

Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde

Manners of producing care and universality of access in primary health care

Erica Lima Costa de Menezes

Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: ericalcmenezes@gmail.com

Magda Duarte dos Anjos Scherer

Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

E-mail: magscherer@hotmail.com

Marta Inez Verdi

Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: marverdi@hotmail.com

Denise Pires de Pires

Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: piresdp@yahoo.com

Resumo

Este artigo faz uma revisão da literatura nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline, e analisa como o trabalho dos profissionais na atenção primária no Brasil contribui para o acesso universal aos serviços de saúde. De uma seleção inicial de 901 artigos, foram incluídos 52, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. Os achados evidenciam elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso, relacionados a modos de produzir cuidado que ampliam o acesso às ações de saúde. São destacados os seguintes elementos: normativas prescritoras do trabalho; espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas); formação/experiência do trabalhador; relação com o usuário e com o território; vínculo e responsabilização; respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas; conhecimento da realidade local; carga de trabalho; e valorização/satisfação profissional. Os modos de produzir cuidado descritos contribuem para a ampliação do acesso, tanto pela existência de confiança, vínculo e capacidade de dar resposta às demandas apresentadas pelos usuários, como pela organização de serviços mais flexíveis e atentos às necessidades de saúde dos sujeitos individuais e coletivos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde.

Correspondência

Magda Duarte dos Anjos Scherer

Universidade de Brasília. Colina Bloco G, ap. 101, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. CEP 70904-107.

Abstract

This study is a literature review in the SciELO, Lilacs, BVS, and Medline databases, aiming to analyze how the work of professionals in primary health care in Brazil contributes to the universal access to health services. Of 901 articles, 52 were included, published between January 2005 and October 2015. The findings evidence elements of the work that influence its ability to ensure access, related to manners of producing care that extend access to health actions. The following elements are highlighted: labor standards; spaces that promote encounters (hosting, home visits, matrix support, and collective activities); training/experience of the worker; relationship with the user and with the territory; bond and accountability; respect for autonomy and different types of knowledge and culture; knowledge of local reality; workload; and professional valuation/satisfaction. The manners of producing care described contribute to extend the access, both for the existence of trust, bond, and ability to respond to the demands presented by users, as for the organization of services so they become more flexible and attentive to the health needs of individual and collective subjects.

Keywords: Primary Health Care; Access to Health Services; Health Assistance.

Keywords: Primary Health Care; Access to Health Services; Health Assistance.

Introdução

A universalidade do acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, é um dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) com forte ancoragem ética. Para viabilizar o direito universal à saúde é necessária a realização de um conjunto de ações garantidas por meio de arcabouço jurídico. A definição desse direito na Constituição Brasileira de 1988 resulta de importante disputa entre segmentos da população brasileira para enfrentar a desigualdade no acesso, identificada como um dos graves problemas na atenção à saúde na década de 1980 (Giovannella; Fleury, 1995).

A Atenção Primária à Saúde (APS) adquire importância nesse contexto, pois durante os anos que se seguiram à criação do SUS, tornou-se a principal estratégia do Estado Brasileiro para fazer valer o princípio da universalidade. A aposta na Atenção Básica (denominação adotada na política nacional), no papel de ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre seus objetivos principais, associados à expansão dos serviços de atenção primária, a mudança de aspectos do modelo de atenção, tais como o foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Para tanto, investiu-se na constituição de equipes multiprofissionais mais próximas da população, capazes de cuidado mais integral e longitudinal, numa lógica de corresponsabilidade entre o profissional cuidador e o cidadão sujeito do cuidado, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada na década de 1990, bem como por um conjunto de políticas implantadas nacionalmente. O país possui hoje cerca de 40 mil equipes de saúde da família implantadas em 5.409 municípios, com cobertura de 63,7% da população.¹

Acesso é um conceito complexo, utilizado de distintas maneiras na literatura, e que sofreu variação no decorrer da história (Giovannella; Fleury, 1995; Travassos; Martins, 2004; Unglert, 1995). Existe variação em relação ao enfoque

¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal do Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: <<https://goo.gl/GRdLa5>>. Acesso em: 8 fev. 2017.

do conceito, nas características dos indivíduos, na oferta de serviços, em ambas ou na relação entre serviços e indivíduos (Travassos; Martins, 2004). O acesso aos serviços de saúde é motivo de preocupação internacional. Tem sido utilizado como categoria analítica em pesquisas sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde de modo que possa contribuir para efetiva mudança para um modelo de atenção atento às singularidades das pessoas e coletividades e deve ser considerado no momento da construção de políticas públicas (Assis; Jesus, 2012).

Acesso está relacionado à capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar resposta resolutive às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, configurando-se como um dos pré-requisitos essenciais para a atenção à saúde de qualidade e que tem relação direta com aspectos geográficos, culturais, de organização dos serviços e também os sociais e econômicos, como as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (Assis; Jesus, 2012). Para além, o modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como as normas e os valores que os norteiam, influencia na capacidade dos serviços e sistemas de assegurar acesso universal.

