



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF) – UFC/FIOCRUZ

MARISE CRISTIANE ROCHA LIMA THÉ

O (DES)CAMINHO ATÉ A PORTA:
UM ESTUDO SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM TRÊS MICROÁREAS DE FORTALEZA.

FORTALEZA

2014

MARISE CRISTIANE ROCHA LIMA THÉ

**O (DES)CAMINHO ATÉ A PORTA:
UM ESTUDO SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM TRÊS MICROÁREAS DE FORTALEZA.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- T35d Lima-Thé, Marise Cristiane Rocha.
O (des)caminho até a porta: um estudo sobre o acesso à atenção básica de saúde em três microáreas de fortaleza. / Marise Cristiane Rocha Lima Thé. – 2014.
106 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC/FIOCRUZ, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar.
1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família.
4. Mapeamento Geográfico. I. Título.

CDD 362.1

MARISE CRISTIANE ROCHA LIMA THÉ

**O (DES)CAMINHO ATÉ A PORTA:
UM ESTUDO SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM TRÊS MICROÁREAS DE FORTALEZA.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovada em: 31/03/2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) / RENASF

Prof^ª. Dra. Renata de Sousa Alves
Universidade Federal do Ceará (UFC) / RENASF

Prof^ª. Dra. Erika Arrais Peter Farache
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Ao meu Guilherme, ser iluminado que a vida me trouxe de presente e que me ensina a cada dia a plenitude do amor.

À minha família.

À Gaya.

AGRADECIMENTO

Meus agradecimentos se voltam mais uma vez à minha (novamente) orientadora, a Professora Dra. Andréa Aguiar.

Às Dras. Renata Sousa e Erika Arrais Peter por aceitarem participar da banca de avaliação deste trabalho.

Muito felizmente, agradeço a todos os meus amigos que me acompanharam nessa jornada. A primeira turma do MPSF da UFC fez parte de cada página desse escrito.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida pelo imensurável apoio nos cálculos e análise estatística.

À Raquel Chaves, que me ajudou a entender tudo do pouco que sei sobre o ArcGis.

À amiga Gleyda Cordeiro, pela colaboração desde quando este era só um anteprojeto.

A todos aqueles que colaboraram direta e indiretamente com este estudo.

Aos moradores do Campo do América que me receberam e colaboraram com as respostas dos meus questionamentos.

Às ACS do Campo. Angélica, Jussilene e Zilmar, sem a ajuda de vocês dificilmente teria conseguido entrar em campo.

Ao meu Bloco de amigos queridos do Miriam. Em especial, à Dra Larissa Porto... Dal'Ólio. Você foi formidável!

Aos meus familiares, por suportarem e entenderem minhas ausências e por me encorajarem a seguir no prumo.

Ao meu marido. Por tantas coisas. Por estar longe nas várias horas que solicitei e por estar bem perto quando tanto eu precisei. Obrigada pelas referências que entraram e pelas que ficaram de fora. Obrigada também pelos Oompa-Loompas.

À paciência e à insistência do meu filho que me trouxe de volta nas tantas vezes que orbitava por aí.

Aos universos de dentro e de fora que conspiraram favoravelmente para que eu pudesse chegar até aqui.

À Maria Santíssima que estende seu manto de amor sobre mim e minha família.

Ao meu bom Deus. Pelo colo, pelos conselhos e pela sabedoria.

“Depois de algumas horas, a estrada começou a ficar acidentada, e caminhar ficou tão difícil que o Espantalho tropeçava com frequência nos tijolos amarelos, que eram bem irregulares. Às vezes, de fato, eles estavam quebrados ou fora do lugar, deixando buracos que Totó saltava e Dorothy contornava. Quanto ao Espantalho, sem ter um cérebro, ele caminhava sempre em frente, e pisava nos buracos caindo com tudo nos tijolos duros.”
(L. Frank Baum)

RESUMO

Este estudo analisa o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde em três microáreas de Fortaleza, Ceará. Seus objetivos são identificar componentes de acesso que influenciam na utilização dos serviços de atenção básica pelos moradores de microáreas da Secretaria Regional II de Fortaleza, conhecendo os motivos do não-acesso aos serviços de saúde da unidade saúde do bairro, as barreiras que dificultam o acesso à essa mesma unidade e identificando as portas de entrada dessa população no sistema de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e desenho transversal, realizado no ano de 2013. Foram entrevistadas 247 famílias. Foi feito um mapeamento utilizando um Sistema de Informações Geográficas (SIG), o ArcGis®, que permitiu a visualização dos serviços de saúde bem como da sua relação com as dificuldades e barreiras de acesso ora apontadas pelos sujeitos desta pesquisa. Os resultados mostram que 62,3% das famílias não tem o posto do bairro como local de primeira procura em caso de necessidade de saúde. A distância e a facilidade de acesso a outro centro de saúde foram os principais motivos para isso. A distância (50,2%), o transporte (45,2%) e o desconhecimento sobre localização e funcionamento do posto (21,0%) foram as dificuldades mais frequentes. Esta pesquisa aponta a necessidade de um estudo participativo e mais criterioso do território de atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família de modo a considerarem-se as diversas barreiras que interferem no acesso dessa população aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Mapeamento Geográfico

ABSTRACT

This study examines the accessibility to primary health care services of the population in areas of Fortaleza. Its objectives are to identify accessibility components that influence in the use of these services by the residents of these areas, exploring the reasons for non-accessibility to the health unit, the barriers that hinder the access and the ports of entry in the health care system. It is a descriptive study, quantitative and transversal, carried out in 2013. Were interviewed 247 families. A mapping using Geographic Information System (GIS) that allowed visualization of local health services as well as its relationship with the difficulties and barriers to access sometimes identified by the subjects of this research was done. The results showed 62.3% of these families didn't view the neighborhood unit as the place of first demand in case of need. The distance and the ease of accessibility to another health center were the main reasons for this. The distance (50.2 %), transportation (45.2 %) and the ignorance about the location and opening hours (21.0 %) were the most frequent difficulties. This research points to the need for a more thorough study of the territory of actuation of the team of the Family Health Program in order to considerer the various barriers that interfere with the accessibility of the population to health services.

Keywords: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Family Health Program; Geographic Mapping

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com a distribuição das Secretarias Executivas Regionais, 2012.	24
Figura 02:	Fotografia em 3D com delimitação espacial das microáreas 108, 109 e 260 entre as ruas Costa Barros, José Vilar, Deputado Moreira da Rocha e Nunes Valente, Fortaleza, Ceará, 2012.	26
Figura 03:	Fotografia em plano plongê do Campo do América e de parte do seu entorno, Fortaleza, Ceará, 2009.	27
Figura 04:	Representação esquemática das microáreas segundo tipo de risco no território da SER II, Fortaleza, Ceará, 2012.	29
Figura 05:	Mapa com simulação de trajetória a pé entre o Campo do América e o CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará, 2012.	30

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01	Tipos de microáreas por classificação de risco utilizada em Fortaleza, Ceará, 2005.	28
Tabela 01	Número de famílias e de pessoas cadastradas residentes nas microáreas 108, 109 e 260 de Fortaleza, Ceará, outubro de 2012.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostragem aleatória simples
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AS	Amostragem sistemática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SR	Secretaria Regional
SERCEFOR	Secretaria Regional do Centro de Fortaleza
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistema de Informações Geográficas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
3	OBJETIVOS	22
3.2	Objetivo Geral	22
3.3	Objetivos Específicos	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	Localização do estudo	23
4.3	População, tamanho da amostra e amostragem	31
4.4	Instrumento de pesquisa e estudo piloto	32
4.5	Coleta de dados	35
4.6	Processamento e análise de dados	36
4.7	Considerações éticas	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	Artigo 1	40
5.2	Artigo 2	63
6	CONCLUSÕES GERAIS	81
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA	90
	APÊNDICE B – CARTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A PESQUISA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)	93
	ANEXO A – RESULTADOS DO LEVANTAMENTO DOS MAPAS DIÁRIOS DAS CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO CSF MIRIAM PORTO MOTA DURANTE OS ANOS DE 2010 E 2011 PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE ATENDIMENTO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	94
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	95
	ANEXO C - PORTARIA NORMATIVA NO. 07, DE 22 DE JUNHO DE 2009, DA FUNDAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, CAPES	98
	ANEXO D - NORMAS DE ENVIO DE ARTIGO / INSTRUÇÕES PARA AUTORES	99

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde sua origem em meados dos anos 1990, foi concebida como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde.

Consubstanciados nas cláusulas pétreas do SUS, os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. (BRASIL, 1997).

A ESF, portanto, tem como princípio básico a aproximação do serviço de saúde da comunidade, quer seja pela descentralização da gestão, quer seja pela atuação do agente comunitário de saúde, teoricamente, facilitando o acesso destes usuários ao serviço (LORA, 2004). É dito *teoricamente*, pois, segundo Giovanella et al (2002 p.41) “a simples existência do serviço não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura”.

Para o desenvolvimento das ações da ESF, os Centros de Saúde da Família (CSF) aparecem como a instância operacional com nível próprio de atendimento da Atenção Básica à saúde. Por conseguinte, o CSF é a estrutura física para a atuação de equipes de saúde e para o atendimento à população de uma determinada região (área de abrangência) no nível primário de atenção à saúde. Cada centro de saúde detém as responsabilidades sanitária e de promoção integral à saúde dos habitantes de determinado território, para os quais deve estar voltado o planejamento das ações de saúde.

O CSF Miriam Porto Mota está localizado no território da Secretaria Regional II (SR II) de Fortaleza e tem como responsabilidade sanitária a área referente ao bairro Aldeota que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), abriga 42.361 pessoas. Desde 2006, quando da ampliação da ESF neste município, três equipes de saúde da família estão integradas neste CSF para desenvolver ações de atenção básica à saúde da comunidade de sua área adscrita.

Dentro desta extensão territorial, existem sete microáreas cuja maioria da população residente é considerada SUS-dependente, ou seja, “não tem acesso à atenção à

saúde que não seja por meio dos serviços públicos de saúde” (COHN, 2009: p.1615). Essas microáreas estão vinculadas à uma equipe de saúde que atua como referência para a atenção primária de saúde desta forma: microáreas 264, 265 e 266 estão vinculadas à equipe Aldeota 1, microáreas 108, 109 e 260 à equipe Aldeota 2 e microárea 261 se vincula à equipe Aldeota 3.

Em relação ao número de pessoas cadastradas¹ no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2.116 eram os residentes nas três microáreas assistidas pela equipe Aldeota 1, outras 2.435 estavam nas três microáreas assistidas pela equipe Aldeota 2 e mais 1.935 pessoas residem na microárea assistida pela equipe Aldeota 3. A população de cada uma dessas microáreas conta com o acompanhamento sistemático de um agente comunitário de saúde (ACS) integrante de uma das equipes deste CSF.

Empiricamente, o grupo de trabalhadores desta unidade de saúde, no qual a pesquisadora está inclusa, observou que a população residente nas microáreas 108, 109 e 260, vinculadas à equipe Aldeota 2, pouco vinham usufruindo dos serviços de saúde ofertados no CSF Miriam Porto Mota desde a implantação das equipes de Saúde da Família (SF). Isso foi ratificado em levantamento realizado pela autora do projeto nos mapas de atendimento diário dos médicos generalistas e pediatras deste CSF referente aos anos de 2010 e 2011, que mostrou um baixo número de consultas realizadas com essa população em relação às consultas de residentes nas outras 4 microáreas ou ainda em relação àquelas que aconteceram com pessoas moradoras de outras áreas não vinculadas a essas equipes. Tal levantamento demonstrou que, do total de consultas médicas realizadas nesses dois anos, cerca de 7 a 13% foram voltadas para os residentes das microáreas 108, 109 e 260 desta capital (Anexo I).

Frente a esta situação e partindo do princípio que o usuário deve ser visto também como sujeito, e não como objeto, já que é um co-partícipe do processo de trabalho em saúde, a autora deste projeto, integrante da equipe Aldeota 2, considerou importante compreender como se dá o acesso dessa população aos serviços de atenção primária à saúde, contribuindo, desta forma, para um melhor planejamento da oferta de ações e serviços de saúde voltados para esse grupo populacional.

Essa pesquisa ainda pretendeu contribuir para a elucidação do questionamento: por quê a população residente nas microáreas 108, 109 e 260 não utiliza adequadamente os

¹ Número de pessoas cadastradas informado no SIAB do mês de outubro de 2012.

serviços de atenção básica à saúde ofertados na unidade de referência, o CSF Miriam Porto Mota?

A crescente importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde somada ao fato de que no Brasil poucas são as pesquisas realizadas que tem como objeto de estudo o acesso aos serviços de saúde na atenção básica, na óptica do usuário. A maioria delas trabalha sob a óptica do gestor ou trabalhador da saúde. Há, portanto, a necessidade de buscar uma maneira de se analisar a situação do acesso e acessibilidade aos serviços sob o ponto de vista dos usuários, da comunidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modo como o Estado brasileiro organiza a rede de serviços de saúde que dá suporte à efetivação da política de saúde do Brasil. Produto da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS teve sua regulamentação nas leis 8.080/90 e 8.142/90 e constitui-se em um “sistema complexo cuja responsabilidade é de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação” (VASCONCELOS & PASCHE, 2009 p.532).

