilhamento entre si; e organizacionais, que representam características próprias do serviço de saúde que facilitam ou dificultam a sua utilização por parte dos usuários, compreendendo recursos humanos, físicos, materiais e tecnológicos, como horário de atendimento, número e tipo de profissionais disponíveis, qualidade da sua prática profissional, tempo de espera para atendimento, aplicação ou não de uma política de humanização, participação comunitária.

Essas barreiras podem estar presentes em qualquer nível do serviço de saúde. No que tange o cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes de saúde e os gestores devem estar preparados para atender às demandas da população. Um estudo realizado com gestores, profissionais de saúde e usuários sobre as barreiras de acesso na APS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará foram identificadas barreiras geográficas, organizacional e financeiras, como: grandes distâncias, custos, condições precárias de vias e transportes, oferta insuficiente de consultas, exames e medicamentos, elevada rotatividade de profissionais e atenção especializada precária (LIMA et al., 2022).

Outro estudo que aborda os discursos de gestores sobre as barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento de tuberculose evidenciou como exemplos de barreiras geográficas, organizacionais e de informação, a falta de profissionais, horário de atendimento, realização de busca ativa, demora na marcação de consultas e entrega de exames, dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde, bem como o desconhecimento dos sintomas e estigma (SILVA et al., 2023).

O desafio é transpor essas barreiras, possível somente através do aprofundamento de discussões que estimulem debates para a elaboração de políticas de saúde equânimes. Com isso, este estudo torna-se relevante para entender as principais barreiras de acesso à saúde, suas causas, conseqüências diretas e indiretas e as estratégias de enfrentamento sob o ponto de vista de enfermeiras, considerando-se as seguintes questões norteadoras: “Quais as barreiras de acesso presentes em municípios alagoanos com tipologia intermediária adjacente?”. “Como é o enfrentamento dessas barreiras de acesso à saúde?” Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo: analisar as barreiras de acesso à saúde presentes na Atenção Primária em Saúde e discutir o seu enfrentamento.

2. Metodologia

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, conduzida a partir dos critérios de qualidade do checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), com dados provenientes da pesquisa intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”, realizado pela Universidade de Brasília (UnB), com iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Alagoas está situada no leste da região Nordeste e apresenta como limites Pernambuco (N e NO), Sergipe (S), Bahia (SO) e o Oceano Atlântico (L). Com uma área de 27 848,140 km², é considerado o segundo menor estado brasileiro em expansão territorial. Logo, dividida em 102 municípios, apresenta apenas municípios de tipologias urbanas, intermediárias adjacentes e rurais adjacentes (IBGE, 2017).

O presente estudo abrangeu a região intermediário adjacente do estado de Alagoas e conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os municípios brasileiros podem ser classificados em cinco categorias: urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto. Essas tipologias buscam qualificar os estratos rurais e urbanos a partir da acessibilidade a centros com alto nível hierárquico e de oferta de serviços.

Assim, são considerados municípios intermediários adjacentes aqueles que podem apresentar características urbanas e rurais, localizados próximos a centros urbanos mais relevantes (IBGE, 2017). Com isso, participaram da pesquisa nove enfermeiras da APS dos municípios de Capela (n=4), Piranhas (n=3), Batalha (n=1) e São Luiz do Quitunde (n=1), distribuídos na microrregião da mata alagoana, do sertão do São Francisco e de Batalha, espaços heterogêneos de atuação, com características semelhantes de classificação.

Utilizou-se como critério de inclusão ser enfermeira com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com experiência de 3 anos ou mais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atuando em municípios alagoanos com tipologia intermediário adjacente. Foram excluídas as enfermeiras sem vínculo formal ou ausentes por férias ou licença médica, bem como aquelas que não preencheram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Cessão de Imagem e Som para fins de pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa realizada no período pandêmico, a coleta de dados foi realizada pelo *Google meet*, no período de novembro de 2020 a março de 2021, em horário previamente marcado antecipadamente em conversa telefônica ou pelo Whatsapp, após o aceite para participar da pesquisa, assinatura do TCLE e autorização da gravação do som e imagem para fins de pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada pela etapa de recrutamento dos participantes, com busca de enfermeiras interessadas em participar da pesquisa. Desse modo, ocorreu uma primeira aproximação por meio de contato com os gestores de saúde de cada município, via WhatsApp® ou ligação telefônica, havendo, neste momento, a apresentação da pesquisa, solicitação de apoio e dos contatos dos profissionais.

Consequentemente, a primeira escolha para contatar as enfermeiras foi o WhatsApp® e no insucesso deste, foi realizada a tentativa por ligação telefônica. Ao êxito, explicou-se a importância da pesquisa e em seguida foram convidadas para participar, por meio de uma reunião virtual pelo *Google meet*, gravadas em áudio e vídeo, com data, hora marcada e a presença dos pesquisadores. A escolha pela entrevista virtual buscou respeitar as recomendações de distanciamento social, impostas pela pandemia de COVID-19.

A coleta de dados foi realizada com um roteiro semiestruturado contendo perguntas pré-definidas e divididas em três blocos: o primeiro com perguntas referentes aos dados sociais; o segundo com perguntas voltadas para a formação profissional; e o terceiro com questionamentos acerca das atividades desenvolvidas na assistência de enfermagem, a saber: Durante o período de pandemia, quais atividades desenvolveu? Utilizou dispositivos móveis para teleconsulta? Quais desafios e limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeira no contexto da pandemia? Com o pós-pandemia, o que mudará em suas práticas?