As diferentes realidades presentes no Brasil, sejam sociais, econômicas ou de formas de organização dos serviços, promovem distintos modos de produzir o cuidado que, por sua vez, irão interferir de formas diversas na universalidade do acesso. Essa realidade nos aponta uma dimensão de análise da universalidade do acesso relacionada a como trabalhadores fazem a gestão do que está prescrito pelas normas antecipadoras do trabalho, numa relação dialética com o contexto sempre singular, para responder às demandas que surgem no cotidiano do trabalho em saúde. Este estudo analisa como o trabalho dos profissionais na Atenção Primária à Saúde no Brasil contribui para o acesso universal.

Método

Trata-se de revisão de literatura realizada nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline. que incluiu

artigos que abordam a temática do acesso aos serviços de saúde na atenção primária, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. A questão que norteou a busca foi: como o modo de produzir cuidado influencia o acesso aos serviços de APS?

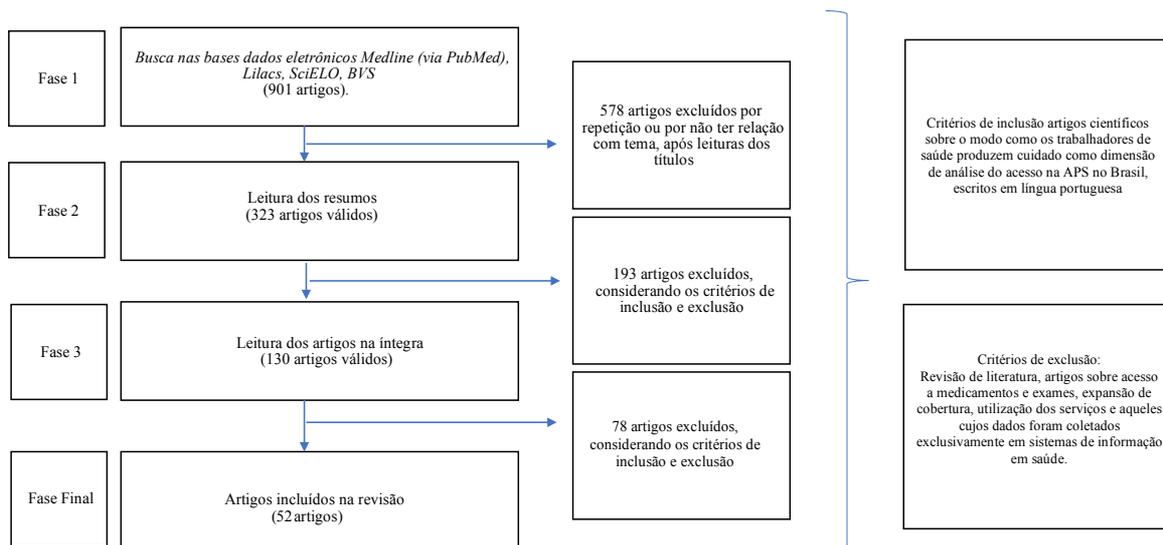
Diferentes combinações de descritores foram testadas, sendo ao final utilizada a seguinte: Acesso aos serviços de saúde “AND” Atenção Primária à Saúde “OR” Estratégia Saúde da Família. Foram encontrados 26 artigos na Medline (via PubMed), 637 no Lilacs, 112 no SciELO, 126 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-APS), totalizando 901 artigos.

Os estudos incluídos foram artigos científicos que abordavam o modo como trabalhadores produzem cuidado na atenção primária à saúde e sua relação com a universalidade do acesso na APS no Brasil, escritos em língua portuguesa. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, estudos sobre acesso a medicamentos e exames, sobre expansão de cobertura, sobre utilização de serviços e aqueles cujos dados foram coletados em sistema de informação da saúde.

Na etapa da leitura dos títulos, dos 901 artigos encontrados nas bases de dados, 578 foram excluídos por repetição, 193 não entraram no estudo por não atenderem aos critérios de inclusão após a leitura dos resumos e 130 estudos foram lidos na íntegra. A seleção e inclusão final foi pareada por duas pesquisadoras, compondo assim, neste estudo, 52 artigos. A Figura 1 apresenta o fluxograma da busca, seleção, inclusão e exclusão dos artigos.

Os dados foram categorizados e sistematizados de acordo com os aspectos gerais da publicação (título, autores, revista, ano de publicação), características metodológicas (tipo de estudo, local do estudo e participantes da pesquisa), conforme Quadro 1, no qual os artigos são apresentados em ordem numérica buscando resposta ao objetivo da revisão. As informações foram validadas em reunião de consenso com duas pesquisadoras, coautoras do artigo. Após sistematização dos resultados, a discussão foi estruturada em: elementos do trabalho que influenciam na capacidade do serviço em assegurar o acesso e; modos de produzir cuidado que ampliam acesso.

Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão de literatura



Resultados

Entre os 52 artigos que compõem este estudo (Quadro 1), 44 são de natureza qualitativa, quatro quantitativa, dois são estudos teóricos, um é estudo de caso único e um de natureza quali-quantitativa. Todos os estudos foram produzidos sobre a APS no Brasil, sendo que a maioria foi realizada na região Nordeste (21), seguida das regiões Sudeste (16), Sul (9), Centro-oeste (1) e Norte (1). Um estudo aconteceu em âmbito nacional, dois em locais não informados e em dois a categoria não se aplica. Apenas um artigo foi publicado em periódico internacional. Quanto aos participantes da pesquisa, os usuários estão presentes em 36 dos 52 estudos realizados, trabalhadores em 21 e gestores em 11. As pesquisas foram desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (19), em Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) (7), em serviços da APS com ou sem saúde da família (19) e em Sistemas Locais de Saúde (SLS) (5) (Quadro 1).

A totalidade dos artigos traz elementos sobre a organização e a realização do trabalho na atenção primária que influenciam a capacidade do serviço em assegurar acesso, assim como aponta modos de produzir o cuidado com potencial para ampliar o acesso aos serviços. Dos 52 estudos incluídos, quinze abordaram a organização dos serviços com adscrição de clientela, tanto ampliando como reduzindo o

acesso. A proximidade da unidade facilita o acesso às ações na APS (Burille; Gerhardt, 2014; Lima et al., 2015; Quinderé et al., 2013; Santos et al., 2012; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza; Garnelo, 2008) sendo considerado “critério organizacional legítimo para definir o acesso aos serviços locais” (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012) e contribui para a realização de ações como visitas domiciliares (Quinderé et al., 2013). Contudo, o cadastro na unidade pode ser barreira de acesso (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010) e critério capaz de gerar situações de discriminação (Martes; Faleiros, 2013), desassistência (Lima et al., 2015; Viegas; Carmo; Luz, 2015) e desaprovação pelos usuários (Souza et al., 2008). O fato de morar perto da unidade por si só não garante que o usuário conseguirá atendimento quando necessário (Chagas et al., 2014; Quinderé et al., 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014), pois para aqueles que passam o dia trabalhando em locais distantes de onde residem essa regra torna-se um empecilho (Silva; Benito, 2013) e a possibilidade de ser atendido próximo ao trabalho seria um facilitador (Lopes et al., 2013).

Um estudo sinalizou que seria importante para a garantia do acesso a flexibilização da escolha do profissional de saúde pelo usuário (Campos et al., 2014), enquanto outro artigo descreve a necessidade de flexibilizar limites impostos pela

territorialização considerando a necessidade dos usuários (Souza et al., 2008).

A organização da oferta dos serviços por demanda espontânea e/ou por demanda organizada também aparece na revisão como capaz de influenciar o acesso às ações de saúde. Quando organizada por ações programáticas dificulta o acesso na medida em que prioriza grupos e assim secundariza necessidades de saúde do restante da população ou não organiza a unidade para receber outros grupos, como adolescentes e homens (Araújo et al., 2013; Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Lima; Assis, 2010; Souza; Souza, 2012; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Trad; Castellanos; Guimarães,

2012; Vanderlei; Navarrete, 2013). Essa forma de organização expressa garantia de acesso para grupos prioritários (Lanza; Lana, 2011; Silva; Viera, 2014), enquanto sua ausência faz que o usuário procure a unidade por conta própria, apenas quando identifica alguma necessidade (Oliveira et al., 2013).

Estudos apontam a importância de equilíbrio entre as ações programáticas e o atendimento à demanda espontânea (Tesser; Norman, 2014) por meio de estratégias como a classificação de risco (Silva; Viera, 2014), e chamam atenção de que mesmo usuários pertencentes aos grupos prioritários podem apresentar, em algum momento da vida, quadro agudo que exija atendimento fora do programado (Albuquerque et al., 2014; Vanderlei; Navarrete, 2013).

Quadro 1 – Sistematização dos resultados de acordo com aspectos gerais da publicação

Ordem	Ano	Autores	Participantes	Região	Tipo de estudo	Local do Estudo
1	2015	LIMA, S. A. V. et al.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	SLS
2	2015	ESPOSTI, C. D. D. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	SLS
3	2015	VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	APS
4	2014	SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S.	Usuários	S	Qualitativo	APS
5	2014	FINKLER, A. L. et al.	Trabalhadores	NI	Qualitativo	APS
6	2014	MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	APS
7	2014	CHAGAS, M. I. O. et al.	Trabalhadores	NE	Qualitativo	UBS
8	2014	SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M.	Usuários	NE	Qualitativo	APS
9	2014	AZEVEDO, A. L. M.; GURGEL, I. G. D.; TAVARES, M. A.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	APS
10	2014	CAMPOS, R. T. O. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBS
11	2014	BURILLE, A.; GERHARDT, T. E.	Usuários	S	Qualitativo	SLS

continua...