Antes da criação do SUS, saúde não era considerada um direito social, mas um privilégio daqueles que podiam pagar por serviços privados e daqueles que eram segurados pela previdência social, ou seja, os trabalhadores que possuíam carteira de trabalho assinada conforme legislação trabalhista ora vigente. Aos demais brasileiros, à parcela da população definida como indigente, não era reservado direito algum de assistência à saúde. O SUS, então, veio para oferecer atendimento igualitário, cuidar e prover a saúde de toda a população brasileira (ANDRADE e ANDRADE, 2010; BRASIL, 2010; SOUZA, 2010).

O texto constitucional, além de reconhecer a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, em conjunto com as leis de regulamentação do SUS, traz um rol de diretrizes organizativas e princípios doutrinários que norteiam as ações de saúde a serem desenvolvidas no e pelo SUS. A universalidade do acesso, a integralidade das ações, a equidade no acesso e o direito à informação ao cidadão constituem o bloco dos princípios doutrinários, enquanto que o conjunto de diretrizes é composto pela descentralização da gestão, a regionalização da oferta, a hierarquização do sistema em níveis de atenção, a integração das ações e das redes assistenciais e pela participação comunitária através de colegiados de gestão nos serviços de saúde (BRASIL, 1988, 1990b, 1990a).

Dentro dos princípios doutrinários do SUS, o acesso aos serviços de saúde aparece com certo destaque. Isso talvez aconteça porque o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, seja uma bandeira de luta dos movimentos sociais, se constituindo em um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania, ou talvez pelo debate em torno da igualdade prevista no texto legal, traduzida pela equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. Ou ainda porque o princípio da universalidade traz consigo a necessidade de a população ter acesso aos serviços de saúde, sem os quais não há garantia dos direitos (LORA, 2004; ANDRADE ET AL, 2009; VASCONCELOS & PASCHE, 2009; BRASIL, 2007; JESUS e ASSIS, 2010).

Essa necessidade de garantia de direitos por parte do Estado brasileiro o fez adotar uma política de ampliação de acesso e promoção de um leque diversificado de ações de saúde a um maior número de pessoas. Desde os anos iniciais da década de 1990, uma série de mecanismos legais, organizacionais e institucionais vem sendo implementados visando à unificação e à descentralização da atenção à saúde no território nacional (OIKAWA, 2001).

Como exemplo da assertiva acima, tem-se, em 1991, a institucionalização do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde - pelo Ministério da Saúde. As experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em algumas regiões do país foram alargadas para grande parte da extensão nacional. As ações do PACS enfocavam não mais o indivíduo, mas a família como unidade de ação programática e introduziram a noção de área de cobertura para as práticas de saúde (VIANA e DAL POZ, 2012).

Sobre o PACS, Viana e Dal Poz ainda ressaltam:

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF [Programa Saúde da Família]. (...) O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (VIANA e DAL POZ, 2012: p.230-31).

Observe-se que esses elementos apontados pelos autores já citados podem ser considerados como elementos-chave para a construção do Programa de Saúde da Família, já que compõem a essência de sua intervenção.

Neste contexto, em um cenário favorável apoiado por um sistema nacional de saúde oferecedor de condições substantivas e operacionais adequadas ao sucesso de sua formulação e implementação, em meio a várias experiências locais e regionais, e partindo-se do êxito do PACS, porém com a necessidade de incorporar novos profissionais, a Estratégia Saúde da Família² (ESF) surgiu como um projeto para real implantação do SUS e de seus princípios e diretrizes (DI GIOVANNI, 2002; LORA, 2004; VIANA e DAL POZ, 2012).

Parte do escopo das políticas públicas de saúde, a ESF traz em sua concepção conteúdos que integram, entre outros, aspectos relativos ao modelo e à prática assistencial, ao processo de trabalho e à formação de recursos humanos. Em suas bases pode ser identificado um modelo voltado para a proteção e promoção da saúde que considera os seguintes aspectos: área de abrangência com adstrição da clientela, equipe multiprofissional (rompendo com o

² A nomenclatura utilizada quando da sua criação em 1994 era Programa Saúde da Família (PSF).

protagonismo do saber e prática médica no processo de trabalho em saúde), ações preventivas e de promoção à saúde desenvolvidas a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita (diminuindo o enfoque clínico), ênfase nas ações programáticas, visando reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 1994; TRAD e BASTOS, 1998).

Apesar de alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro terem apontado o Saúde da Família como “um programa pontual, ‘pacote básico’ de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado à clientela específica e focalizado em regiões pobres” (SOUSA e HAMANN, 2009: p.1328), este programa pode ser considerado uma estratégia importante na transformação do modelo médico assistencial privativista vigente no período (TRAD e BASTOS, 1998; COHN, 2005; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; MARTINS, 2012).

De forma resumida, pode-se dizer que a Saúde da Família constitui

uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANA e DAL POZ, 2012: p. 229).

Pode ser dito que a atenção básica no Brasil teve sua expansão e qualificação organizadas pela Estratégia Saúde da Família. Mediante a adscrição de clientela, as equipes Saúde da Família vem estabelecendo vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade (BRASIL, [s.d.] a)

Ainda segundo o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde,

a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. (...) A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, [s.d.] a).

As unidades básicas de saúde (UBS), por sua vez, presentes nos territórios, tem como principal fundamento serem a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde propiciando espaço para a integração das ações programáticas e de demanda espontânea, funcionando como local de articulação das ações e do trabalho em equipe, fomentando a participação da comunidade na gestão local bem como o controle social (BRASIL, 2009).

O conceito de *porta de entrada* é trazido por Starfield (2002: p.208). Ao discorrer sobre a responsabilidade na atenção primária, a autora revela que:

a ideia que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como *porta de entrada*. A ideia de uma ‘porta’ faz sentido.

Mais recentemente, numa discussão sobre acesso nos serviços de saúde, Jesus e Assis (2010) afirmam que a expressão *porta de entrada* pode ser entendida como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade.

Outro conceito que vem sendo largamente discutido é o de acesso aos serviços de saúde. Associado à organização do sistema e dos serviços de saúde, o acesso torna-se imprescindível para que a equidade, a universalidade e os outros princípios do SUS sejam alcançados (SANTOS, 2010).

Bonello (2012: p.33) ratifica o que fora dito por Ojanuga e Gilbert (1992) e por Puentes Markide (1992) quando escreve que “esse conceito é complexo, sendo difícil abordá-lo de forma isolada, pois se relaciona às necessidades de saúde, à demanda, à oferta e ao uso dos serviços”. Travassos e Martins (2004) também apontam a complexidade desse conceito que por muitas vezes tem sido empregado de forma imprecisa, o que não torna explícita sua relação com o uso de serviços de saúde.

A imprecisão de como o termo muitas vezes é empregado, as variações de entendimento, de terminologia e de enfoque do conceito de acesso, dependendo do olhar de quem o analisa, variando ao longo do tempo e de acordo com o contexto se evidenciam na busca literária (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; JESUS e ASSIS, 2010; BONELLO, 2012).

Em relação à utilização de termos, acesso e acessibilidade aparecem com certa frequência. Segundo Starfield (2002), essas palavras são usadas de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Exemplificando esta afirmativa, citam-se Penchansky & Thomas (1981) que utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Há autores que, em relação ao enfoque do conceito, focalizam as características dos indivíduos; há aqueles que focalizam as características da oferta de serviços e há outros que focalizam ambas as características ou a relação entre os indivíduos e os serviços – oferta (Bonello, 2012). Os que se centram na oferta dos serviços, como Donabedian (1973), Starfield

(2002) e Travassos et al (2006) costumam ainda utilizar o substantivo acessibilidade para descrever o caráter ou a qualidade do que é acessível.

Donabedian (1973) define acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços, dos indivíduos fazerem uso desses serviços e do serviço responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Para ele, acessibilidade não se limita à mera disponibilidade de recursos em um determinado lugar, mas corresponde ao grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados para dar respostas a elas. O autor também inclui em seu discurso as características dos serviços de saúde que limitam ou facilitam o uso pelos indivíduos, mas exclui as etapas de percepção de necessidades de saúde e o processo de tomada de decisão na procura dos serviços pelos usuários.

Em 1973, Donabedian distingue duas dimensões da acessibilidade. A dimensão geográfica que está relacionada à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. E a outra dimensão é a acessibilidade sócio organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso do serviço (DONABEDIAN, 1973).

Contudo não se pode negar a abrangência do conceito alcançada por esse autor. Indo para além da entrada do paciente no serviço, neste conceito a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas incluiu a adequação profissional e dos recursos tecnológicos dispensados para as necessidades dos pacientes (DONABEDIAN, 1973).

Para Starfield (2002), há distinção entre acesso e acessibilidade. Quando a autora fala de acessibilidade, se refere às características da oferta que abrangem a localização do estabelecimento próximo da população de atendimento, as horas e dias em que tal estabelecimento realiza atendimento, o grau de tolerância para as consultas não agendadas etc. Mas quando fala de acesso, refere-se a como as pessoas percebem a acessibilidade.

Travassos et al (2006) entendem acesso como a possibilidade de utilização dos serviços de saúde quando necessário e também expressam características da oferta que facilitam ou obstruem o uso dos serviços pela população.

Há também aqueles autores que claramente priorizam a utilização do termo acesso em seus textos e discussões. Andersen (1995) apresenta o acesso como um dos elementos do

sistema de saúde ligados à organização dos serviços. Refere-se tanto à entrada no serviço de saúde como à continuidade do tratamento e o recebimento de cuidados subsequentes.

Em seu modelo, Andersen (1995) concorda com Donabedian (1973) na afirmativa de que acesso é uma característica da oferta dos serviços importante para explicar o padrão de utilização dos mesmos. Porém, Andersen (1995) define fatores individuais que influenciam no acesso a esses serviços. O autor classificou os fatores individuais em *predisponentes* (referindo-se àqueles que já existem antes do surgimento do problema), *capacitantes* (considerando os meios disponíveis para as pessoas obterem cuidados de saúde) e *de necessidades de saúde* (percebidas pelo indivíduo ou diagnosticadas pelos profissionais de saúde).

Baseado no ideário de Donabedian, Frenk (1985) desenvolveu seu conceito de acessibilidade e sistematizou o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados às necessidades de saúde e a explícita limitação da acessibilidade às etapas de procura e entrada nos serviços. Para este autor, os determinantes da necessidade e do desejo de procurar cuidados em saúde ficam de fora dos domínios da acessibilidade. O conceito de acessibilidade de Frenk diz respeito a um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (*resistência*) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (*poder de utilização*).

Penchansky & Thomas (1981) e Giovanella e Fleury (1996) fazem discussões semelhantes acerca do conceito de acesso e suas inter-relações entre clientes / usuários e os serviços de saúde. Esses autores compõem o conceito de acesso sobre variadas dimensões: *disponibilidade* – relação entre volume e tipo de serviços existentes em relação às necessidades, *acessibilidade* – tomada aqui como uma dimensão do acesso, é a relação entre a distribuição geográfica da oferta e dos usuários, leva em conta os recursos para transporte, tempo de viagem, distância e os custos, *acolhimento* ou *acomodação* – representa a relação entre como os serviços se organizam para receber os clientes e a capacidade dos clientes de se adaptarem a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos, a *capacidade de compra* ou *capacidade financeira* – relação entre os custos e financiamento dos serviços, e a *aceitabilidade* – entendida como as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Adami (1993) e Unglert (1995) desenvolveram uma classificação de acesso utilizada em outros estudos posteriores. Nesta classificação, o acesso é categorizado em *acesso geográfico* (forma e tempo de deslocamento, distância entre residência do usuário e

serviço de saúde), *acesso econômico* (facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento, incluindo os custos de deslocamento, custos para obtenção de medicamentos etc) e *acesso funcional* (envolve a entrada propriamente dita aos serviços de saúde que o indivíduo necessita, incluindo os tipos de serviços ofertados, horários da oferta e qualidade do atendimento).

A satisfação da necessidade de saúde do indivíduo aparece também nas discussões e conceituações de Acurcio & Guimarães (1996) - quando descrevem a acessibilidade como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, de Matumoto (1998) e Bonello (2012) - que apresentam o acesso como uma etapa, uma condição à utilização dos serviços de saúde, que deve ser alcançada pelo usuário que parte em busca da satisfação de uma necessidade.

Ramos e Lima após revisitar alguns autores concluem que acesso é entendido pela

distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgência e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio (RAMOS e LIMA, 2003: p.29).