Após essa etapa, foram separados trechos que discorriam sobre as barreiras de acesso no seu conteúdo, subdivididos em barreiras geográficas, financeiras, de informação ou organizacionais, segundo Travassos e Castro (2012), bem como as estratégias identificadas pelas participantes para o enfrentamento das barreiras, com destaque para visita domiciliar, teleconsulta e reorganização do serviço.

A entrevista foi mediada por estudantes da graduação de enfermagem sob a supervisão da coordenadora local da pesquisa ou de um mestrando e foram organizadas de acordo com as etapas a seguir: leitura e explicação do TCLE e Termo de Cessão de Imagem e Som, entrevista conduzida pelo roteiro semiestruturado, encerramento e agradecimento ao participante. A média de duração de cada entrevista foi de 1 hora. O anonimato de cada entrevistada foi garantido pela substituição de sua identificação pela letra “E” seguido de numeração aleatória (E1, E2, E3... E9).

A análise das informações iniciou-se com a transcrição na íntegra das entrevistas e a revisão por uma mestranda e uma professora doutora. Assim, seguiu-se as etapas da análise de temática, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferências/interpretação (MINAYO, 2014). Após a leitura exaustiva e compreensiva das informações e identificação dos núcleos de sentido, emergiram as seguintes categorias: “Barreiras de acesso à saúde?” e “Enfrentamento das barreiras de acesso”.

Por se tratar de dados obtidos diretamente com os participantes, a pesquisa nacional foi submetida para a avaliação e obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética nº 20814619.2.0000.0030. O parecer local foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o nº 4.297.870. Foram cumpridos todos os aspectos éticos exigidos e as participantes tiveram o direito de desistir de participar, a qualquer momento, da pesquisa sem prejuízo algum.

3. Resultados

A caracterização sociodemográfica das participantes entrevistadas evidenciou que todas são do gênero feminino e 55,55% (n=5) tinham idade acima dos 40 anos. As enfermeiras se declararam 44,44% (n=4) pardas, 33,33% (n=3) brancas e 22,22% (n=2) negras. Quanto à formação profissional, 77,77% (n=7) concluíram a graduação em enfermagem entre os anos 2000-2017 e 22,22% (n=2) antes do ano 2000, com predominância pela instituição pública, 55,55% (n=5) e mais de 15 anos de experiência na APS, 66,66% (n=6).

Barreiras de acesso à saúde

De acordo com Travassos e Castro (2012), as barreiras de acesso ao serviço de saúde, fatores que impedem ou enfraquecem o acesso do usuário com equidade, integralidade e universalidade, serão classificadas em quatro tipos de barreiras: geográficas, financeiras, de informação e organizacionais.

Das barreiras geográficas encontradas, a de distância foi a mais recorrente, evidenciando a necessidade de reorganização das Regiões de Saúde em Alagoas, de modo a contemplar as necessidades de saúde da população.

Evidentemente, este problema prejudica a atenção à saúde oferecida aos usuários e as ações programadas nos serviços de saúde, bem como pela dificuldade de acesso desses profissionais de saúde durante as visitas domiciliares.

Ela (médica ginecologista) atende no distrito vizinho que fica cerca de 15 km de distância [...] A gente tem um hospital no município, mas ele, por exemplo, não recebe primigesta, a gente tem que mandar para a cidade que fica a 120 km daqui. [...] gestante de alto risco tem que ir para Maceió, que fica a 300 km daqui. (E4)

Mesmo chegando às vezes de onze horas, meio-dia, a gente atende por causa que eles chegam atrasados. Tem um assentamento mesmo que é quase uma hora do posto para cá, para o Riachão, então às vezes eles chegam 10, 11 horas e a gente tem que esperar porque eu sei a dificuldade que é, porque eu já atendi na Guanabara. Guanabara é um assentamento que fica, para chegar no Riachão é quase uma hora, eu digo isso porque eu tenho um paciente que eu faço sonda nele a cada vinte e dois dias e eu vou para esse assentamento só para fazer a sonda desse paciente, entendeu? (E1)

Conseqüentemente, as barreiras financeiras emergem dos fatores geográficos nos municípios com tipologia intermediária adjacente, especialmente nas áreas rurais, evidenciando as desigualdades socioeconômica e territoriais existentes, de acordo com a fala abaixo:

O meu PSF é uma unidade de zona rural, onde não tem água encanada em canto nenhum, não tem coleta de lixo em canto nenhum, não tem calçamento em canto nenhum, a minha população é uma população rural, onde a gente não tem acesso a isso, a gente trabalha muito com eles essas questões. É a realidade da gente, hoje. Essa questão social influencia muito, interfere muito [...] É meio que: "Eu vou fazer o quê se eu só tenho essa opção?". Interfere muito essa questão socioeconômica. (E5)

As dificuldades financeiras são fatores críticos para o acesso pleno ao serviço de saúde e as condições socioeconômicas podem determinar o processo de saúde (ou doença) do usuário, especialmente em locais inóspitos, sem acesso ao saneamento básico e distante dos serviços de saúde. Nesse contexto, a falta de recursos para complemento de tratamento e/ou exames laboratoriais se fez presente em parte dos relatos das enfermeiras.