Quadro 1 – Continuação

Ordem	Ano	Autores	Participantes	Região	Tipo de estudo	Local do Estudo
12	2014	SARTI, T. D.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	UBSF
13	2014	SOUSA F. O. S. et al.	Trabalhadores	NE	Qualiquantitativo	UBSF
14	2014	ALBUQUERQUE, M. S. V. et al.	Usuários e trabalhadores	NE	Quantitativo	APS
15	2014	TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.	NA	NA	Estudo teórico	NA
16	2013	SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V.	Gestores	SE	Qualitativo	SLS
17	2013	LOPES, L. C. O. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBS
18	2013	ENGEL, R. H. et al.	Usuários	S	Quantitativo	APS
19	2013	ARAÚJO, M. G. et al.	Trabalhadores	NE	Qualitativo	UBSF
20	2013	MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. F.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
21	2013	VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	APS
22	2013	BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M.	Trabalhadores	SE	Qualitativo	UBSF
23	2013	QUINDERÉ, P. H. D. et al.	Usuários e gestores	NE	Qualitativo	APS
24	2013	OLIVEIRA, A. A. V. et al.	Usuários	NE	Quantitativo	UBSF
25	2012	ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.	NA	NA	Estudo teórico	NA
26	2012	OLIVEIRA, L. S. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
27	2012	TADDEO, P. S. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
28	2012	SOUZA, C. L.; SOUZAS R.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
29	2012	NASCIMENTO, P. T. A.; PEKELMAN R.	Usuários e trabalhadores	S	Qualitativo	UBSF
30	2012	TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S.	Usuários	NE	Qualitativo	APS
31	2012	SANTOS, T. M. M. G. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
32	2011	LANZA, F.; LANA, F. C. F.	Trabalhadores	SE	Qualitativo	APS

continua...

Quadro 1 – Continuação

Ordem	Ano	Autores	Participantes	Região	Tipo de estudo	Local do Estudo
33	2011	VARGAS, A. M. D. et al.	Usuários e gestores	SE	Qualitativo	APS
34	2011	HINO, P. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
35	2011	CORREA, Á. C. P. et al.	Usuários	CO	Qualitativo	UBSF
36	2010	CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Estudo de caso único	APS
37	2010	LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	UBSF
38	2010	SCHWARTZ, T. D. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
39	2010	CARREIRA, L; RODRIGUES, R. A. P.	Usuários	S	Qualitativo	UBSF
40	2010	MEDEIROS, F. A. et al.	Usuários	NI	Qualitativo	UBS
41	2010	VIEGAS, S. M. F. et al.	Trabalhadores e gestores	SE	Qualitativo	SLS
42	2010	COIMBRA, V. C. C. et al.	Usuários, trabalhadores e gestores	S	Qualitativo	UBSF
43	2010	CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A.	NA	SE	Qualitativo	APS
44	2009	CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R.	Usuários	SE	Qualitativo	APS
45	2009	COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
46	2009	DALL'AGNOL, C. M.; LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.	Usuários	S	Quantitativo	UBS
47	2008	SOUZA, E. C. F. et al.	Usuários e trabalhadores	NE	Qualitativo	APS
48	2008	NASCIMENTO, P. T. A.; TESSER, C. D.; POLI NETO, P.	Trabalhadores	S	Qualitativo	UBSF
49	2008	SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L.	Usuários e trabalhadores	N	Qualitativo	APS
50	2008	SOUZA, M. F.	Gestores	Nacional	Qualitativo	SUS
51	2007	LIMA, M. A. D. S. et al.	Usuários	S	Qualitativo	UBS
52	2007	TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M.	Trabalhadores e gestores	SE	Qualitativo	UBS

Os estudos descrevem o tempo de espera do agendamento até o atendimento, e o próprio dia do atendimento como algo burocrático e demorado (Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carreira; Rodrigues, 2010; Chagas et al., 2014; Coimbra et al., 2010; Correa et al., 2011; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2007; Lima et al., 2015; Lopes et al., 2013; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Oliveira et al., 2012; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Souza et al., 2008; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012; Viegas; Carmo; Luz, 2015). O sistema de marcação de consultas por meio de filas e senhas que resultam em longo tempo de espera e exigem que os usuários cheguem muito cedo na unidade para conseguir atendimento foi o principal fator de limitação do acesso no que se refere à organização da oferta de serviços (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Coimbra et al., 2010; Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Finkler et al., 2014; Lima; Assis, 2010; Lopes et al., 2013; Sarti, 2014; Silva; Viera, 2014; Sousa et al., 2014; Vargus et al., 2011).

O horário de funcionamento da unidade é mais um elemento a influenciar o acesso, tendo sido mencionado em oito dos 52 artigos da revisão (Araújo et al., 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Correa et al., 2011; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2015; Oliveira et al., 2013; Silva; Viera, 2014). O descumprimento do horário reduz o acesso aos serviços de saúde (Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Lima et al., 2015; Silva; Benito, 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), mas a existência do terceiro turno e o atendimento nos finais de semana (Araújo et al., 2013; Lopes et al., 2013; Silva; Benito, 2013) são estratégias para ampliação aos que trabalham durante o dia e nos finais de semana.

A ambiência é apontada, em três artigos, como elemento a influenciar o acesso: por favorecer a satisfação do profissional, melhorando o cuidado e ampliando o acesso (Coelho; Jorge; Araújo, 2009); como expectativa e atrativo para usuários se sentirem mais à vontade e acolhidos na unidade (Esposti et al., 2015); mas também como barreira, pois ao transformar o ambiente dos serviços em um lugar mais “feminino” limita o acesso dos homens (Araújo et al., 2013).

A existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na composição das equipes gera ampliação do vínculo entre usuários e equipe de saúde e facilita o acesso (Coimbra et al., 2010; Lanza; Lana, 2011; Lima et al., 2015; Martes; Faleiros, 2013; Oliveira et al., 2012; Sousa, 2008), seja pela realização da marcação de consulta por esse profissional nos domicílios (Lima et al., 2015), pela articulação promovida pelo ACS entre equipe de saúde e comunidade (Sousa, 2008) ou por esse profissional fazer parte da comunidade e entender sua cultura e modos de cuidado (Martes; Faleiros, 2013).

A capacitação, formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuar na APS influenciam diretamente o acesso da população às ações de saúde, de acordo com estudos que compõem a presente revisão (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Hino et al., 2011; Lanza; Lana, 2011; Oliveira et al., 2013; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012; Vanderlei; Navarrete, 2013; Viegas et al., 2010). O perfil profissional (Araújo et al., 2013), o compromisso dos profissionais com a atenção a certos agravos prioritários ou a questões referentes aos ciclos de vida, também surgiram como influenciadores do acesso (Lanza; Lana, 2011; Oliveira et al., 2013).

O foco na doença, nos aspectos biológicos e nas ações curativas que mantêm o atendimento orientado pela queixa/conduita, a maior atenção às situações agudas, a centralidade nas consultas médicas (Campos et al., 2014; Coimbra et al., 2010; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012), a predominância da solicitação de procedimentos especializados, exames e prescrição de medicamentos e das ações realizadas em consultório (Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008) contribuem para o aumento da demanda e redução no acesso ao cuidado em saúde (Burille; Gerhardt, 2014; Lima et al., 2007; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Silva; Benito, 2013; Souza et al., 2008). A ênfase dada pela ESF às ações de prevenção e promoção da saúde em detrimento das ações de atendimento clínico é apontada como fator importante para limitação do acesso aos serviços de saúde (Tesser; Norman, 2014).

A percepção, pelos usuários, de que a ausência de profissionais estaria relacionada ao modelo centrado

na consulta e presença do profissional médico, não reconhecendo o cuidado produzido pelas demais categorias profissionais, é destacado em quatro estudos (Esposti et al., 2015; Nascimento; Pekelman, 2012; Vanderlei; Navarrete, 2013; Vargas et al., 2011).

A experiência profissional pode favorecer o acesso quando se conta com profissionais experientes para atuar conforme preconizado pelas políticas (Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008), enquanto o desconhecimento das normativas pode limitar (Souza; Garnelo, 2008).

A desproporção entre demanda e oferta de serviços é obstáculo para o acesso, sendo resultado tanto do excessivo número de famílias sob responsabilidade da equipe, quanto do número insuficiente e da rotatividade de médicos e demais profissionais (Campos et al., 2014; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012) e do descumprimento da carga horária (Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Lima et al., 2015; Lima; Assis, 2010; Silva; Benito, 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012).

Dos 52 estudos, 16 trazem o acolhimento como estratégia transversal às ações de saúde e que deve acontecer em todos os espaços para garantia do acesso com qualidade (Albuquerque et al., 2014; Assis; Jesus, 2012; Campos et al., 2014; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Coimbra et al., 2010; Correa et al., 2011; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007; Vanderlei; Navarrete, 2013; Viegas; Carmo; Luz, 2015). Entretanto, é também apontado como capaz de limitar o acesso quando se configura em simples triagem da demanda espontânea, quando coloca barreira para conseguir a consulta com o médico ou como forma gentil de negar respostas às necessidades de saúde dos usuários (Campos et al., 2014; Nascimento; Pekelman, 2012; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007; Tesser; Norman, 2014).

Além do atendimento clínico, importante espaço de encontro entre equipe e usuário, a visita domiciliar (Carreira; Rodrigues, 2010; Coimbra

et al., 2010; Correa et al., 2011; Lanza; Lana, 2011; Martes; Faleiros, 2013; Oliveira et al., 2013; Quinderé et al., 2013; Santos et al., 2012), as atividades com grupos (Carreira; Rodrigues, 2010; Chagas et al., 2014; Lima et al., 2007), as atividades educativas (Silva; Benito, 2013), o apoio matricial (Souza et al., 2008) e os atendimentos coletivos dentro e fora da unidade (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013) favorecem a ampliação do acesso.

O respeito aos saberes, a inclusão das singularidades - questões culturais, valores, crenças dos usuários (Assis; Jesus, 2012; Azevedo; Gurgel; Tavares, 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Carreira; Rodrigues, 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Taddeo et al., 2012) -, às necessidades (Araújo et al., 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2007; Medeiros et al., 2010; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Takemoto; Silva, 2007) e o conhecimento da realidade local (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Santos et al., 2012; Souza; Garnelo, 2008; Vanderlei; Navarrete, 2013), foram identificados como elemento importante para garantia do acesso. A escuta, o vínculo, a confiança, a simpatia (Assis; Jesus, 2012; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Carreira; Rodrigues, 2010; Cerqueira; Pupo, 2009; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Esposti et al., 2015; Hino et al., 2011; Lima et al., 2007; Medeiros et al., 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Oliveira et al., 2012; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012; Takemoto; Silva, 2007; Viegas et al., 2010), o diálogo e a comunicação (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Esposti et al., 2015; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza et al., 2008) entre usuários e profissionais devem estar presentes nos diversos encontros para qualificar o acesso. Esses elementos influenciam a escolha do serviço pelo usuário.