As considerações feitas até aqui apontam para a necessidade de reconhecimento das relações da população com os serviços de saúde. Partindo da ideia do indivíduo como protagonista do sistema de saúde, também se faz necessário considerar uma dimensão política que aponte o acesso como responsabilidade do Estado e, assim, entender que a garantia de acesso aos cuidados de saúde é alcançada a partir da distribuição planejada dos recursos dos serviços, considerando para tal a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede de acordo com as demandas e necessidades da população (ASSIS ET AL., 2003).

Diante da pluralidade de conceitos apresentados até aqui, optou-se pelos conceitos de Penchansky & Thomas (1981) e de Giovanella e Fleury (1996), por considerarem-se os mais apropriados para este estudo. Portanto, esta pesquisa percebe a acessibilidade como uma importante dimensão do acesso aos serviços de saúde e pondera a importância de se perceber a relação dos indivíduos com as outras dimensões do acesso em busca da satisfação de suas necessidades de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar componentes do acesso que influenciavam na utilização dos serviços de atenção básica por parte dos moradores de microáreas de uma das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as portas de entrada da população residente em três microáreas aos serviços de saúde em Fortaleza, Ceará;
- Averiguar os motivos do não-acesso da população residente em três microáreas aos serviços de saúde ofertados no CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará;
- Verificar as barreiras que dificultavam o acesso da população residente em três microáreas ao CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa considerou como percurso metodológico a abordagem quantitativa com desenho transversal. Um estudo quantitativo, segundo Minayo & Sanches (1993), atua em níveis da realidade em que os dados se apresentam aos sentidos e tem como objetivos e campo de práticas trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

Quanto à sua natureza, tratou-se de um estudo descritivo. Para Gil (2002: p.42), “as pesquisas descritivas tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis”.

4.2 Localização do estudo

Pela Ordem Imperial de 17 de março de 1823, Fortaleza foi elevada à categoria de cidade por Dom Pedro I, sendo o segundo município criado, logo após de Aquiraz.

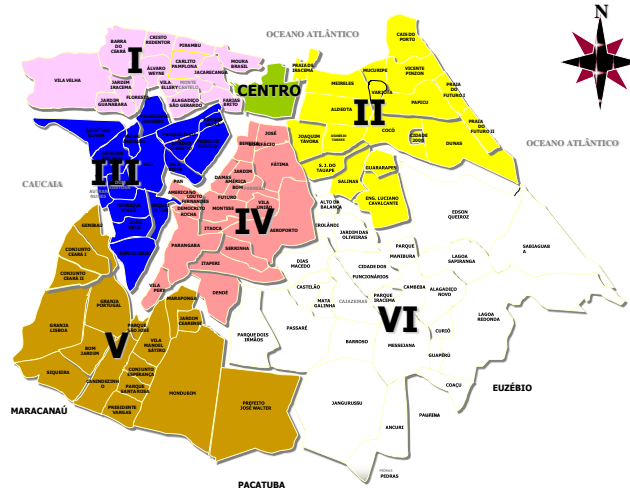
Imperador do Brasil, pela graça de Deus e unânime proclamação dos povos, houvera por bem que a Vila de Fortaleza fique ereta em cidade e que portal seja havida e reconhecida com a denominação de Fortaleza de Nova Bragança ou Fortaleza de Pequena Bragança e haja todos os foros e privilégios de outras cidades... (FALCÃO, 2005:280).

O topônimo Fortaleza de Nova Bragança pouco durou e logo a cidade reassumiu seu nome anterior – Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Chamou-se primitivamente de Forte Schoonenborch, erguido pelo holandês Mathias Beck, em 1649, que fora o marco da disputa do território cearense entre portugueses e holandeses. Com a vitória dos primeiros, sob o comando de Álvares Azevedo Barreto, ganhou o nome de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, o povoado que deu lugar à vila: Vila de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, em 13 de abril de 1726.

O município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, cuja área é de 313,8 km² abriga uma população de 2,5 milhões de habitantes, segundo o IBGE (2010), e densidade demográfica próximo de 7.816 habitantes por km².

Baseada em um modelo de gestão descentralizada e intersetorial que busca ampliar a efetividade das ações do governo municipal, a cidade está dividida em sete regiões administrativas. Essa divisão é mostrada na figura a seguir.

Figura 01: Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com a distribuição das Secretarias Regionais, 2012



Fonte: Arquivo da Coordenadoria de Saúde da Secretaria Regional II.

Cada região está vinculada a uma Secretaria Regional (SR) cuja responsabilidade é o “atendimento da população em suas respectivas áreas de abrangência, proporcionado condições para a melhoria de qualidade de vida e desenvolvimento de espaços de convivência saudáveis através de programas integrados de emprego e renda e garantia do acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte” (Ribeiro, 1997: p.51-52). Desta forma, os bairros que as compõe são:

SR I – Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Floresta, Barra do Ceará, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Vila Ellery, Pirambu, Carlito Pamplona, Monte Castelo, Alagadiço São Gerardo, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil.

SR II – Praia de Iracema, Meireles, Aldeota, Joaquim Távora, Dionísio Torres, São João do Tauape, Salinas, Guararapes, Engenheiro Luciano Cavalcante, Mucuripe, Varjota, Cocó, Cais do Porto, Vicente Pizon, Papicu, Cidade 2000, Dunas, Praia do Futuro I e Praia do Futuro II.

SR III – Quitinho Cunha, Antônio Bezerra, Padre Andrade, Presidente Kennedy, Pici, Autran Nunes, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Bom Sucesso, Parcelândia, Amadeu Furtado, Bela Vista, Rodolfo Teófilo e Parque Araxá.

SR IV – Vila Pery, Parangaba, Itaoca, Dendê, Serrinha, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Pan-Americano, Montese, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Jardim América, Benfica, José Bonifácio, Fátima e Aeroporto.

SR V – Genibaú, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Siqueira, Canidezinho, Parque São José, Maraponga, Jardim Cearense, Vila Manoel Sátiro, Conjunto Esperança, Parque Santa Rosa, Presidente Vargas, Mondubim e Prefeito José Walter.

SR VI – Parque Dois Irmãos, Passaré, Castelão, Mata Galinha, Dias Macedo, Aerolândia, Alto da Balança, Jardim das Oliveiras, Cidade dos Funcionários, Parque Manibura, Cambeba, Parque Iracema, Cajazeiras, Barroso, Messejana, Jangurussu, Ancuri, Pedras, Paupina, Coaçu, Guapiru, Curió, Lagoa Redonda, Alagadiço Novo, Lagoa Sapiranga, Edson Queiroz e Sabiaguaba.

SERCEFOP (Secretaria Regional do Centro de Fortaleza) – Centro.

Ressalte-se que tal divisão de ordem administrativa da capital cearense não se repete na íntegra no tocante à separação dos territórios de saúde deste município. A exceção cabe à área do bairro Centro, ligada administrativamente à Sercefop, mas que é parte do território sanitário da SR II. Quando se trata da delimitação das áreas de responsabilidade sanitária, portanto, Fortaleza se divide em seis Regionais de Saúde.

Para cada uma dessas seis Regionais, existe uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) responsável pela coordenação e articulação de ações voltadas ao cuidado em saúde e à proteção sanitária do território.

Segundo o Censo 2010 do IBGE, na área de abrangência da SR II residem 363.406 pessoas. Essa área corresponde aos 20 bairros que integram o território da saúde da Regional II, mas que, todavia, não pode ser descrita como uma região de homogeneidade em relação aos seus aspectos sociodemográficos, mas sim de grandes desníveis sociais entre eles (FORTALEZA, s/d: *on-line*).

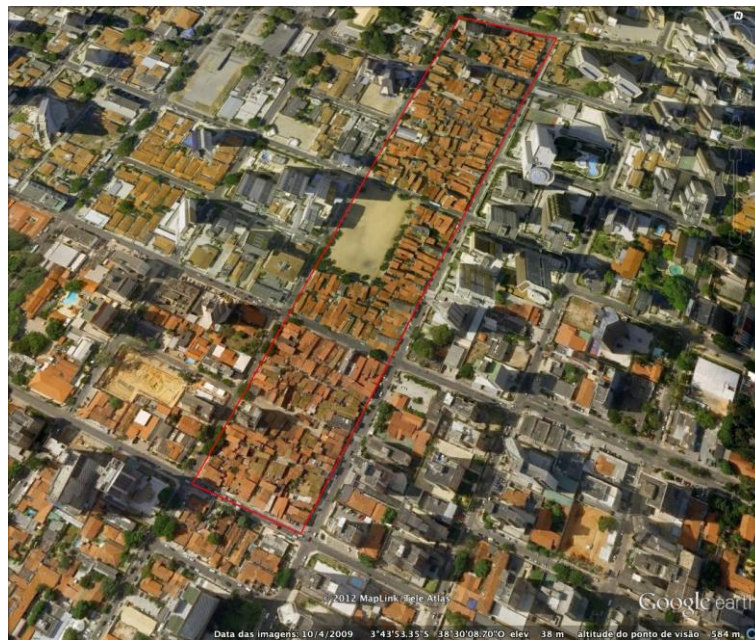
Dentre os bairros que compõem a SR II, destaca-se para este estudo a Aldeota. Historicamente tida como um bairro residencial de alta renda e reduto da burguesia fortalezense, a Aldeota foi palco de um intenso processo de alterações no seu espaço urbano, desde meados da década de 1970, transformando-se num novo centro urbano de significativa relevância na cidade e trazendo consigo as modificações inerentes a essas novas funções do bairro (comércio e serviços). Além disso, os modos de habitar se adensaram e se verticalizaram resultando em intensa alteração na fisionomia e na fisiologia do bairro. Atualmente, é uma área residencial verticalizada, com grande adensamento comercial e de serviços oferecidos a uma elite abastada, sendo responsável por importante fatia da arrecadação municipal. (DIÓGENES, 2005; 2006; FORTALEZA, s/d).

Segundo o IBGE (2010), a população residente neste bairro chega a 42.361 pessoas. Dessas, 57,6% são do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, no bairro Aldeota vivem 3.372 crianças (0 a 9 anos), 5.314 adolescentes (10 a 19 anos), 26.344 adultos (20 a 59 anos) e 7.331 pessoas com 60 anos ou mais.

O presente estudo foi desenvolvido nas três microáreas (108, 109 e 260) vinculadas à equipe Aldeota 2 (equipe 220) de Fortaleza, durante o ano de 2013, correspondentes à SR II.

De acordo com os dados informados no SIAB em outubro de 2012, nestas microáreas, habitavam 2.435 moradores em uma área delimitada geograficamente pelas ruas Costa Barros, José Vilar, Deputado Moreira da Rocha e Nunes Valente (Figura 02).

Figura 02: Fotografia em 3D com delimitação espacial das microáreas 108, 109 e 260 entre as ruas Costa Barros, José Vilar, Deputado Moreira da Rocha e Nunes Valente, Fortaleza, Ceará, 2012



Fonte: Google Earth

Essas microáreas representam uma área de discrepância e segregação socioespacial, visualizada na Figura 03, em relação ao seu entorno: a Comunidade do Campo do América. Um dos redutos das classes menos abastadas, essa comunidade está incrustada meio à área nobre do bairro Aldeota e em fronteira com outro bairro bastante elitizado da capital, o Meireles. Neste, boa parte da população de melhor poder aquisitivo da cidade está

concentrada e a faixa de praia, correspondente à Avenida Beira Mar, abriga edifícios luxuosos e uma rede de restaurantes e hotéis que recebem um considerável número de turistas durante todo o ano (CARVALHO ET AL, 2012).

Figura 03: Fotografia em plano plonge do Campo do América e de parte do seu entorno, Fortaleza, Ceará, 2009



Fonte: Jornal O Povo³, 18/11/2010.

Infelizmente, apesar da condição de *locus* privilegiado da Aldeota, da concentração de recursos investidos, a comunidade residente nas microáreas 108, 109 e 260 de Fortaleza não tem acesso a espaços públicos de qualidade já que no bairro não há áreas verdes públicas nem equipamentos culturais significativos, a oferta dos serviços está dirigida às classes mais abastadas e aos turistas e o espaço urbano está organizado de maneira a atender, preferencialmente às necessidades da população mais elitizada (DIÓGENES, 2005 CARVALHO ET AL, 2012).

Ainda ao decorrer sobre território, mas agora com outro enfoque, emerge a necessidade de abordar a classificação de risco das microáreas de atuação de equipes de saúde da família. Sobre esse tema, Monken e Barcellos (2007: p.215) afirmam que

dentre os territórios definidos pelo PSF, a chamada microárea de risco constitui-se, sem nenhuma dúvida, a mais polêmica e de difícil definição quanto à sua delimitação territorial. Área prioritária para as ações do PSF tem como definição de sua extensão de intervenção as especificidades socioambientais, econômicas e culturais, que delimitam desigualdades territoriais. O PSF deve procurar atuar em territórios onde as condições de urbanização são piores do ponto de vista ambiental e de infraestruturas de saneamento, redes de transporte, serviços públicos e de renda definidos através, portanto, das suas condições de vida e situação de saúde. São

³ Fotografia de Francisco Fontenele feita em 22/01/2009, publicada em 18/11/2010. Disponível em: <http://blog.opovo.com.br/blogdoeliomar/campo-do-america-e-o-jogo-do-empurra/plano-diretor-de-fortaleza/>

áreas ‘segregadas espacialmente’ que circunscrevem uma área de atuação para a equipe de saúde, por se tratarem de contextos de vulnerabilidade para a saúde.