É muito difícil porque tem muitas (gestantes) quando tá com 8, 9 meses que não tem como vir, mas ela arranja um jeito ou paga, pagam, gente vocês não têm noção, elas pagam um transporte para vir trazer o pré-natal lá, mas não deixam de fazer. (E1)

Ainda nesse tipo de barreiras, a insegurança financeira também esteve presente nos relatos, repercutindo na dificuldade de acesso ao gênero masculino para o desenvolvimento de ações terapêuticas para a promoção da saúde, como descritos nos relatos a seguir:

Como meu PSF é um PSF de zona rural, a gente tem um pouco de dificuldade de fazer ações com os homens, porque eles trabalham no campo e não querem faltar. (E5)

[...] o homem é mais difícil de trabalhar e até para fazer o pré-natal dele é difícil, porque uns estão trabalhando, outros... aqui como não tem muita renda, eles vão muito... passar a semana em Maceió. (E7)

Dos relatos que abordaram barreiras de informação, vários tópicos específicos foram relacionados, como observou-se a falta das mães com suas crianças nas consultas de puericultura.

Eu comecei a fazer puericultura, achei estranho porque não vinha ninguém, nenhuma criança. O pessoal daqui não tem cultura, não tem o hábito de fazer puericultura. (E3)

Ainda, também foram relatadas barreiras de informação. Neste tipo, fica evidente a importância do papel do profissional de saúde como agente transformador de mudança, com ações de promoção da saúde, para resolução dos problemas encontrados nos relatos a seguir, a exemplo da desinformação da população sobre os benefícios da vacinação, especialmente no contexto da pandemia e o machismo estrutural, o que certamente dificulta o acesso dos homens aos serviços de saúde.

Tomei um jeito de falar com... De mostrar a importância que tem que ter o pré-natal, para que o bebê nasça assim, mais tranquilo, mais calmo, ela tem que ter tomado... Oxe, vacina? A maioria é um medo... Eu disse "olhe, do jeito, que tá essa pandemia se você não tomar a vacina, vai acontecer um problema sério com você e com o seu bebê". (E1)

É como se os homens... eles ficassem constrangidos porque tem muita mulher no posto, eles não se sentem à vontade. (E4)

Quando o homem vem procurar o PSF é porque ele já está assim, no extremo do extremo[...]. (E8)

As barreiras organizacionais apareceram com maior variedade de subtipos como, por exemplo, a sobrecarga e a falta de profissionais de saúde (médico e de enfermagem), denotando a precarização dos serviços de saúde.
É que às vezes eu já passei, 5, 6 dias sem médico. (E1)

Eu só tenho uma técnica, por exemplo, aqui a gente trabalha só nós duas, né? Não tem outra técnica, então acaba que eu entro também. (E3)

Outra barreira organizacional apontada foi a da entrega de resultados de exames em tempo hábil por parte dos laboratórios terceirizados pela saúde pública.

Já foi solicitado vários exames de rotina, um hemograma, um sumário, mas não foi realizado, quando foi realizado, já foram 3, 4 meses. [...] Foi solicitado vários exames... exames de rotina, mas o município não realizou. (E1)

Outro problema mencionado foi o de falta de recursos financeiros/materiais no custeio e manutenção do serviço de saúde.

O ano passado a gente teve muito isso, de chegar o paciente para fazer acompanhamento de hipertensão e não ter nada para oferecer para ele, não tinha medicação, não estava se fazendo exames. Muitas vezes não tinha nem luvas para examinar o paciente, então assim, essa frustração. (E4)

No princípio da pandemia foi a maior loucura porque nós não tínhamos EPIs. (E9)

Enfrentamento das barreiras de acesso

Dos enfrentamentos às barreiras de acesso encontradas, foram mencionados: visita domiciliar, teleconsulta, reorganização do serviço de saúde e aproveitamento da presença do usuário na unidade por motivos alheios à intervenção de saúde desejada pela equipe.

A visita domiciliar apareceu nos relatos como uma possibilidade potente de enfrentamento e superação para as barreiras geográficas e que ainda traz outros benefícios importantes consigo.

Tem visitas que a gente faz todos juntos, tem outras que por causa da demanda grande de serviço eu vou porque tem coisas que é mais minha, prioritária minha, eu digo “não, eu vou logo”, se for puerpério eu vou logo. (E2)

Tem uma vez por semana. O médico faz a visita domiciliar com o agente de saúde e eu faço esporadicamente. Porque como são duas unidades, se eu tirar um dia toda semana para acompanhar o médico na visita eu deixo de atender, né? (E4)

Os agentes de saúde fazem esse agendamento com a gente para a gente fazer a visita. (E5)

Uma vez por semana eu vou com a minha técnica para avaliar todos os curativos, ver como é que as feridas estão evoluindo, como é que está a condição de cada paciente. (E6)

A teleconsulta também apareceu como estratégia de dirimir as barreiras geográficas, porém, apenas surgiu nos relatos relacionada à pandemia da COVID-19.

A gente atendeu muito pelo celular, o agente de saúde fazia uma visita e via uma escabiose, mandava foto da escabiose para a gente ver e a gente já mandava a receita, foi muito remoto. (E2)

A reorganização do serviço de saúde surgiu como alternativa para os homens, que não estavam presentes nas consultas de rotina e só iam à unidade quando já não conseguia aguentar mais sua condição de saúde.