A discriminação por raça e condição socioeconômica (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), pela condição de ser estrangeiro no país (Martes; Faleiros, 2013) e também o preconceito dos

profissionais de saúde frente a alguns agravos (Lanza; Lana, 2011) foram apontados como dificultadores para obtenção de cuidado nas unidades de saúde.

Os estudos apontaram que a limitação do acesso também se deu pela necessidade dos trabalhadores de reduzir o sofrimento e a sobrecarga de trabalho. O excesso de trabalho devido a equipe incompleta, a insuficiência de profissionais (Silva; Viera, 2014) e demanda reprimida (Chagas et al., 2014; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Medeiros et al., 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Sarti, 2014; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Sousa et al., 2014; Souza et al., 2008; Viegas et al., 2010), as condições e estrutura da unidade (Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Medeiros et al., 2010; Sarti, 2014), os baixos salários e a carência de mecanismos de valorização profissional (Sarti, 2014) foram apontados como fatores que geram estresse e reduzem a qualidade das ações.

Outros pontos importantes que surgiram nos estudos e que interferiram no acesso por aumentar a carga de trabalho dos profissionais de saúde foram a necessidade de trabalhar em equipe (Correa et al., 2011; Takemoto; Silva, 2007), o aumento da responsabilidade em dar respostas aos usuários quando amplia a escuta e o acesso e a impossibilidade de dar respostas a todas as necessidades apresentadas pela população (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Nascimento; Pekelman, 2012; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007).

Essas situações fazem que trabalhadores muitas vezes não deem continuidade a prática do acolhimento, reduzam tempo de trabalho nas unidades e até mesmo se ausentem do serviço por sobrecarga, estresse e por desejo de tempo livre (Sarti, 2014), resultando em redução do número de consultas, restrição das ações da equipe às atividades no interior da unidade (Lima et al., 2015; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008), com prioridade para as consultas médico-curativas (Souza; Garnelo, 2008) e o desenvolvimento das atividades de forma mecânica e superficial (Takemoto; Silva, 2007), menos acolhedoras e humanizadas (Finkler et al., 2014).

Além disso, cada vez mais novas responsabilidades (“programas”, “políticas”, “linhas de cuidado”,

“funções”) voltadas a doenças, grupos, problemas ou situações específicas são criadas ou descentralizadas para a APS/ESF (Tesser; Norman, 2014). A violência urbana (Viegas et al., 2010), a insatisfação dos profissionais com suas práticas cotidianas, os baixos salários (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), a pouca autonomia para decidir as ações implantadas (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Nascimento; Pekelman, 2012) e o imaginário social da baixa qualidade dos serviços públicos (Sarti, 2014) também surgiram como fatores que diminuem a oferta de serviços e limitam acesso. Entretanto, alguns trabalhadores, ao assumirem maiores responsabilidades, sentem-se valorizados e reconhecidos (Takemoto; Silva, 2007).

Associados aos elementos até aqui descritos, modos de produzir o cuidado para garantia do acesso se revelam nos estudos analisados, evidenciando valores como solidariedade (Assis; Jesus, 2012; Medeiros et al., 2010; Sarti, 2014; Tesser; Norman, 2014), justiça (Lima; Assis, 2010), saúde como direito (Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Takemoto; Silva, 2007), humanização da assistência (Dall’agnol; Lima; Ramos, 2009; Finkler et al., 2014; Takemoto; Silva, 2007), responsabilidade (Araújo et al., 2013; Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Finkler et al., 2014; Lima et al., 2007; Takemoto; Silva, 2007) e igualdade (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), como fundamentais para ampliação e garantia de acesso e qualidade das ações de saúde.

Discussão

Dos 52 estudos, 38 abordaram o cuidado produzido nas Unidades de Saúde da Família de forma isolada ou em comparação com as Unidades Básicas Tradicionais, o que demonstra maior interesse dos autores em discutir o trabalho das equipes de saúde da família, provavelmente por ser essa a estratégia prioritária no SUS para ampliação e qualificação dos serviços de APS no Brasil. A predominância de estudos qualitativos pode ser explicada pelo fato de ser uma temática que exige ouvir os protagonistas do trabalho.

Os achados da revisão evidenciam elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso relacionados a modos de produzir cuidado que ampliam o acesso às ações

de saúde resultantes de relação dialética entre o meio, o trabalhador e o usuário dos serviços.

Os resultados permitem destacar os seguintes elementos: as normativas que orientam a organização dos serviços; os espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas/grupo); a formação/experiência do trabalhador; a relação do trabalhador com o usuário e com o território, o vínculo e a responsabilização, o respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas, o conhecimento da realidade local; a carga de trabalho e; a valorização/satisfação profissional.