Em 2005, aconteceu, no município de Fortaleza, um processo de territorialização realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com base na cartografia utilizada pelos distritos técnicos de endemias em cruzamento com as informações contidas nos setores censitários do IBGE. A partir da análise dos dados, cartográficos, socioeconômico, educacional e de infraestrutura, profissionais do então Programa Saúde da Família (PSF) e técnicos da SMS identificaram 2.627 microáreas, dividiram e classificaram a cidade em quatro níveis de risco de acordo com sua localização e perfil socioeconômico conforme o Quadro 01.

Quadro 01: Tipos de microáreas por classificação de risco utilizada em Fortaleza, Ceará, 2005

MICROÁREAS	DEFINIÇÃO
Risco tipo 1	Definidas como as áreas de risco que são cadastradas pela defesa civil municipal somadas às áreas de risco social elevado (áreas sem pavimentação, habitações em áreas irregulares e desordenadas, e comunidades historicamente conhecidas na cidade como “favelas”) nestas áreas a distribuição de pessoas por cada microáreas ou território de atuação do agente de saúde é de cerca de 500 pessoas;
Risco tipo 2	São definidas como as áreas de vizinhanças das áreas de risco, mas que não possuem suas características peculiares. São áreas de população de baixa renda, porém contam com recursos sociais básicos como água, pavimentação, casas de tijolos, ruas definidas. Nestas áreas a distribuição de pessoas é de cerca de 700 pessoas.
Risco tipo 3	São definidas como as áreas onde sua população residente possui acesso a escola, lazer e trabalho e a condições de habitações que podem ser próprias ou alugadas. Nestas áreas a população possui telefone, água tratada, acesso a rede de esgoto. A distribuição de pessoas é, aproximadamente, de 1000 para cada microárea.
Risco tipo 4	São formadas pelos grandes condomínios fechados da cidade e dos bairros nobres onde o padrão das habitações é peculiar da classe média alta. Estas áreas se caracterizam pelo padrão arquitetônico de alto nível e por sua localização privilegiada. Essas áreas não são acompanhadas por agentes comunitários de saúde.

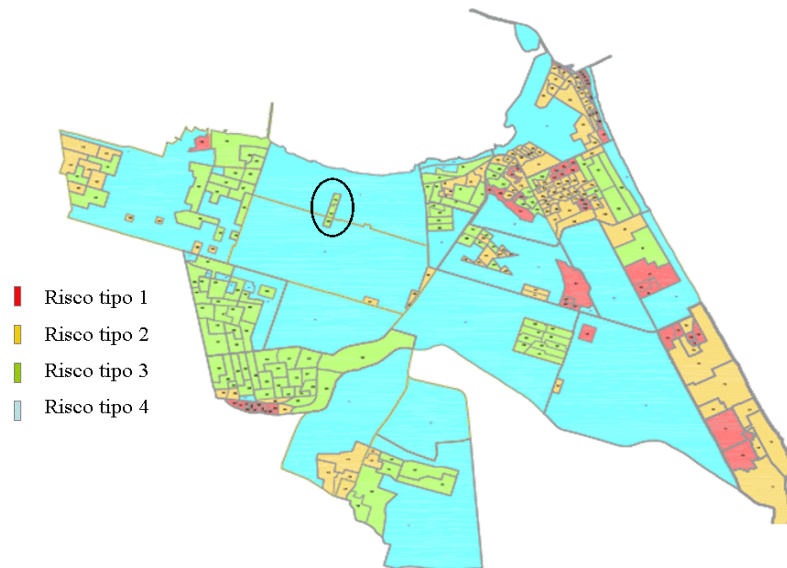
Fonte: Diário Oficial do Município de Fortaleza nº 13.306 de 12/04/2006.

Com essa divisão, as 291 microáreas da SER II foram elencadas da seguinte forma:

- ⇒ 52 microáreas de risco tipo 1;
- ⇒ 106 microáreas de risco tipo 2;

⇒ 105 microáreas de risco tipo 3 e
 ⇒ 27 microáreas de risco tipo 4,
 e cuja distribuição no território está representada na Figura a seguir.

Figura 04: Representação esquemática das microáreas segundo tipo de risco no território da SER II, Fortaleza, Ceará, 2012



Fonte: Célula da Atenção Básica / Distrito de Saúde da Regional II.

A partir do critério de risco, as referidas microáreas em que se investigou, foram classificadas em risco tipo 3.

A territorialização, um dos pressupostos básicos do trabalho em saúde da família, agrega, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares. Além de demarcar os limites das áreas de atuação dos serviços, ela ajuda a reconhecer o ambiente, sua população e a dinâmica social existente na área e permite estabelecer relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de saúde de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006; MONKEN e BARCELLOS, 2007).

No tocante aos serviços de atenção básica à saúde ofertados pelo município de Fortaleza para os moradores das microáreas 108, 109 e 260, eles estão centrados no Centro de Saúde da Família Miriam Porto Mota, localizado na Rua Coronel Jucá, nº 1.636, também na Aldeota.

Em uma simulação, utilizando a ferramenta “como chegar” do *Google Maps*⁴, tendo como ponto de partida (A) o endereço “Rua José Vilar, 660, Fortaleza, Ceará”, escolhido numa tentativa de reproduzir um ponto mediano entre as três microáreas 108, 109 e 260, e como ponto de chegada (B) o endereço “Rua Coronel Jucá, nº 1636, Fortaleza, Ceará”, utilizando a opção de simulação de caminhada a pé, foi obtido um mapa com o seguinte trajeto:

Figura 05: Mapa com simulação de trajetória a pé entre o Campo do América e o CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará, 2012



Fonte: Google Maps.

Ainda resultando desta simulação, foram obtidas as seguintes informações:

- ⇒ A distância entre os pontos “A” e “B” é de 2,8 km;
- ⇒ O percurso, se feito a pé, é concluído em aproximadamente 36 minutos.

⁴ O Google Maps é uma ferramenta de geração e visualização de mapas imagens de satélite da Terra via web, gratuita, criada pela empresa Google Inc. em fevereiro de 2005. Fonte: <http://googleblog.blogspot.com.br/2005/02/mapping-your-way.html#!/2005/02/mapping-your-way.html> e <http://www.google.com/intl/pt-BR/about/company/history/> acessado em: 28 de novembro de 2012.

4.3 População, tamanho da amostra e amostragem

Em outubro de 2012, o número de pessoas residentes nas microáreas 108, 109 e 260 do município de Fortaleza cadastradas por agente comunitário de saúde (ACS) na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era 2.435. Essa população estava distribuída em 677 famílias também cadastradas pelas ACS.

A ESF prevê a adscrição de clientela à equipe e à unidade de saúde (Sousa e Hamann, 2012). Ou seja, prevê uma equipe de saúde responsável pelas famílias residentes em determinado território, com estabelecimento de vínculo. Neste caso, as famílias estão adscritas à equipe 220 (equipe Aldeota 2) do CSF Miriam Porto Mota, Regional II.

A tabela que se segue demonstra a distribuição do número de famílias e de indivíduos cadastrados no SIAB por microárea de adscrição da equipe Aldeota 2.

Tabela 01: Número de famílias e de pessoas cadastradas residentes nas microáreas 108, 109 e 260 de Fortaleza, Ceará, outubro de 2012

Microárea	Nº de famílias Cadastradas	Nº de pessoas cadastradas
108	210	842
109	248	768
260	219	825
Total	677	2.435

Fonte: Fichas A do SIAB, outubro de 2012.

Considerando que para a Estratégia Saúde da Família o menor nível de atenção é a família (MONKEN e BARCELLOS, 2007), esta pesquisa entendeu como população-fonte as famílias cadastradas no SIAB residentes nas microáreas 108, 109 e 260. Cada uma dessas famílias constituiu uma unidade elementar para este estudo. Logo, nesta pesquisa, $N = 677$.

Para o cálculo amostral dessa pesquisa, considerou-se a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

em que n é amostra calculada, N é a população total do universo da pesquisa, Z é a variável associada ao nível de confiança, que para esta pesquisa foi de 95% e o e se refere ao erro

amostral considerado aqui em 5%. Ao final, foram adicionados 10% do tamanho inicial, para eventuais perdas amostrais, o que resultou em uma amostra de 270 famílias.

Para a amostragem, fez-se necessário determinar o processo de seleção de amostra a ser utilizado, em que optou-se pela amostragem sistemática (AS).

Esta é uma variação da amostragem aleatória simples, porém é de mais fácil execução e menos sujeita a erros, em que fornece informações mais precisas a um custo menor (LUIZ ET AL, 2005).

Para esse processo de seleção de amostra sistemática, a ficha A de cada família representou um elemento da população, visto que para toda família cadastrada nas microáreas 108, 109 e 260 há uma ficha A correspondente; e foram seguidos os passos seguintes:

- cada ficha A foi enumerada de 1 até N , ou seja, de 1 até 677 (que é o tamanho da população do estudo);
- foi definido o intervalo de seleção da amostra: $a = N/n$. Aqui $a = 677 / 270 = 2,5$. Considerou-se $a = 2$;
- escolha do número aleatório r (que neste caso deveria ser 1 ou 2) para início da seleção da amostra. Por sorteio, o número escolhido foi o 2;
- identificação das famílias que fariam parte da amostra. A primeira família foi aquela assinalada pelo mesmo valor de r ($r = 2$) e as demais respeitaram um intervalo correspondente ao valor de a ($a = 2$). Portanto, como $r = 2$, as famílias da amostra foram as enumerados em 2, 4, 6, 8...

Desta forma, ao fim das 677 famílias cadastradas, a amostra do estudo foi escolhida, com a seleção de 270 famílias.

4.4 Instrumento de pesquisa e estudo piloto

Foi elaborado um questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas (Apêndice A), que foi validado na fase do projeto piloto através da reavaliação de 10% do total da amostra. Este instrumento levou em consideração características do serviço e da população e os objetivos da pesquisa. Esse instrumento foi adaptado a partir de um outro que fora idealizado e aplicado em estudo prévio por Bonello (2012).

As questões fechadas apresentavam alternativas de escolha pelos moradores no momento da entrevista; já as questões abertas foram respondidas de acordo com a expectativa e a percepção do entrevistado.

A variável resposta deste estudo foi a informação do entrevistado ao responder a seguinte pergunta: “Procura a unidade de saúde como primeira opção, quando alguém na família precisa de atendimento de saúde?” A questão permitia as respostas sim e não. Caso a resposta fosse negativa, o entrevistado deveria informar os motivos de não procurar primeiro esse serviço de saúde.

As variáveis independentes a que foram investigadas abrangiam as características da oferta do serviço de saúde que facilitam ou dificultam o seu uso pelos clientes (variáveis geográficas e sócio-organizacionais). Foram também incluídas variáveis demográficas, socioeconômicas, morbidades, composição familiar, uso do serviço de saúde, costumes individuais com influência no acesso e uso dos serviços de saúde.

As variáveis “socioeconômicas” e “demográficas” foram: a data de nascimento (dia/mês/ano); idade (anos completos); sexo (masculino ou feminino); cor (autorreferida); ocupação (segundo a Classificação Brasileira de Profissões); escolaridade (anos completos de estudo); convênio médico (sim ou não); se sim, o entrevistado precisava informar qual o convênio, tipo do convênio e a disponibilidade de cobertura para todos os membros da família; renda familiar (salários mínimos); disponibilidade de computador no domicílio (sim ou não); disponibilidade de acesso à Internet no domicílio (sim ou não); disponibilidade de automóvel no domicílio (sim ou não); microárea de residência (108, 109, 260); naturalidade (cidade e estado); tempo de moradia no bairro (dias, meses ou anos).

As variáveis relacionadas à “composição familiar”: estado civil (casado, solteiro, amasiado, viúvo, divorciado, separado e outros); número de moradores no domicílio (total de moradores).

A variável “morbidade” dizia respeito à presença de problema de saúde grave (sim ou não). Em caso afirmativo o entrevistado informará qual(is) a(s) doença(s) presente(s).

A variável “uso dos serviços de saúde” seria alcançada mediante as respostas às seguintes perguntas: “Você ou alguém na família consultou o médico ou foi à unidade por outro motivo nos últimos 6 meses?” Se a resposta fosse afirmativa, o entrevistado responderia às questões: “Quantas vezes você ou alguém na família consultou o médico ou foi à unidade nos últimos 6 meses?” e “Qual o motivo que você ou alguém na família foi ao posto de saúde

nos últimos 6 meses?” Para essas respostas, foi necessário que o entrevistado informasse o número de vezes que usou a unidade de saúde e o motivo pelo qual fez uso do serviço.