Ele (o médico) trabalhava em um projeto para conseguir uma vez por semana para atender só homem. [...] Então, nesse dia não vai mulher, não entra mulher no posto. O dentista não atende mulher neste dia, a gente coloca um dia que não tenha vacina para poder só realmente ter homem dentro do posto e aí antes de começar o atendimento o médico faz uma palestra com esses homens. No linguajar deles né, segundo ele para eles ficarem mais à vontade, se sentirem mais em casa e faz o atendimento. (E4)

A gente chegou a fazer atendimento noturno para atingir essa população. (E5)

O aproveitamento da presença do usuário na Unidade de Saúde por outros motivos também teve um maior direcionamento para o público masculino, tornando-se uma alternativa para busca ativa e outras atividades de promoção da saúde voltadas para a saúde do homem.

Então quando eu estou atendendo o hiperdia, quando eu vejo um paciente que eu conheço mais ou menos a esposa, eu [...] eu faço teste rápido. “Ah, vamos fazer um exame que tem que fazer hoje...”. (E3)

Daí já aproveita, no dia que ele vier (acompanhar pré-natal), traga ele pra a gente fazer o teste, para a gente fazer pelo menos os exames de sangue. (E7)

Aí o que é que dizemos “olhe, fala com teu esposo, traz o teu esposo para a gente fazer o PSA”. A gente sai assim, no grupo novembro azul, “olhe a gente vai ter exames para homem”, aí eles aparecem. Tem medo do câncer de próstata aí aparece um monte, sabe? (E8)

Das estratégias de enfrentamento às barreiras supracitadas, sejam geográficas, financeiras, de informação ou organizacionais, nota-se que todas podem ser dirimidas ou ao menos enfraquecidas com ações organizacionais, inerentes ao próprio serviço de saúde, dado que essas ações, em sua grande maioria, são ações de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros realizadas desde a esfera do profissional de saúde a uma gestão macro de responsabilidade do Estado.

4. Discussão

Das barreiras geográficas, corroborando com este estudo, Garnelo; Souza e Silva (2017) descrevem as barreiras de acesso, descritas como fatores restritivos à organização e oferta de serviços de saúde, exemplificado pelos fatores geográficos e socioeconômicos, sendo as populações de zona rural as mais afetadas devido às desigualdades sociais, suas particularidades e vulnerabilidades provenientes da sua condição de residir, ampliando a precarização de seu acesso ao serviço de saúde.

Borsato e Carvalho (2021) também relatam que em mais de 40% dos serviços hospitalares de pequeno porte estão há mais de 60 km de distância de um serviço de maior complexidade e ainda, cita que há estados no Brasil que essa disponibilidade chega a não existir.

Outro exemplo é o de parte das populações ribeirinhas, que pode superar 500 km de distância apenas para o acesso à saúde integral via deslocamento à zona urbana, reiterando a má distribuição e desarticulação dos serviços de saúde, baixa resolutividade dos problemas da população e conseqüente disposição do usuário de realizar um deslocamento desnecessário, pouco produtivo e por vezes oneroso (BORSATO; CARVALHO, 2021; GAMA et al., 2014).

Quanto às barreiras financeiras, representada pela situação socioeconômica do usuário, infere-se este como um fator crítico para o acesso pleno ao serviço de saúde. Com o desfinanciamento, precarização e constrangimentos históricos que o SUS vem enfrentando é inevitável que, por vezes, o acesso dos usuários aos serviços de saúde sejam prejudicados, os obrigando a utilizarem seus recursos financeiros para suprir suas necessidades de saúde não atendidas.

No caso das doenças crônicas, por exemplo, dado que possui uma natureza multifatorial, acompanhamento longitudinal e tratamento contínuo, Becho, Oliveira e Almeida (2017) denotam que essas doenças podem se tornar onerosas em círculos de vários níveis, desde a nível individual e familiar, já que há um aumento dos custos

de vida, possibilidade de diminuição da capacidade laboral e aposentadoria por invalidez, até em nível de gestão do sistema de saúde, já que terá que gerenciar os custos que vão da compra de medicamentos para distribuição no serviço de saúde até o controle e manutenção de qualidade de vida dos que, por motivo da doença, não contribuirão mais para a sociedade com sua capacidade de trabalho.

É importante destacar que muitos usuários da região intermediária adjacente de Alagoas, lócus do estudo, não possuem recurso próprio para a manutenção do tratamento, dependendo totalmente do SUS.

De acordo com Thiede e McIntyre (2008), a informação é um elemento que perpassa as dimensões de acesso (disponibilidade do serviço de saúde, aceitabilidade) e suas interrelações. Ainda, Travassos e Castro (2012) enfatizam a importância da difusão de informação em saúde para o enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, um estudo recente concluiu que a maioria dos sistemas de saúde não está suficientemente preparada para ações voltada para a promoção da saúde, melhoria do acesso aos serviços de saúde e uma maior participação usuários nos seus cuidados. Para estes autores, ações de promoção da saúde possibilitam a corresponsabilização e participação do usuário com a sua própria saúde, diminuindo com isso os adoecimentos, agravamento das doenças crônicas e melhoria da qualidade de vida. (HEUMANN et. al., 2023).