As normativas relacionadas aos modos de organização dos serviços nas unidades, tais como a adscrição de clientela, o trabalho em equipe, o horário de funcionamento das UBS/USF, a oferta de ações por demanda espontânea ou programada, ora facilitam, ora são limitadoras do acesso. O usuário tem preferência pelos serviços cuja experiência anterior foi positiva, àqueles próximos a sua casa ou trabalho; que dedicam tempo a escutar suas demandas e a explicar os procedimentos que serão realizados e se mostram pouco satisfeitos com o tempo que permanecem na sala de espera, com o horário de funcionamento da unidade, com a agilidade para resolução dos problemas e com a falta de liberdade de escolha dos profissionais, à semelhança dos achados do estudo de Ferreira, Raposo e Pisco (2017) que apontam que esses aspectos foram os piores avaliados pelos usuários.

As normas fixam os limites do que é lícito e do que é interdito, expressão do que determinada instância avalia como “devendo ser” (Durrive, 2011). Essa instância pode ser exterior ao trabalhador ou incluí-lo, no contexto da APS, normativas são fundamentais para orientar as práticas associadas a autonomia das equipes, para ajustar ações de acordo com as singularidades dos casos, das pessoas e comunidades (Carrapiço; Ramires; Ramos, 2017). Entretanto, esse ajustamento não deve prescindir da consideração pelas necessidades dos usuários.

Do ponto de vista do modelo de atenção, a revisão corrobora com o estudo de Franco e Merhy (2007) que aponta a convivência das mudanças estruturais propostas para a APS e ESF com a manutenção de práticas médico-centradas, focadas na doença,

em procedimentos e na solicitação de exames que aumentam a demanda e reduzem o acesso aos serviços de saúde. A formação e a qualificação dos trabalhadores são fatores determinantes para mudança da forma de trabalhar das equipes de saúde por meio de “novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho” (Franco; Merhy, 2007, p. 115-116). As unidades de saúde devem se fortalecer como instituições de aprendizado cujo conhecimento é uma produção coletiva que resulta em proteção e satisfação para os trabalhadores (Carrapiço; Ramires; Ramos, 2017).

É preciso atuar, desta forma, com base em dois saberes distintos. De um lado nos saberes acadêmicos, científicos, oriundos de protocolos, que promovem mudanças na formação dos profissionais de saúde. E, de outro, nos saberes que não são escritos e nem formalizados, resultantes da experiência vivenciada a cada atividade de trabalho (Trinquet, 2010), a partir da organização, por exemplo, de ações de formação na própria unidade e do uso das tecnologias digitais para trocas e levantamento de necessidades formativas (Biscaia; Heleno, 2017) contribuindo, assim, para construção de atos de saúde qualificados tecnicamente, ágeis e resolutivos.

Para Schwartz (2000) “toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, descritível, por um lado, como seguimento de um protocolo experimental e, por outro, como experiência ou encontro”. Encontros produtores de vínculo, corresponsabilização, escuta, acolhimento, que dialoga com os saberes dos usuários, que conhece a realidade local e atento às necessidades dos usuários e profissionais de saúde aparecem nos estudos como capazes de ampliar o acesso, tanto por promoverem ampliação da clínica (Cunha, 2005) quanto por comporem a dimensão simbólica das “percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades” (Jesus; Assis, 2010, p. 164).

É possível não se deixar aprisionar pela norma, ir além do atendimento às famílias adscritas e da dicotomia entre oferta organizada e demanda espontânea organizando serviços atentos aos modos de vida das pessoas, assumindo que nos atos de saúde

todos sabem algo e que o cuidado deve ser produzido a partir dos diferentes saberes.

A realização das visitas domiciliares, os trabalhos em grupo, as ações coletivas aparecem como espaços capazes de ampliar acesso, sendo acolhimento o dispositivo mais utilizado entre as equipes de saúde. Entretanto, a prática do acolhimento, ao mesmo tempo em que reconhece o direito à saúde, em muitos momentos tem descumprindo essa garantia constitucional (Brehmer; Verdi, 2010) quando, por exemplo, se configura como “modo gentil” de negar acesso às consultas médicas ou como simples triagem dos casos a ser atendidos nas unidades em horários específicos para acontecer.

A organização da demanda que limita o acesso e reduz o número de atendimentos diários, os inúmeros encaminhamentos para os especialistas, o atraso para chegar na unidade, o não cumprimento das ações, o foco nas atividades dentro do consultório, podem ser reflexos da sobrecarga e da busca dos trabalhadores por maior satisfação no trabalho, seja pelo medo da violência, pelos baixos salários e vínculos precários, por insatisfação com a função que realiza ou pelo desejo de horários livres, como citados nos artigos desta revisão. Pesquisa realizada em três regiões do Brasil apontou que a sobrecarga associada ao excesso de demanda e território superestimado foram os elementos mais significativos para o aumento das cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, afetando a eficácia, a qualidade do cuidado, o acolhimento e o acesso aos serviços (Pires et al., 2016).