As variáveis relacionadas aos “costumes individuais com influência no acesso e no uso dos serviços de saúde” foram investigadas a partir das respostas às seguintes perguntas: “Frequenta algum espaço social no bairro?” Se a resposta fosse afirmativa, o entrevistado deveria informar qual espaço social costumava frequentar; “Frequenta as atividades realizadas pelo Posto de Saúde do bairro?” Em caso de resposta negativa, o entrevistado diria o motivo pelo qual não participava das atividades; “Procura outros serviços para resolver seus problemas de saúde?” Se a resposta fosse afirmativa, o entrevistado precisaria informar quais são os outros serviços procurados para resolver seus problemas de saúde.

As variáveis de ordem “geográfica” foram analisadas a partir das às seguintes perguntas: “Quais as dificuldades para chegar à unidade de saúde?” que ensejou que o entrevistado relatasse as possíveis dificuldades, “Qual o tempo gasto para chegar (trajeto) à unidade de saúde?” Para essa resposta, era necessário que o entrevistado informasse o tempo gasto para chegar ao posto de saúde (tempo de trajeto – do domicílio ao posto de saúde); “O que acha da localização da unidade de saúde?” Para esta questão, foi necessário que o entrevistado, primeiramente, classificasse (ótimo, bom, regular, ruim, péssimo) e, em seguida, elaborasse e expressasse a sua percepção (comentários) em relação a esse aspecto.

As variáveis “sócio-organizacionais” foram alcançadas a partir das seguintes perguntas: “Quais as dificuldades para conseguir o agendamento da consulta com o profissional?” Para a resposta, se fez necessário que o entrevistado relatasse suas dificuldades; “Quanto tempo você tem que esperar para ser atendido pelo profissional?” A resposta informou o tempo de espera para ser atendido; “O que acha do tempo de espera para ser atendido pelo profissional?” Para conferir resposta a esta questão, o entrevistado deveria expressar a sua percepção (comentários) em relação ao tempo informado; “O que acha do espaço físico da unidade de saúde?”; “O que acha do atendimento da unidade de saúde?”; “O que acha da rotina de trabalho da unidade de saúde?”; “O que acha do horário de funcionamento da unidade de saúde?”; “O que acha dos profissionais (inclusive o profissional médico) da unidade de saúde?” Para todas essas questões foi solicitado que o entrevistado, primeiramente, classificasse os aspectos abordados (ótimo, bom, regular, ruim, péssimo) e, em seguida, expressasse a sua percepção (comentários) em relação também a esses aspectos.

Em relação ao alcance dos objetivos desta pesquisa, as variáveis “costumes individuais com influência no acesso e no uso dos serviços de saúde” subsidiaram a identificação das portas de entrada da população residente em três microáreas aos serviços de saúde em Fortaleza, Ceará. Para averiguação dos motivos do não acesso e para a verificação de barreiras que dificultem o acesso da população do estudo ao CSF Miriam Porto Mota, foram consideradas as variáveis de ordem “geográfica” e “socio-organizacionais”.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista, com aplicação do instrumento com os moradores das microáreas 108, 109 e 260, vinculadas à equipe Aldeota 2, no seu próprio domicílio, no horário de trabalho habitual da unidade de saúde e nos finais de semana. Devido à complexidade do instrumento, as entrevistas foram realizadas somente pela pesquisadora.

Contudo, por orientações tácitas dos demais membros da equipe 260, principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde, a pesquisadora não deveria circular desacompanhada de uma ACS em alguns endereços das três microáreas.

Seguindo a seleção da amostra, foi criada uma listagem contendo o número da microárea, o número da família e seu respectivo endereço. Essa lista serviu de orientação para a escolha do percurso seguido pela pesquisadora e para a determinação dos períodos em que haveria o apoio da ACS para o andamento das entrevistas.

Inicialmente, a amostra selecionada continha 270 famílias. No entanto, ao final das entrevistas, foram obtidos 243 questionários considerados válidos, mediante outros 23 inválidos. Estes últimos corresponderam aos domicílios vazios ou cuja natureza de ocupação não era mais para fins residenciais.

Como essa pesquisa teve como elementos as unidades familiares, foi considerado apenas um ente familiar morador da residência maior de 18 anos para conceder as respostas do questionário. No caso de existir mais de um indivíduo que atendesse a essas condições, a família faria a escolha de quem responderia ao questionário.

4.6 Processamento e análise de dados

Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) são sistemas de informações, desenvolvidos sobre um programa de computador, que permitem tratar dados das mais diversas fontes, além de processá-los, armazená-los, recuperá-los e analisar os mesmos, gerando informações e apresentando resultados em formato passível de ser compreendido pelo usuário através de um ambiente integrado. Ou ainda, os SIG podem ser tidos como sistemas, ou conjuntos de ferramentas, capazes de coletar, armazenar, analisar e exibir dados espaciais ou não-espaciais que representam algum aspecto, fato ou local do mundo real (PORTUGAL, 2003; BONGIOLO, 2010).

As temáticas ‘território’ e ‘tecnologia de informação’ tem sido consideradas pertinentes e atuais. Os SIG possuem a capacidade de gerenciamento de dados complexos, pautados em componentes geográficos do território. O SIG constitui-se, pois, em uma estrutura de processamento de dados que permite a captura, armazenamento, manipulação, análise, demonstração e relatos de dados referenciados geograficamente (MEDRONHO, 1995). Em suma, os “SIG são sistemas computacionais, usados para o entendimento dos fatos e fenômenos que ocorrem no espaço geográfico” (PINA e SANTOS, 2000: p;14).

Na área da saúde, com ênfase na saúde das coletividades, o uso de SIG vem sendo estudado e aplicado mais intensamente desde a década de 1990. Isso se deve à observância de que os benefícios obtidos com seu uso tem sido de grande valor para a melhoria dos serviços de Saúde Pública (PINA e SANTOS, 2000).

As técnicas de geoprocessamento das informações vêm sendo utilizadas nas instâncias do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, além de serem consideradas como ferramentas importantes de análise das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde. O geoprocessamento pode, também, ser utilizado na análise dinâmica da difusão espacial das doenças e suas relações com o ambiente, com excelente resolução gráfica; na avaliação da situação de saúde das populações e na identificação dos grupos e regiões com risco de adoecimento (MEDRONHO & WERNECK, 2004), além de sua real potencialidade de contribuir para a otimização do SIAB (PORTUGAL, 2003).

De toda forma, parece claro que o uso de um Sistema de Informações Geográficas beneficie o tratamento eficiente das questões ligadas à cobertura geográfica dos serviços de saúde (VILLAR ET AL, 2012).

Para alcançar objetivo proposto, foram utilizadas as bases georreferenciadas do Município de Fortaleza para o ano de 2012, obtida junto ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Ceará, que continha dados sobre ruas e linhas de transporte público urbano. Foi utilizado também o *software* Arcgis® (<http://www.esri.com/software/arcgis/index.html>) instalado no Laboratório próprio para análise dos dados naquele Departamento, e executado conjuntamente com pesquisador responsável.

Os dados coletados através do instrumento foram inseridos em planilhas do programa Excel®. Os endereços dos serviços de saúde apontados nas entrevistas foram marcados num programa de georreferenciamento (Google Earth) e salvos em formato de arquivo usado para exibir dados geográficos em um navegador da Terra, o KML (Keyhole Markup Language).

Tais dados foram então importados para os programas do Arcgis®, convertidos em formato de *shapefile*, permitindo a geração de mapas georreferenciados que permitiram identificar os serviços de saúde de Fortaleza que funcionam como porta de entrada da população residente nessas três microáreas da Regional II.

Para as informações oriundas das questões abertas e comentários relacionados a algumas questões objetivas, optou-se por categorizar as respostas após consecutivas leituras do conteúdo dos questionários preenchidos. Essa técnica de agrupamento de ideias ou expressões contidas nas respostas, permitindo, então, uma classificação delas na busca da compreensão dos significados contidos em tais respostas fora descrita por Minayo (2010).

Os resultados foram organizados em tabelas, com as frequências absolutas e percentuais. Calcularam-se as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Fez-se a comparação de proporções pelos testes de Qui-Quadrado e de razão de verossimilhança, quando se considerou como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS versão 20.0, licença 10101131007.

4.7 Considerações éticas

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado no parecer de número 480.850. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do

CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Cabe esclarecer que o presente estudo é considerado uma investigação com riscos mínimos, pois não se realizará nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente participantes da pesquisa.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos serão mantidas em sigilo. Os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice B) que deveria ser lido e assinado. A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pela pesquisadora e orientadora.

Para a realização da pesquisa de campo foi feito contato prévio com a equipe gestora do município eleito para campo do estudo. A pesquisa de campo só foi iniciada após a manifestação de acordo da Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) e após o parecer favorável do comitê de ética ao qual este estudo foi submetido.

Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade. À luz dos princípios éticos, a pesquisa procurou integrar o ensino e serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva. A integração entre teoria e prática tem como objetivo desenvolver uma pesquisa aplicada que contribua no processo de tomada de decisão, no planejamento e aprimoramento das políticas públicas de saúde e na articulação da formação acadêmica e as necessidades do SUS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho está baseado no Portaria Normativa no. 07, de 22 de junho de 2009, que dispõe sobre Mestrado Profissional no âmbito da Fundação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, no parágrafo 3º, do artigo 7, que assevera que “ O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura artigo, patente [...]”, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, página 31, de 23 de junho de 2009 (ANEXO C).

Assim sendo, esta dissertação é composta de dois artigos científicos, em que um foi submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (ANEXO D) e outro que será submetido ao mesmo periódico, conforme descrito abaixo:

Artigo 1:

Dificuldades e barreiras associadas ao acesso à atenção primária à saúde em microáreas de uma capital do Nordeste brasileiro.

Marise Cristiane Rocha Lima Thé; Paulo César de Almeida; Andréa Silvia Walter de Aguiar

Artigo 2:

O uso de Sistema de Informação Geográfica na análise do acesso ao sistema de saúde de uma comunidade do Nordeste brasileiro.

Marise Cristiane Rocha Lima Thé; Paulo César de Almeida; Clarissa Figueiredo Sampaio Freitas; Raquel Chaves Costa Lima. Andréa Silvia Walter de Aguiar

5.1 Artigo submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health (CSP).

Dificuldades e barreiras associadas ao acesso à atenção primária à saúde em microáreas de uma capital do Nordeste brasileiro.

Difficulties and barriers associated with accessibility to Primary health care in a capital in the brazilian Northeast.

Dificultades y barreras asociadas con el acceso a la atención primaria de salud en las micro-áreas de una capital del Nordeste brasileño.

Marise Cristiane Rocha Lima Thé^I; Paulo César de Almeida^{II}; Andréa Silvia Walter de Aguiar^{III}

I - Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Colaboração: MCR Lima Thé participou da concepção, planejamento, desenho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e elaboração do manuscrito.

II - Doutor em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará.

Colaboração: PC de Almeida participou da análise e interpretação dos dados.

III - Doutora em Odontologia – FOP-UPE. Universidade de Federal do Ceará.

Colaboração: ASW Aguiar participou da definição do desenho metodológico, análise, discussão dos resultados, elaboração e revisão final do artigo.

Resumo

O estudo analisa o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde em três microáreas de Fortaleza. Seus objetivos são identificar componentes de acesso que influenciam na utilização desses serviços pelos moradores das microáreas, conhecendo os motivos do não-acesso à unidade de saúde do bairro, as barreiras que dificultam o acesso e as portas de entrada no sistema de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado no ano de 2013. Foram entrevistadas 247 famílias. Delas, 62,3% não tem o posto do bairro como local de primeira procura em caso de necessidade. A distância e a facilidade de acesso a outro centro de saúde foram os principais motivos para isso. A distância (50,2%), o transporte (45,2%) e o desconhecimento sobre localização e funcionamento do posto (21,0%) foram as dificuldades mais frequentes. Esta pesquisa aponta a necessidade de

um estudo mais criterioso do território de atuação da equipe da ESF de modo a considerarem-se as diversas barreiras que interferem no acesso dessa população aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Programa Saúde da Família.

Abstract

This study examines the accessibility to primary health care services of the population in areas of Fortaleza. Its objectives are to identify accessibility components that influence in the use of these services by the residents of these areas, exploring the reasons for non-accessibility to the health unit, the barriers that hinder the access and the ports of entry in the health care system. It is a descriptive study, quantitative and transversal, carried out in 2013. Were interviewed 247 families. Of these, 62.3% didn't view the neighborhood unit as the place of first demand in case of need. The distance and the ease of accessibility to another health center were the main reasons for this. The distance (50.2 %), transportation (45.2 %) and the ignorance about the location and opening hours (21.0 %) were the most frequent difficulties. This research points to the need for a more thorough study of the territory of actuation of the team of the FHT in order to considerer the various barriers that interfere with the accessibility of the population to health services.