É importante analisar que uma comunidade bem-informada e orientada sobre o “como” e os “porquês” do que acontece no seu processo saúde-doença e na rede de atenção à saúde que a permeia, entenderá com mais facilidade a importância das ações e orientações dos profissionais e da continuidade de seu acompanhamento, preparando o usuário a fazer suas próprias escolhas de como agir nas suas necessidades de saúde diante do que lhe foi provido pelo serviço de saúde.

Em relação à superação da barreira da informação, é notório que a participação dos usuários deve ser considerada e reconhecida como uma responsabilidade importante da equipe interprofissional. Neste contexto, a educação interprofissional pode fortalecer a compreensão de outros profissionais sobre a participação do usuário em ações de promoção da saúde (HEUMANN et. al., 2023).

Por vezes, não é a falta de informação o problema radical, mas sim a desinformação e uma falha cultural que foi cultivada por décadas e transmitidas na perspectiva biologicista, com um foco reducionista de relação causa-efeito que não permite ações de promoção e prevenção em saúde na vida do usuário (CUTOLO, 2006).

Uma problemática dos dias atuais são as *fakes news*, com o compartilhamento de informações falsas através das redes sociais, sobretudo, por aplicativos de mensagens. Os conteúdos inverídicos compartilhados podem afetar diretamente a saúde pública e o bem-estar da população, por reproduzir informações espetacularizadas da doença, aumentar o temor e os medos individuais e coletivos, bem como alimentar os receios da sociedade com a ciência (PONTALTI; BERTOLLI FILHO, 2019).

Da população masculina e seus entraves devido ao fator cultural ligado ao machismo e ao conservadorismo em sua maioria, o leva a buscar por atendimento no extremo de sua necessidade, quando já não é mais possível lidar sozinho com seus sintomas, o que leva ao agravamento do seu estado de saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

Os relatos anteriormente citados evidenciam uma resposta comportamental do homem em sua vulnerabilidade exposta diante das mulheres, consideradas por eles

como o “sexo frágil”. O machismo e a rejeição aos cuidados em saúde, por parte de muitos homens, acaba por privá-los de cuidar de sua própria saúde, mesmo diante da oferta de assistência humanizada, integral, com vínculo equipe-usuários, articulada, para além do modelo curativista e imediatista que essa população está acostumada e aceita com uma maior facilidade.

Quanto às barreiras organizacionais, são recorrentes na atenção primária e no SUS, devido aos ataques sofridos à sua plena consolidação desde a sua origem, devendo o serviço de saúde estar previamente planejado para atender às demandas de seus usuários quanto à gestão de pessoas, de materiais e financeira, sobretudo, considerando as necessidades culturais e de saúde da população, além da realidade e contexto em que se está inserido.

Pineda (1991) relata que esses aspectos organizacionais fazem parte da dimensão da acessibilidade sócio-organizacional, que compreende as relações entre o *modus operandi* do funcionamento dos serviços de saúde e o da utilização dos serviços de saúde por parte do usuário. Dado isso, nota-se que para enfrentar esse tipo de barreira, deve-se ter uma visão macro do problema devido à sua natureza multifatorial.

Estudo realizado pela OPAS (2023) evidenciou a importância do planejamento das ações para a realização da cobertura efetiva dos serviços de saúde de forma equânime, universal e que atenda às necessidades de saúde da população. Para isso, torna-se pertinente avaliar os principais obstáculos enfrentados e buscar alternativas para o seu enfrentamento.

A sobrecarga de trabalho e insuficiência de profissionais para as atividades laborais designadas relatada neste estudo colocam à mostra como esse aspecto gerencial e político interfere diretamente no acesso aos serviços de saúde, intensificando o desgaste psíquico e fisiológico (SCHERER et al., 2016).

Nessa direção, quando relatam a falta de profissional médico e de enfermagem ressalta-se que esse problema não se limita à tipologia e região explicitadas neste estudo, e sim, atinge vários municípios em todo o país.

É importante afirmar que a insuficiência desses profissionais nos serviços de saúde reflete-se nas suas diversas atribuições desempenhadas. E o quantitativo mínimo ou a ausência gera uma sobrecarga de trabalho na equipe que pode afetar o serviço de saúde em sua integralidade e, conseqüentemente, dar origem a uma nova barreira de acesso à saúde.

As enfermeiras participantes expressaram ímpeto e interesse para dirimir as barreiras de acesso encontradas, cumprindo sua função como profissionais da saúde, mas também, agindo com uma postura humana na perspectiva de reduzir o seu impacto, seja na adequação de horários, do apoio solidário ou investindo no diálogo mais próximo com os usuários.

O Programa Mais Médicos, por exemplo, caracterizado por sua contribuição no aumento da distribuição de médicos pelo país, principalmente nas regiões mais remotas, teve um impacto com a saída do governo cubano da cooperação internacional tripartite com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo brasileiro no ano de 2018, levando a um déficit de aproximadamente 45% dos médicos participantes do programa em território nacional (MARTINS, 2019).

Em relação aos relatos da dificuldade para receber resultados de exames laboratoriais em tempo hábil, o problema pode ser interpretado como uma barreira na comunicação entre o serviço público, como a APS, e o serviço terceirizado, como a maioria dos laboratórios que possuem convênio com a Secretaria de Saúde de seus respectivos municípios.