Os atos de saúde quando promotores de troca e produção em equipe, satisfação e valorização dos trabalhadores, qualificam o cuidado e ampliam o acesso, de acordo com os artigos selecionados. Esses resultados corroboram com o estudo de Carrapiço, Ramires e Ramos (2017), que acrescentam que o trabalho em equipe além de otimizar as ações e ajudar a prevenir ou reduzir a incidência de *burnout*, favorece a troca e atualização científica entre profissionais. Nas “equipes com dimensão e diversidade humana e profissional adequadas, com personalidade e nome próprios, onde existe sentimento de pertença [...], percepção dos resultados atingidos [...] e reconhecimento externo, os resultados

em saúde são melhor avaliados” (Carrapiço; Ramires; Ramos, 2017, p. 697).

Avaliar o trabalho e dimensionar o quanto contribui para ampliar o acesso aos serviços de saúde não é simples. O trabalho em saúde enfrenta necessidades complexas e variáveis, é impossível ser padronizado em sua totalidade, é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores, é dependente das condições sociopolíticas e requer constante negociação num contexto de disputas de diversos interesses (Scherer et al., 2013). Além disso, profissionais precisam a todo momento confrontar as normas para o trabalho com as exigências das situações concretas de vida dos usuários que demandam atendimento, o que os coloca num debate de normas e de valores que vão gerar escolhas, ou seja, determinados modos de produzir cuidado.

A priorização dos usuários que mais precisam; a atuação de forma planejada; a realização de ações para além dos muros da unidade; a oferta de informação e a contribuição para ampliação da autonomia das pessoas também foram descritos nos artigos como modos de produzir o cuidado, transversalizados por certo conjunto de valores capazes de ampliar o acesso.

Os valores estão presentes de forma transversal e permanente na atividade humana. A priorização de valores como a defesa da vida, a saúde como direito, a valorização dos saberes, da experiência e da autonomia dos usuários, o entendimento do outro como ser semelhante tendem a orientar para a produção de formas de fazer saúde que contribuem para ações mais criativas e que qualificam o cuidado na APS, segundo Scherer e Menezes (2016), e estão em consonância com os valores evidenciados nesta revisão. Valores do bem comum são necessários para realização de ações de saúde que ampliem o acesso ao contribuírem para produção de atos de saúde com equidade, tendo o usuário como foco da atenção e priorizando aqueles que mais precisam.

Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, 2014. Número especial.

- ARAÚJO, M. G. et al. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 475-484, 2013.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A. L. M.; GURGEL, I. G. D.; TAVARES, M. A. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 275-280, 2014.
- BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 701-712, 2017.
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3569-3578, 2010. Suplemento 3.
- BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014. Número especial.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- CARRAPIÇO, E. I. N.; RAMIRES, J. H. V.; RAMOS, V. M. B. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família: essência e semelhanças. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-700, 2017.
- CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 933-999, 2010.
- CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Condições e modos de vida em duas favelas da Baixada Santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 2, p. 214-230, 2009.
- CHAGAS, M. I. O. et al. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 280-290, 2014.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.
- COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da estrutura: processo de acesso de usuários a uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1095-1107, 2010.
- CORREA, À. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DALL'AGNOL, C. M.; LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 647-680, 2009.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Suplemento 1.

ENGEL, R. H. et al. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 307-314, 2013.

ESPOSTI, C. D. D. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no sistema único de saúde da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015.

FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M.; PISCO, L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 747-758, 2017.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548-553, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

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

HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidade de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, p. 1656-1660, 2011. Número especial 2.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 439-449, 2010.

LOPES, L. C. O. et al. A acessibilidade do homem ao serviço de saúde após a implantação do Programa Nacional de Saúde do Homem: uma realidade presente? *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 226-233, 2013.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, 2014.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, DC, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

- NASCIMENTO, P. T. A.; PEKELMAN, R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p. 380-394, 2012.
- NASCIMENTO, P. T. A.; TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 37, n. 4, p. 32-34, 2008.
- OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico de tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013.
- OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.
- PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. Não paginado. Disponível em: <<https://goo.gl/XM3SQZ>>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
- SANTOS, T. M. G. et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 300-305, 2012.
- SARTI, T. D. A marcação de consulta médica em uma unidade de saúde da família: uma etnografia a respeito dos conflitos entre usuários e profissionais de saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 362-372, 2014.
- SCHERER, M. D. A.; MENEZES, E. L. C. Atenção primária à saúde: espaço potencial de criatividade. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 137-146, 2016.
- SCHERER, M. D. A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.
- SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.
- SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, 1998. Não paginado. Disponível em: <<https://goo.gl/VyqSCr>>. Acesso em: 1º dez 2017.
- SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.
- SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.
- SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 794-802, 2014.
- SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.
- SOUSA, M. F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.
- SOUZA, C. L.; SOUZAS, R. Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 922-928, 2012.
- SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1.

- SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S91-S99, 2008. Suplemento 1.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.
- TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.
- TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, v. 10, n. 38, p. 93-113, 2010. Número especial.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 221-235.
- VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 379-389, 2013.
- VARGAS, A. M. D. et al. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 821-828, 2011.
- VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.
- VIEGAS, S. M. F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 769-784, 2010.

Contribuição dos autores

Menezes e Scherer foram responsáveis pela concepção, delineamento, análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo. Verdi e Pires foram responsáveis pela revisão crítica do artigo.

Recebido: 07/07/2017

Aprovado: 07/11/2017