Key-words: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Family Health Program

ABSTRACTO

El estudio analiza la accesibilidad de la población a los servicios de atención primaria de salud en un territorio de Fortaleza. Sus objetivos son identificar los componentes de accesibilidad que influyen en el uso de estos servicios por parte de los residentes, conocer los motivos de la no-accesibilidad a la unidad de salud del barrio, las barreras que dificultan el acceso y las puertas de entrada en el sistema de salud. És un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal realizado en 2013. Se entrevistó a 247 familias. De éstos, el 62,3 % no tenía el centro del barrio como primera búsqueda si es necesario. La distancia y la facilidad de acceso a otro centro de salud fueron las principales razones para esto. La distancia (50,2%), el transporte (45,2%) y la falta de conocimiento acerca de la ubicación y

el funcionamiento de el centro (21,0%) fueron las dificultades más frecuentes. Hay la necesidad de un estudio más cuidadoso del territorio de funcionamiento del personal del FSE a fin de considerarse los diversos obstáculos que interfieren en el acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é a possibilidade de sua utilização, em momento adequado, e expressa características da oferta que facilitam ou dificultam a capacidade de uso pelas pessoas.^{1,2} Contudo, trata-se de um conceito complexo, em que se torna difícil abordá-lo de forma isolada, pois se relaciona às necessidades de saúde, à demanda, à oferta e ao uso dos serviços.^{3,4,5}

Tema amplamente discutido na literatura, o termo acesso muitas vezes é empregado de forma imprecisa. Dependendo do olhar de quem o analisa, ao longo do tempo e de acordo com o contexto, é possível perceber variações de entendimento, de terminologia e de enfoque do seu conceito.^{6,7,8} O certo é que o acesso aos serviços de saúde está associado à organização do sistema e dos serviços de saúde, tornando-se imprescindível para que a equidade, a universalidade e os outros princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam alcançados.⁹

Para este estudo, toma-se como referencial teórico as discussões acerca do conceito de acesso e suas interrelações clientes / usuários / serviços de saúde nas suas variadas dimensões: *disponibilidade* – relação entre volume e tipo de serviços existentes em relação às necessidades, *acessibilidade* – a relação entre a distribuição geográfica da oferta e dos usuários, leva em conta os recursos para transporte, tempo de viagem, distância e os custos, *acolhimento* ou *acomodação* – representa a relação entre como os serviços se organizam para receber os clientes e a capacidade dos clientes de se adaptarem a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos, a *capacidade de compra* ou *capacidade financeira* – relação entre os custos e financiamento dos serviços, e a *aceitabilidade* – entendida como as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.^{10,6}

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde.¹⁰⁻¹³ Parte do escopo das políticas públicas de saúde, a ESF considera também a aproximação do serviço de saúde com a comunidade, quer seja pela descentralização da gestão, quer seja pela atuação do agente comunitário de saúde (ACS), que teoricamente facilita o acesso destes usuários ao serviço, já que a simples existência deste não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura.¹⁵⁻¹⁸

Para o desenvolvimento das ações da ESF, os Centros de Saúde da Família (CSF) aparecem como a instância operacional com nível próprio de atendimento da Atenção Básica

à saúde. O CSF, estrutura física para a atuação de equipes de saúde, tem como principal fundamento ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e propiciar espaço para a integração das ações programáticas e de demanda espontânea, funcionando como local de articulação das ações e do trabalho em equipe, fomentando a participação da comunidade na gestão local bem como o controle social.¹⁹

Porta de entrada pode ser compreendida como o ponto de primeiro contato, de fácil acesso, inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção, quer primária, secundária ou terciária.²⁰ *Porta de entrada* também pode ser entendida como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade.⁸

As considerações até o momento apontam para a necessidade de reconhecimento das relações da população com os serviços de saúde. Partindo da ideia do indivíduo como protagonista do sistema de saúde, também se faz necessário considerar uma dimensão política que aponte o acesso como responsabilidade do Estado e, assim, entender que a garantia de acesso aos cuidados de saúde é alcançada a partir da distribuição planejada dos recursos dos serviços, considerando para tal a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede de acordo com as demandas e necessidades da população.²¹

A observação empírica do grupo de trabalhadores de uma unidade de saúde, do qual uma das autoras faz parte, identificou que a população residente em três microáreas pouco usufririam dos serviços de saúde ofertados em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, desde a implantação das equipes de Saúde da Família (SF).

Desta forma, esta pesquisa busca compreender como se dá o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde e toma como objetivo identificar componentes de acesso que influenciam na utilização dos serviços de atenção básica por parte dos moradores de microáreas de uma das Secretarias Regionais de Fortaleza, Ceará. Pretendeu-se conhecer as portas de entrada dessa população no sistema de saúde, assim como os motivos do não-acesso dessa população aos serviços de saúde ofertados no CSF de referência e as barreiras que dificultam seu acesso ao mesmo centro de saúde.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de natureza observacional, descritiva, com abordagem quantitativa e desenho transversal. Ele foi desenvolvido durante o ano de 2013, em três

microáreas (108, 109 e 260) vinculadas à Equipe 220 da Secretaria Regional II (SR II), em Fortaleza, Ceará.

O território da saúde da SR II de Fortaleza é composto por 20 bairros dentre os quais está o bairro Aldeota que possuía uma população aproximada de 42.361 pessoas, em 2010. Dessas, 57,6% eram do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, no bairro Aldeota viviam 3.372 crianças (0 a 9 anos), 5.314 adolescentes (10 a 19 anos), 26.344 adultos (20 a 59 anos) e 7.331 pessoas com 60 anos ou mais.²² Importante salientar que é um bairro de poder aquisitivo elevado e que a renda *per capita* desse bairro era de R\$2.901,57 (dois mil, novecentos e um reais e cinquenta e sete centavos) no ano de 2012.²³

Essas microáreas representam uma área de discrepância e segregação socioespacial em relação ao seu entorno denominada de “Comunidade do Campo do América”. Um dos redutos das classes menos abastadas, essa comunidade está incrustada meio à área nobre do bairro Aldeota e em fronteira com outro bairro bastante elitizado da capital, o do Meireles. Neste último, boa parte da população de melhor poder aquisitivo da cidade está concentrada e a faixa de praia, correspondente à Avenida Beira Mar, abriga edifícios luxuosos e uma rede de restaurantes e hotéis que recebem um considerável número de turistas durante todo o ano.²⁴

De acordo com os dados informados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, em outubro de 2012, nas três microáreas retromencionadas, habitava um total de 2.435 moradores (677 famílias) distribuídos da seguinte forma: na microárea 108 havia 842 pessoas (210 famílias) cadastradas, na microárea 109 – 768 pessoas (248 famílias) e na microárea 260 estavam cadastradas 825 pessoas (219 famílias).

A ESF prevê a adscrição de clientela à equipe e à unidade de saúde.²⁵ Neste caso, as famílias estão adscritas à equipe 220 do CSF Miriam Porto Mota, que dista, aproximadamente, 2,8km das microáreas também localizado no bairro Aldeota, na SR II.

Para fins de cálculo amostral, cada uma dessas famílias constituiu uma unidade elementar para este estudo, e considerou-se a fórmula para cálculos de populações finitas. A variável associada ao nível de confiança para esta pesquisa foi de 95% e o erro amostral de 5%. Por fim foram adicionados 10% do tamanho inicial da amostra, para eventuais perdas amostrais, o que resultou em uma amostra final de 270 famílias.

Para fins de seleção da amostra, optou-se pela amostragem sistemática, em que a ficha A de cada família representou um elemento da população, a qual foi enumerada de 1 até 677. Foi definido o intervalo de seleção da amostra ($a=2$) e ao fim das 677 famílias

cadastradas, foram selecionadas as 270 famílias. Seguindo a seleção da amostra, foi criada uma listagem contendo o número da microárea, o número da família e seu respectivo endereço, a qual orientou o percurso seguido pela pesquisadora.

Foi elaborado um questionário semiestruturado que foi validado na fase do projeto piloto através da reavaliação de 10% do total da amostra. Este instrumento levou em consideração características do serviço e da população e os objetivos da pesquisa. As questões fechadas apresentavam alternativas de escolha pelos moradores no momento da entrevista; já as questões abertas foram respondidas de acordo com a expectativa e a percepção do entrevistado.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista, com aplicação do instrumento com os moradores maiores de 18 anos das três microáreas explicitadas anteriormente, no seu próprio domicílio, no horário de trabalho habitual da unidade de saúde e nos finais de semana. As entrevistas foram realizadas somente por uma única pesquisadora.

Para as informações oriundas das questões abertas e comentários relacionados, foi feita a categorização destas respostas após consecutivas leituras do conteúdo dos questionários preenchidos. Os resultados foram organizados em tabelas, com as frequências absolutas e percentuais. Calcularam-se as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Fez-se a comparação de proporções pelos testes de Qui-Quadrado e de razão de verossimilhança, quando se considerou como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS versão 20.0, licença 10101131007.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado no parecer de número 480.850. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.²⁶

RESULTADOS

Ao todo, 247 pessoas residentes nas três microáreas vinculadas à equipe 220 da Regional II de Fortaleza foram entrevistadas, visto que os demais corresponderam aos domicílios vazios ou cuja natureza de ocupação não era mais para fins residenciais e às recusas de participação neste estudo. Os 247 participantes da pesquisa foram categorizados

de acordo com a microárea de residência, em que na microárea 108 residiam 38,9% (n=96), na 109 viviam 48,6% (n=120) e na 260 moravam 12,5% (n=31) das pessoas.

A distribuição da população entrevistada segundo as características sociodemográficas e econômicas permite verificar que a idade variou de 18 a 93 anos de idade, média de idade foi de 49,9 anos (DP± 17,8), em que 67,3% das pessoas tinham idade entre 18 e 59 anos. A frequência dos entrevistados do sexo feminino e de cor autorreferida parda ou negra foi elevada. É possível ainda perceber que 47,8% dessas pessoas residiam no bairro há mais de 40 anos, que 50,1% delas eram solteiras ou separadas, que 59,5% desempenhavam o papel de “mãe” ou “avó” na família e que 42,9% delas tem entre quatro e dez anos de estudo. (Tabela 1)

As donas de casa e aposentadas representaram juntas quase a metade dos entrevistados (47,3%). Em mais de dois terços dos domicílios abordados (69,3%) habitam até quatro moradores e a renda familiar média era de até dois salários mínimos (ou mil trezentos e cinquenta e seis reais) para 55,9% das que responderam ao questionário. Quanto à disponibilidade de bens na residência, pouco mais da metade das famílias afirmaram não ter computador (53,0%) e acesso à internet (51,4%). Ainda, mais de 70% afirmaram não dispor de carro ou moto para uso familiar. Em relação à disponibilidade de convênio de saúde para algum membro da família, ampla maioria (78,7%) respondeu não possuir. (Tabela 1)

No tocante à busca do posto de saúde como porta de entrada, observou-se que cerca de dois terços (62,3%) das pessoas entrevistadas não buscavam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira escolha para os serviços de saúde cujos motivos mais elencados foram a distância (29,8%), o acesso mais fácil ao Centro de Saúde Meireles (28,5%) e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência (13,9%). (Tabela 2)

Sobre as dificuldades encontradas pelos entrevistados para chegarem ao posto de saúde adscrito, as pessoas entrevistadas tinham a possibilidade de elencar mais de uma resposta. Dentre todas as dificuldades assinaladas destacam-se a distância da residência ao posto de saúde (50,2%), os problemas relacionados ao transporte (45,2%) e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto (21,0%) foram as mais frequentes. Em relação ao tempo gasto para chegar à unidade de saúde, a maior parte dos moradores (59,7%) despendiam mais do que 30 minutos para esse deslocamento. (Tabela 2)

Para os entrevistados que utilizam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura, verificou-se que as dificuldades para se chegar à unidade de saúde foram a distância (56,9%) e o transporte (50,5%). Da mesma forma, a distância (46,1%) e o

transporte (39,6%), acrescido da desinformação (31,8%) são as razões que dificultam a ida ao posto de saúde por aqueles que não tem o CSF Miriam Porto Mota, como local de primeira procura.

Em relação à participação dos moradores das três microáreas nas atividades desenvolvidas pelo posto de saúde, 239 (96,7%) dos entrevistados responderam que não frequentavam; e quanto à participação em espaço social no bairro, 140 (56,7%) negaram tal participação. Ao serem inquiridos sobre o local que buscavam para solução de seus problemas de saúde, 216 pessoas (87,4%) afirmaram procurar outros equipamentos de saúde, quer de atenção primária, secundária ou terciária. Ao fazer a relação entre a participação dos entrevistados e a primeira procura pelo posto de saúde do bairro, é possível visualizar que 63,2% das pessoas que não participavam das atividades do posto de saúde e 65% dos que não frequentavam espaços sociais no bairro não consideravam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira escolha. Nesta tônica, percebeu-se também que 68,1% daqueles que procuravam outros serviços de saúde não tinham o posto de saúde do bairro como primeira escolha. (Tabela 3)

No que diz respeito a outras portas de entrada no sistema de saúde, as famílias residentes nas microáreas de estudo assinalaram os diversos serviços que buscavam para resolver seus problemas de saúde. Esses locais foram listados e categorizados como se observa na Tabela 4. Dentre os demais serviços, o Centro de Saúde Meireles aparece como a porta de entrada ao sistema de saúde para 128 famílias.