Porém, quando há uma falha na gestão de recursos financeiros e/ou materiais do custeio à saúde pública, há um sentimento maior por parte dos usuários, dado ao gasto que estes terão para suprir a falta de insumos que, em situações normais, é fornecido pela APS 20 (ÁLVARES et al., 2017).

Esse conjunto de fatos têm relação com o aprofundamento do desfinanciamento, da precarização, e desmonte do SUS e dos serviços de saúde, passando a imagem de que a rede pública de saúde é precária, justificando com isso as privatizações, as terceirizações e a inserção das novas modalidades de gestão como as “salvadoras” para o serviço público.

Dos enfrentamentos às barreiras geográficas, a visita domiciliar apareceu em destaque entre as enfermeiras entrevistadas como uma forte possibilidade para dirimi-las. Por ser um tipo de atendimento personalizado, individual ou familiar, utilizado pela equipe, é muito importante não só pela redução da distância entre o serviço de saúde e o usuário, principalmente em casos que este esteja impossibilitado de se deslocar até a unidade, mas também devido a uma melhor identificação das dificuldades e potencialidades de cada família visitada (DRULLA et al., 2009).

Estudo concluiu que a má distribuição espacial das unidades de saúde em Gana (África Ocidental) teve implicações negativas no acesso aos cuidados de saúde primários na região. As más condições das estradas constituíam uma grande barreira à acessibilidade das pessoas aos hospitais. Porém, a disponibilidade, acessibilidade, adequação e aceitabilidade, que são os principais determinantes do acesso à prestação de cuidados de saúde primários, foram consideradas bastante boas. (Amoah-Nuamah et. al., 2023)

Um estudo australiano denotou que a população da zona rural tem acesso limitado aos serviços e resultados de saúde piores do que os residentes das áreas metropolitanas. Nesse mesmo estudo há destaque para inserção dos enfermeiros a partir do ano 2000 na diminuição da pressão sobre o sistema de saúde, resolução da escassez de mão-de-obra e melhoria do acesso das populações rurais aos serviços de saúde (ROSSITER et. al., 2023).

Outra resposta às barreiras geográficas, esta que apareceu durante a pandemia da COVID-19, foi a teleconsulta, visto que havia um contexto de isolamento social, com a recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020).

A telessaúde, não só na forma de teleconsulta, como o relato acima, mas também como teleducação e teleassistência, melhora a rede dos serviços de saúde com o auxílio da tecnologia, diminuindo essas barreiras geográficas e, conseqüentemente, parte dos impactos que a pandemia causou na população que necessita dos serviços de atenção primária (MELO et al., 2021).

Estudo internacional identificou experiências de prestação de consultas de telessaúde, qualidade percebida das consultas de telessaúde e melhoria do acesso aos cuidados de saúde para alguns grupos vulneráveis e aqueles que vivem em ambientes rurais. A qualidade dos cuidados de telessaúde foi considerada, em grande parte ou de certa forma, igual à dos cuidados prestados presencialmente, com resultados negativos reais ou percebidos relacionados com diagnósticos perdidos ou tardios. A rápida mudança para a telessaúde facilitou os cuidados contínuos durante a pandemia da COVID-19 (HALCOMB et. al., 2023).

Outro problema citado anteriormente foi da baixa adesão dos usuários do sexo masculino, em que fatores culturais intrínsecos à dita “masculinidade” afetam o acesso deste usuário ao serviço de saúde, como os estereótipos do sexo masculino que

consideram a doença como uma fragilidade, e que esta, não pode ser reconhecida pelo homem (SILVA, 2010).

Além disso, a adequação dos horários à disponibilidade dos homens da comunidade, por parte das enfermeiras, foi importante para um maior cuidado com essa população, além de aumentar o vínculo com a unidade e prevenir futuras ausências.

Outro aspecto simples, mas igualmente relevante, foi o aproveitamento da presença do usuário na unidade para realizar outras atividades de rotina, essa iniciativa parece ser significativa em ser utilizada nesse público para prevenir futuras doenças crônicas ou agravamento das já existentes.

Das estratégias de enfrentamento às barreiras supracitadas, sejam geográficas, financeiras, de informação ou organizacionais, nota-se que todas podem ser dirimidas ou ao menos enfraquecidas com ações organizacionais, inerentes ao próprio serviço de saúde e ao processo de trabalho da equipe, dado que essas ações, em sua grande maioria, são ações de gestão de pessoas, de materiais e financeiras realizadas desde a esfera micro de atuação do profissional de saúde à uma esfera macro da gestão de responsabilidade do Estado.

Melo et al.(2021) corroboram com o ponto acima relatando que a maioria dos problemas de saúde, do processo saúde-doença do usuário e/ou problemas de gestão e/ou organizacionais, citados anteriormente, poderiam ser mitigados com o fortalecimento da atenção primária e das políticas sociais, entre elas, a de distribuição de renda para as situações de alta vulnerabilidade socioeconômica, afinal, as desigualdades sociais aparecem como um fator muito forte e potencializador dessas barreiras de acesso, no que se refere sobre a condição de saúde dos usuários atendidos no SUS.

Um estudo publicado em 2024 avaliou o modelo de acesso avançado (AA) aos serviços de saúde na implementação do modelo em práticas interprofissionais. Neste estudo, os enfermeiros criaram mais alternativas às consultas presenciais do que os médicos de família e coordenaram mais os serviços sociais e de saúde do que os médicos de família. Além disso, a investigação recomenda a participação de todos os membros da equipe interprofissional como responsáveis pelo de AA do usuário aos serviços de saúde. (BRETON et al., 2024).