No tocante à percepção dos aspectos sócio-organizacionais e geográficos, que estão relacionados às diferentes dimensões do acesso, foi averiguada a existência de dificuldades para a marcação de consultas clínicas. Os dados da Tabela 5 demonstram que 40,1% dos moradores entrevistados referiram não haver dificuldades para o agendamento das consultas clínicas. Contudo, ter que ir ao posto para marcar consulta e a falta de vagas somam 50% das dificuldades atribuídas por quase um quarto dos entrevistados.

A localização do posto foi classificada como ruim por cerca de um quarto dos entrevistados. O espaço físico, o atendimento e os profissionais do posto foram considerados bons para 26,7%, 40,1% e 38% dos moradores, respectivamente. Contudo, mais da metade dos moradores não souberam avaliar o horário de funcionamento e a rotina de atendimento do CSF, por não os conhecer.

DISCUSSÃO

Existe a necessidade de se analisar a situação do acesso aos serviços sob o ponto de vista dos usuários, identificando os fatores associados a ele.^{5,27}

As desigualdades sociais, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos social e historicamente determinados, levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais, dentre os quais educação, saúde, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos. É certo que a desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas se organizam socialmente, numa estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais decorrentes das variadas relações sociais e que levam à repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens.²⁸ Diversas pesquisas brasileiras ainda revelam as iniquidades na utilização dos serviços de saúde, principalmente em relação às condições demográficas e socioeconômicas.^{29,30,31}

A maioria dos questionários foi respondida por mulheres adultas, solteiras ou separadas, de cor autorreferida parda, com tempo de moradia no bairro superior a 35 anos e com baixa escolaridade. Suas famílias procuraram algum serviço de saúde, em média, duas vezes nos últimos seis meses. O perfil domiciliar apresentado foi de famílias com mais de três pessoas (3,8 pessoas), cuja renda per capita é de R\$405,72 (quatrocentos e cinco reais e setenta e dois centavos).

A renda *per capita* encontrada nesta pesquisa é um pouco mais baixa que o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios permanentes de Fortaleza, que é de R\$450,00 (quatrocentos e cinquenta reais), em 2010. Todavia os dados referentes à posse de computador, de acesso à internet e de posse de automóvel para uso particular diferem dos encontrados no Censo do IBGE para o município de Fortaleza que são da ordem de 36,52%, 30,13% e 33,42% respectivamente.³²

Além disso, a cobertura por planos de saúde nessas microáreas, restrita a menos de um quarto das famílias, ratifica que a extensão da população coberta pelo SUS e que utiliza seus serviços não pode ser tipificada como residual.³³

Os dados econômicos ressaltam mais ainda a discrepância dessa comunidade em relação ao seu entorno: para o bairro Aldeota, onde geograficamente estão inseridas as microáreas, a renda mensal média per capita é de R\$2.901,57 (dois mil, novecentos e um reais e cinquenta e sete centavos) e para o Meireles, bairro vizinho e fronteiro às

microáreas estudadas, é de R\$3.659,54 (três mil, seiscentos e cinquenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos).²³

Já fora apontado que em áreas cobertas pela ESF há uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde³⁴ e que a existência de uma fonte regular de cuidados é importante para a implementação do acesso a esses serviços.³⁵ Contudo, apesar de existir uma unidade de saúde no bairro e de haver uma equipe de Saúde da Família para a cobertura dessa área, cerca de dois terços das famílias não procuram primeiro o posto de saúde do bairro em caso de necessidade de saúde de algum ente. Ou seja, o CSF de referência não vem funcionando como porta de entrada preferencial no sistema de saúde por essa comunidade.

Os motivos do não acesso dessas pessoas estão relacionados à distância entre as microáreas e a unidade e à existência de outro equipamento de saúde bem próximo à comunidade que, apesar de não funcionar como local da ESF, realiza atendimentos à livre demanda e também oferece consultas programadas. Outra motivação que parece implicar nesse resultado é o desconhecimento e a desinformação.

Tais resultados destoam dos alcançados por outro estudo sobre acesso à atenção básica⁵, em que 76,2% da população pesquisada consideravam o posto do bairro como local de primeira procura, mas se assemelham aos encontrados noutra pesquisa em que metade das pessoas optou por não procurar a unidade do bairro.³⁶ Este último estudo, aponta como hipótese o fato de os usuários do SUS buscarem mais os serviços de saúde por motivo de doença e optarem pela utilização mais frequente de hospitais e prontos-socorros, refletindo um pior estado de saúde decorrente de sua situação socioeconômica mais precária.

Interessante destacar que uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde demonstrou que a utilização de atenção primária é sensível à distância, para populações urbanas e rurais, mas não mostrou associação entre a distância e a acessibilidade aos serviços hospitalares agudos.²

Para percepção das dificuldades de acesso da população ao posto de saúde do bairro, mais uma vez, a distância aparece como principal barreira ao acesso. As outras dificuldades mais prevalentes foram as relativas aos meios de transporte e à falta de informação.

As dificuldades relacionadas aos meios de transporte englobam o fato de não existir linha de transporte público coletivo que faça um trajeto direto da comunidade às imediações do posto de saúde - o que obriga o morador a utilizar dois ônibus, passando por um terminal de linhas, para chegar às proximidades do local - e a necessidade de dispor de

dinheiro para o custeio desse transporte. Estão, portanto, associadas à acessibilidade e à capacidade de compra, duas dimensões do acesso.

Dois estudos em municípios do Nordeste do Brasil, um sobre acessibilidade à atenção primária e outro sobre modelos de atenção e gestão, trazem relações distintas. Um deles apontou que o fato de não existir nenhum transporte coletivo direto para a unidade de saúde e os custos relacionados ao deslocamento não aparecem como importantes problemas de acesso,²⁷ enquanto outro mostra que o transporte público agrega custo ao usuário e, portanto, caracteriza-se como dificuldade de acessibilidade.³⁷ Este último ainda traz explicitamente que o tempo de deslocamento superior à média ideal de 15 minutos é uma importante barreira ao acesso.

No presente estudo, cerca de 46% dos moradores referiu gastar de 30 a 60 minutos com o deslocamento e 14% referiram despende mais de uma hora no trajeto. Logo, o tempo de deslocamento da residência até a unidade também representa uma barreira ao acesso para os moradores da área.

Dentre as dificuldades apontadas, a falta de informação ficou explícita também quando da classificação dos aspectos de ordem geográfica, estrutural e organizacional da oferta dos serviços. Esta desinformação pode ser verificada quando mais da metade dos participantes desconhecia o horário de funcionamento e a rotina de atendimento da unidade de saúde. Ou ainda, quando um terço das pessoas também não sabia a localização do posto, não conheciam seu espaço físico ou os profissionais que lá trabalhavam. Ou seja, a maioria dos entrevistados não sabia qual era ou não conhecia o posto de referência para os cuidados de saúde. Muitos nunca foram à unidade de saúde e, portanto, não a percebiam como local para promoção e cuidado de saúde da sua família.

A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los.⁷ As estratégias utilizadas para garantir o acesso à atenção primária à saúde e para que os CSF se constituam como referência e primeiro contato da população com a rede de saúde, variam de acordo com as realidades municipais e regionais.³⁸

Localmente, o reconhecimento do território de atuação de cada equipe, parece fundamental para a caracterização da área a ser atendida. Esse processo de territorialização, todavia, deve extrapolar a mera representação da superfície e deve alcançar a caracterização do espaço político e social, que traz consigo a expressão das condições e hábitos de vida da população e as situações que interferem no dia a dia da comunidade local.³⁹ Reconhecer a

dinâmica social e política das áreas de atuação é, portanto, a primeira etapa para um aperfeiçoamento das práticas de trabalho das equipes da ESF nestes territórios.⁴⁰

O uso do conceito de espaço consagrado a fins administrativos na dimensão da gestão dos serviços de saúde, sobretudo no contexto da atenção básica, tende a reduzir a capacidade de análise das várias expressões e características de vida das pessoas que emergem num dado espaço. Isso limita o potencial de identificação das questões de saúde bem como as possibilidades de intervenção na realidade cotidiana do coletivo.⁴¹

Para o território considerado nesta pesquisa, a territorialização ainda vigente foi realizada em 2005. Desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde, ela teve como base a cartografia utilizada pelos distritos técnicos de endemias e seu cruzamento com as informações dos setores censitários do IBGE. Sua finalidade parece ter sido voltada apenas à quantidade de população para o desenvolvimento de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de classificação ou identificação deles por ações ou problemas de saúde. Isso acaba por limitar a eficácia da atuação das equipes da ESF.⁴⁰

Reconhecido como um elo entre a comunidade e os componentes do sistema de saúde, o agente comunitário de saúde (ACS) desempenha papel importante para a vinculação da população à equipe e aos equipamentos de saúde.^{40,42} A ausência do ACS na territorialização das três microáreas estudadas pode ter influenciado de forma negativa o processo, não possibilitando a caracterização do território vivo, sua relação com componentes do acesso aos serviços de saúde e dificultando o estabelecimento de vínculo entre a comunidade e o equipamento de saúde que lhe fora atribuído.

Por outro lado, o Centro de Saúde Meireles, porta de entrada para mais da metade da população entrevistada, é considerado como referência de local de atendimento para essa comunidade. Não houve a intenção de se averiguar o porquê, contudo, duas hipóteses podem ser consideradas. A primeira diz respeito à sua localização geográfica que, devido à maior proximidade das residências pesquisadas, permite melhor acessibilidade e exige menor tempo de deslocamento. A segunda refere-se ao fato de que este Centro começou seu funcionamento há um tempo superior ao da implantação da ESF em Fortaleza.

As demais portas ao sistema de saúde identificadas nos resultados desta pesquisa retratam que a procura se dá preferencialmente pelos serviços de pronto atendimento, quer seja nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quer seja nas urgências e emergências dos hospitais. O que corrobora com a hipótese de outro estudo³⁶ que aponta que a busca pelo

serviço de saúde se dá por motivo doença, pela procura de uma cura e não pela promoção da saúde.

Talvez tal fenômeno decorra da concepção biomédica e hospitalocêntrica ainda vigente.¹ Talvez seja o reflexo de um sistema fragmentado, fortemente hegemônico, cujos pontos de atenção à saúde se encontram isolados e incomunicados, e são, portanto, incapazes de oferecer uma atenção contínua à população. Essa fragmentação do sistema de saúde conduz suas ações curativas para os indivíduos, e não para as coletividades, de forma episódica e reativa, condicionadas pela procura do paciente.^{2,1}

Frente a isso, ressalta-se a importância da ESF para a reorientação das práticas de saúde de forma integral e contínua, aproximando-as da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS.³⁹ Grifa-se a promoção da saúde como sustentáculo do trabalho das equipes de SF. Reforça-se a necessidade de a atenção básica exercer o papel de primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde⁴⁴, funcionando assim como a porta de entrada mais próxima das famílias e comunidades, garantindo seu acesso ao sistema de saúde.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

As portas de entrada dos moradores das microáreas 108, 109 e 220 da SR II de Fortaleza no sistema de saúde não estavam centradas na atenção básica de saúde. O posto de saúde do bairro funcionava como porta de entrada para cerca de apenas um terço dessa população.

Os motivos para o não acesso dos outros dois terços eram a distância, o acesso mais fácil a outro centro de saúde e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência.

Foram apontadas como barreiras de acesso dessa comunidade ao Centro de Saúde da Família do bairro a distância da residência até o local, os problemas relacionados ao transporte, o tempo de deslocamento e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto.

Até a finalização desta pesquisa, o conhecimento que se tinha estava baseado na observação empírica e estava centrada na óptica da gestão e dos trabalhadores de saúde.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de um estudo mais criterioso do território de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família de modo a

considerarem-se as barreiras físicas, sociais, econômicas e organizacionais que interferem no acesso dessa população aos serviços de saúde, principalmente no primeiro nível de atenção. Esse processo deve envolver profissionais, gestores e, indubitavelmente, representantes da comunidade de modo a possibilitar uma visão ampliada das necessidades e o planejamento adequado da oferta dos serviços.

Por acreditar que possa impactar positivamente na qualidade de vida dessa comunidade, recomenda-se ainda a intensificação do trabalho de comunicação social, seja através de mídias sociais ou pela atuação mais eficaz do agente comunitário de saúde junto às famílias, de modo a dirimir as dificuldades de acesso ocasionadas pela desinformação.