Destarte, a garantia da acessibilidade dos cuidados de saúde primários às pessoas com multimorbidade é vital para prevenir a deterioração desnecessária da saúde. No entanto, as pessoas com idade ≥ 50 anos em países de baixo e médio rendimento enfrentam desafios no acesso aos serviços de saúde. (KWAITANA et. al., 2024). No estudo supracitado, os fatores facilitadores para o acesso ao serviço de saúde incluíram o apoio familiar, a proximidade das instalações dos serviços de saúde, e a melhoria do estado funcional das pessoas com multimorbidade.

Em relação às barreiras, foram incluídos serviços de saúde de longa distância e desarticulados, menos profissionais de saúde e falta de cuidados centrados na pessoa. Além disso, foram identificadas as seguintes necessidades: aumento do número de profissionais de saúde, assistência à saúde, mais investimento no desenvolvimento de infraestruturas, coordenação da prestação de serviços e capacitação da equipe multiprofissional para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. (KWAITANA et. al., 2024).

Assim, ações sobre os determinantes sociais da saúde são importantes para fortalecer os cuidados de saúde primários e promover o acesso entre as populações vulneráveis, evidenciando a necessidade de ações intersetoriais voltadas para uma compreensão mais ampla dos desafios no cuidado às pessoas vulneráveis que

utilizam os serviços de saúde e no acesso aos cuidados de saúde primários baseados na necessidade dessa população. (TOAL-SULLIVAN et al, 2023)

Por fim, tomando os relatos supracitados e suas conexões com as barreiras de acesso, é importante reiterar que a soma das fragilidades nos serviços de saúde amplia o afastamento do usuário da unidade e/ou vice-versa. Entretanto, ainda há profissionais que apesar de tantas dificuldades e desafios enfrentados cotidianamente, conseguem se manter motivados e utilizam dos recursos disponíveis e possíveis para melhorar a situação da adesão e acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No entanto, é importante reafirmar a necessidade da corresponsabilidade entre usuário, profissional da saúde e gestores dos três entes federados, tanto para o enfrentamento e quiçá a superação das diferentes barreiras discutidas, quanto para a garantia do acesso com qualidade aos serviços de saúde pela população.

5. Considerações Finais

A partir dos objetivos e resultados deste estudo conclui-se que as barreiras apresentadas retratam o cenário alagoano com tipologia intermediária adjacente e uma população com aspectos socioeconômicos e culturais importantes que dificultam o acesso aos serviços de saúde, caracterizada pelas barreiras geográficas, financeiras, de informação e organizacionais. Infere-se que o aspecto conversador, a desinformação das informações e falta de investimento em programas sociais por parte do Estado são elementos potencializadores das barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Assim, compreender a realidade ampliada da comunidade que acessa (ou não) a APS é tão importante, quanto a singularidade de cada usuário, as necessidades e dificuldades que os impedem de acessar o serviço de saúde. A partir dessa perspectiva apresentada e da atuação acerca das barreiras de acesso, torna-se possível pensar na transição do enfrentamento, já existente, até a sua superação.

Este artigo é importante para pôr em debate a temática abordada com fins ao fortalecimento da APS e do SUS. Por outro lado, representa uma possibilidade para enfrentamento das barreiras de acesso na APS em outros municípios com tipologia intermediária adjacente ou tipologia semelhante com vistas à organização do processo de trabalho das equipes e da gestão do SUS. Ao tempo em que também pode provocar outros estudos em diferentes contextos e realidades que se some ao conhecimento produzido.

Referências

- ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A.A.; ARAÚJO, V.E.; ALMEIDA, A.M.; DIAS, C.Z.; ASCEF, B.O.; COSTA, E.A. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública** [periódico da internet], v.51, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8YvWPwQsXhhGRVrNqtPbfpJ/?lang=pt#>. Acesso em: 1 set. 2023.
- AMOAHA-NUAMAH, J. ; AGYEMANG-DUAH, W. ; PROSPER-NINORB, G. ; GLADSTONE-EKEME, B. Analysis of Spatial Distribution of Health Care Facilities and its Effects on Access to Primary Healthcare in Rural Communities in Kpandai District, Ghana. *Cogent Public Health*, v.10, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/27707571.2023.2183566> Acesso em: 22 abr. 2024.
- BECHO, A.S.; OLIVEIRA, J.L.T.; ALMEIDA, G.B.S. **Revista de Atenção Primária à Saúde** [periódico da internet], v.20, n. 3, p. 349-359, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/15608/8185>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- BORSATO, F.G.; CARVALHO, B.G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico da internet], v.16, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n4/1275-1288/pt/#>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendação n° 036, de 11 de maio de 2020**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF): Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
- BRASIL. **Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília (DF):B 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 abr. 2024.
- BRETON, M., DEVILLE-STOETZEL, N., GABOURY, I., DUHOUX, A., MAILLET, L., ABOU MALHAM, S., et. al. Comparing the Implementation of Advanced Access Strategies among Primary Health Care Providers.” *Journal of Interprofessional Care* , v. 38, n. 2, 209–219, 2024. Disponível em: doi:10.1080/13561820.2023.2173157. Acesso em: 22 abr. 2024.
- CUTOLO, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina** [periódico da internet], v. 35, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
- DRULLA, A.G; ALEXANDRE, A.M. C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 4, p.667-674,

2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380>. Acesso em: 6 abr. 2024.

GARNELO, L.; SOUSA, A.B.L.; SILVA, C.O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico da internet]. v. 22, n. 4, p.1225-1234, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/lj77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/?lang=pt#>. Acesso em: 23 abr. 2024.

GAMA, A.S.M.; FERNANDES, T.G.; PARENTE, R.CP.; SECOLI, S.R. Inquérito de Saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [periódico da internet], v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWyTKM4WRV5Gxr4pSVT4Mnp/?lang=pt#>. Acesso em: 18 abr. 2024.

HALCOMB, E.J.; ASHLEY, C.; DENNIS, S. ET. AL. Telehealth use in Australian primary healthcare during COVID-19: a cross-sectional descriptive survey, **BMJ Open**, v.13:e065478, 2023. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2022-065478 Acesso em: 22 abr. 2024.

HEUMANN, M.; RÖHNSCH, G.; ZABALETA-DEL-OLMO, E.; TOSO, B.R.G.D.O.; GIOVANELLA, L.; HÄMEL, K. Barriers to and enablers of the promotion of patient and family participation in primary healthcare nursing in Brazil, Germany and Spain: a qualitative study. **Health Expect.**, v. 26, 2396-2408, 2023. Disponível em: doi:10.1111/hex.13843. Acesso em: 22 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 04 abril. 2024.

KWAITANA, D; CHISONI, F; VAN BREEVOORT, D, MILDESTVEDT, T; MELAND,E; BATES,J; UMAR, E. Primary healthcare service delivery for older people with progressive multimorbidity in low- and middle-income countries: a systematic review, *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 118, Issue 3, Pages 137–147, March 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/trstmh/trad068>. Acesso em: 20 abr.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. **Trab educ saúde** [Internet], v. 20, e00616190, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em: 10 abr. 2024.

MARTINS, D.A.B. Programa Mais Médicos no Brasil: análise de conjuntura. **Emancipação**, v. 19, n. 1, p.1-15, 2019. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12947/209209210953>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MÉEIS, C.B.; FARIAS, G.D.; RAMALHO, V.B.; SANTOS, M.G.; ROCHA, T.T.; GONÇALVES, J.G.; MOURA, R.B.B.; PIAGGE, C.S.L.D. Teleconsulta no SUS

durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17675/15755>. Acesso em: 6 mar. 2024.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 269.

MONARI, A.C.P, BERTOLLI FILHO, C. Saúde sem Fake News: estudo e caracterização das informações falsas divulgadas no Canal de Informação e Checagem de Fake News do Ministério da Saúde. **RMC** [Internet], v. 13, n. 1, p. 160-86, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/midiaecotidiano/article/view/27618>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para avaliar os obstáculos no acesso da população adolescente aos serviços de saúde, com ênfase em grupos de adolescentes desfavorecidos**. Washington, DC: OPAS, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275326374> Acesso em: 10 nov. 2023.

PINEDA, L.M.V. Resenha crítica de Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica, **Estudios Sociológicos**, v. 9, n. 26, 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40420128>. Acesso em: 31 mar. 2024.

ROSSITER, R. ; PHILLIPS, R.; BLANCHARD, D. ; VAN WISSEN, K. ; ROBINSON, T. Exploring nurse practitioner practice in Australian rural primary health care settings: A scoping review. **AustJ Rural Health**, v. 3, n. 617–630, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajr.13010>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, A.M.; CARVALHO, C.L.S.; PAZ, A.M.; BARRÊTO A.J.R. DISCURSOS DOS GESTORES RELACIONADOS ÀS BARREIRAS DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE. **Rev. baiana enferm.** [Internet], v. 37, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/52172> Acesso em: 10 nov. 2023.

SCHERER, M.S.A; OLIVEIRA, N.A.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L; GONÇALVES, A.S.R; VIEIRA, M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde** [periódico da internet], v.14, n.1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4ZR8JctDd9fttkgDT5KCSgJ/?lang=pt>. Acesso em: 1 abr. 2023.

SCHRAIBER, L.B; FIGUEIREDO, W.S; GOMES, R.; COUTO, M.T; PINHEIRO, T.F; MACHIN, R; SILVA, G.S.N.; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.5, p.961-970, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v26n5/18.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.



SILVA, C.M.Q. **A masculinidade como fator impeditivo para o acesso aos serviços e ao autocuidado: uma revisão de literatura** [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares (MG). Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/4391/1/2385.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

THIEDE, M., MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública** [periódico da internet], v. 24, n. 5, p.1168-1173, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WfKMPKTHBcy7TyxYKc6bMJj/?lang=en#>. Acesso em: 20 abr. 2024.

TOAL-SULLIVAN, D; DAHROUGE, S ; TESFASELASSIE, J. et al. Access to Primary Health Care: Perspectives of Primary Care Physicians and Community Stakeholders, 24 July 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square Disponível em : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3157157/v1>

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care** [Internet] 2007, v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/> doi 10.1093/intqhc/mzm042 Acesso em: 20 abr. 2024.

TRAVASSOS C.; CASTRO M.S.M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.183-206.