REFERÊNCIAS

1. Mishima SM *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* n.18, v.3, mai-jun, 2010.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
3. Ojanuga DN, Gilbert C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 35, n.4, p.613 – 617. 1992.
4. Puentes–Markides C. Women and Access to health care. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 619 – 626. 1992.
5. Bonello AALM. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. Campinas, SP: [s.n], 2012.
6. 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; 1996. p.177-198.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* v.20, supl. 2, p. 190-198. 2004.
8. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1). p.161-170, 2010.
9. Santos NR. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. *O mundo da saúde.* n.34, v.1, p. 8-19. jan-mar, 2010.

10. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definitions and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 19 (2), p.127-40. Feb.1981.
11. Vasconcelos CM de, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS *et al*. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.531 – 562.
12. Andrade EN de, Andrade EO. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Revista Bioética*. 2010; 18 (1): 61 – 74
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool PCAtool* – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
14. Souza MF. A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários. 2010. 95 p. Dissertação, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/ USP. Ribeirão Preto, 2010.
15. Lora AP. Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP. *Revista Brasileira de medicina de Família e Comunidade*. [S.1], v.3, n.11, p.220, Nov.2010. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/342>>. Acesso em: 05 Set.2012.
16. Vargas AMD *et al*. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300024&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 mar. 2014.
17. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI de, Conill EM, Cunha EM da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002 Disp. Em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20Oem%20Debate_n60.pdf#page=40 Acessado em: 28 Out. 2012.
18. Garrocho C. Análisis de La accesibilidad a los servicios y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación em el contexto del Estado de México. In: *Estudios demográficos y urbanos*. v. 8, no. 2 (23) mayo-ago. 1993, p. 427-444.
19. Ministério da Saúde (Brasil). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília, 2009. 481 p.

20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
21. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(3):815-823
22. IBGE. Censo 2010. Dados populacionais por bairro de Fortaleza. Disp. em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/simSinasc/pupulacaoSexoBairro?ser=2&tipo>
≡ Acessado em 16 Out. 2012
23. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Perfil municipal de Fortaleza. Tema VII: Distribuição espacial da renda pessoal. Informe. Edição especial. n. 42, out 2012.
24. Carvalho CN, Silva V da, Falcão ÂM. O bairro do Meireles e a comunidade do Campo do América: conflitos e contradições deste espaço urbano. In: XVII Encontro Nacional de Geógrafos - XVII ENG Belo Horizonte – 22 a 28 de julho de 2012 UFMG – Campus Pampulha. Disp. em: <http://www.eng2012.org.br/trabalhos-completos?start=360> Acessado em: 04 Nov. 2012
25. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2012. p. 1325-1335. Disp. em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso Acessado em: 14 Out. 2012.
26. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013.
27. Silva Júnior ES *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S50 S49-S60 nov., 2010;
28. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.37, n.99, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=pt&nrm=iso. acesso em 05 mar. 2014
29. Dias-da-Costa JS *et al.* Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):868-876, mai, 2011

30. Mishima SM, Paula VG, Pereira MJB, Almeida MCP, Kawata LS. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev esc Enferm* 2010; 44(3):766-773IBGE.
31. Oliveira LS *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3047-3056, 2012.
32. IBGE. Censo Demográfico 2010: resultado da amostra - domicílios. Disp. em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=94&search=ceara|fortaleza|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-domicilios--> Acessado em 06 de março de 2014.
33. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
34. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela ESF. *Ver Saúde Pública*, 2009. 43(4):595-603
35. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, Jan. 2011. Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400014&lng=en&nrm=iso. access on 07 Mar. 2014.
36. Soares FF, Chaves SCL; Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):401–6
37. Coêlho BP. A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas. Recife: s.n, 2012. 173 p. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.
38. Souza LF, Chaves SCL. Política Nacional De Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.34, n.2, p. 371-387. abr./jun. 2010
39. Rodrigues MJ. Atenção integral à saúde segundo a visão de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Uberlândia. *Caminhos de Geografia*. Uberlândia v. 14, n. 45 Mar/2013 p. 205–236
40. Goldstein RA *et al.* A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):45-56, 2013

41. Santos AL; Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.8 n.3,p.387-406,nov.2010/fev.2011
42. Remondi FA *et al.* Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(1):126-136, jan, 2014.
43. Senna MCM, Costa AM, Silva LN . Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 16(1): 121-137, jan.-jun./2010.
44. Cecilio LCO *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2893-2902, 2012.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos moradores entrevistados segundo as características sociodemográficas e econômicas, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%	
Faixa etária (anos) (n=245)			Média ± DP
18 – 39	82	33,4	49,9 ± 17,8
40 – 59	83	33,8	
60 – 69	44	17,9	
70 – 93	36	14,6	
Sexo (n=247)			
Masculino	50	20,2	
Feminino	197	79,8	
Cor (autorreferida) (n=242)			
Branca	55	22,3	
Parda / negra	187	75,7	
Tempo de moradia no bairro (n=247)			Média ± DP
Até 19 anos	46	18,6	35,5 ± 17,7
20 a 39 anos	83	33,6	
40 a 59 anos	98	39,7	
60 a 84 anos	20	8,1	
Estado civil (n=247)			
Casado / união estável	93	37,6	
Solteiro	105	42,5	
Viúvo	29	11,7	
Divorciado / separado	20	8,1	
Condição na família (n=247)			
Mãe	104	42,1	
Pai	27	10,9	
Avó / bisavó	43	17,4	
Avô / bisavô	17	6,9	
Filho(a)	26	10,5	
Outros	30	12,1	
Anos de estudo (n=247)			
Até 4	58	23,5	
5 a 10	106	42,9	
11 a 19	83	33,6	
Ocupação (n=243)			
Aposentado(a)	66	26,7	
Atividade formal	49	19,8	
Atividade informal	28	11,3	
Autônoma	38	15,4	
Desempregado(a)	11	4,4	
Dona de casa	51	20,6	
Nº de pessoas no domicílio (n=247)			

1 a 2	57	23,1	
3 a 4	114	46,2	
5 a 11	76	30,8	
Renda familiar (salário mínimo*) (n= 243)			Média ± DP
Até 1,0	47	19,3	2,3 ± 1,5
1,1 – 2,0	89	36,6	
2,1 – 3,0	58	23,9	
3,1 – 9,5	49	20,2	
Computador no domicílio (n=247)			
Sim	116	47,0	
Não	131	53,0	
Acesso à internet no domicílio (n=247)			
Sim	120	48,6	
Não	127	51,4	
Dispõe de carro ou moto (n=247)			
Sim	63	25,5	
Não	184	74,5	
Plano de saúde (n=244)			
Sim	52	21,3	
Não	192	78,7	

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

*Salário mínimo durante o ano de 2013 era de R\$678,00

Tabela 2 - Distribuição dos moradores entrevistados segundo a primeira procura pelo posto de saúde do bairro e segundo as dificuldades para chegar ao posto, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
Procura primeiro o posto de saúde do bairro (n=247)		
Sim	93	37,7
Não	154	62,3
Motivos da não procura (n=151)		
Distância	44	29,8
Vai para o Centro de Saúde Meireles	43	28,5
Não conhece o posto	21	13,9
Outros serviços	20	13,2
Plano de saúde	17	11,2
Outros	32	21,2
Dificuldades para chegar ao Posto de saúde (n=247)		
Distância	124	45,2
Transporte	112	45,2
Desinformação	52	21,0
Nenhuma	37	14,9
Outras	26	10,5
Tempo de deslocamento (n=159)		
Até 30 min	64	40,3

De 30 a 60 min	73	45,9
Mais de 60 min	22	13,8

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

Tabela 3- Relação entre os costumes individuais dos moradores entrevistados e a primeira procura pelo posto de saúde do bairro, Fortaleza, 2013.

Características	Sim (n=93)		Não (n=154)	
	Nº	%	Nº	%
Participa das atividades do posto de saúde				
Sim (n=08)	05	62,5	03	37,5
Não (n=239)	88	36,8	151	63,2
Frequenta algum espaço social				
Sim (n=107)	44	41,1	63	58,9
Não (n=140)	49	35,0	91	65,0
Procura outros serviços de saúde				
Sim (n=216)	69	31,9	147	68,1
Não (n=31)	24	77,4	07	22,6

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

Tabela 4 - Distribuição dos outros serviços de saúde utilizados pelos moradores entrevistados, Fortaleza, 2013.

Outros serviços de saúde (n=216)	Nº	%
Centro de Saúde Meireles	128	59,3
Outros Centros de Saúde da Família	06	2,7
Unidade de Pronto Atendimento	26	12,0
Centros de especialidades	12	5,5
Hospital Geral de Fortaleza	21	9,7
Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	09	4,2
Hospital Infantil Albert Sabin	07	3,2
Outros hospitais	18	8,3
Plano de saúde	38	17,6
Serviço filantrópico Paróquia da Paz	16	7,4
Particular	15	6,9

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

Tabela 5 - Distribuição da classificação do Posto de Saúde segundo categorias de acordo como os moradores entrevistados, Fortaleza, 2013.

Características, variáveis e categorias	Ótimo		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Localização	08	3,2	56	22,7	31	12,5	61	24,7	24	9,7	67	27,1
Espaço físico	11	4,5	66	26,7	33	13,4	42	17,0	07	2,8	85	34,4
Atendimento	37	15,0	99	40,1	17	6,9	08	3,2	04	1,6	82	33,2
Rotina de atendimento	11	4,5	62	25,1	25	10,1	19	7,7	04	1,6	126	51,0
Horário de funcionamento	10	4,1	76	30,8	16	6,5	09	3,6	02	0,8	134	54,6
Profissionais do posto	53	21,6	94	38,0	09	3,6	03	1,2	00	0	88	35,6

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5.2 Artigo a ser submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health (CSP).

O uso de Sistema de Informação Geográfica na análise do acesso ao sistema de saúde de uma comunidade do Nordeste brasileiro.

The use of GIS in the analysis of accessibility to health care in a community in Brazilian Northeast.

El uso de los SIG en el análisis de la accesibilidad a el sistema de salud en una comunidad en el Nordeste brasileño.

Marise Cristiane Rocha Lima Thé^I; Paulo César de Almeida^{II}; Clarissa Figueiredo Sampaio Freitas^{III}; Raquel Chaves Costa Lima.^{IV} Andréa Silvia Walter de Aguiar^V

I – Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Colaboração: MCR Lima Thé participou da concepção, planejamento, desenho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e elaboração do manuscrito.

II - Doutor em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará.

Colaboração: PC Almeida participou da análise e interpretação dos dados.

III – Doutora em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal do Ceará.

Colaboração: CFS Freitas participou do planejamento e análise dos dados.

IV – Graduanda em Engenharia Civil. Universidade Federal do Ceará.

Colaboração: RCC Lima participou do planejamento e análise dos dados.

V – Doutora em Odontologia – FOP-UPE. Universidade de Federal do Ceará.

Colaboração: ASW Aguiar participou da definição do desenho metodológico, análise, discussão dos resultados, elaboração e revisão final do artigo.

RESUMO

Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) são técnicas de geoprocessamento que vem sendo utilizadas no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. O estudo analisou o acesso aos serviços saúde em uma comunidade de uma cidade do nordeste brasileiro, cujos objetivos foram identificar e mapear as portas de entrada no sistema de saúde por essa população. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado no ano de 2013 quando foram entrevistadas 247 famílias. Foi feito um mapeamento utilizando o ArcGis® que permitiu a visualização da distribuição espacial dos serviços de saúde bem como da sua relação com as dificuldades e barreiras de acesso ora apontadas pelos sujeitos

desta pesquisa. Entendeu-se que a distância percorrida, o tempo de deslocamento e a disponibilidade de transporte público coletivo influenciavam o acesso da comunidade aos serviços de saúde. Todavia, a não utilização de aparelho de medição de coordenadas geográficas impossibilitou a análise das relações a partir das unidades familiares.

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

ABSTRACT

The Geographic Information Systems (GIS) are geoprocessing techniques that have been used for planning, monitoring and evaluation of health programs. This study examined access to health services in a community of a city in northeastern Brazil, whose objectives were to identify and map the ports of entry into the health care system for this population. This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study conducted in the year 2013 when 247 families were interviewed. A mapping using ArcGIS® which allowed visualization of the spatial distribution of health services as well as its relationship with the difficulties and barriers to access sometimes identified by the subjects of this research was done. It was understood that the distance traveled, travel time and the availability of public transportation influenced the community's access to health services. However, no use of geographic coordinate measuring apparatus prevented the analysis of relationships from family units.

Keywords: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Geographic Mapping

ABSTRACTO

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) son técnicas de geoprocésamiento que se han utilizado para la planificación, seguimiento y evaluación de programas de salud. El estudio examinó el acceso a los servicios de salud en una comunidad de una ciudad en el noreste de Brasil, cuyos objetivos fueron identificar y mapear los puertos de entrada en el sistema de atención de salud para esta población. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal realizado en el año 2013, cuando se entrevistó a 247 familias. Un mapeo utilizando ArcGIS®, que permite la visualización de la distribución espacial de los servicios

de salud, así como su relación con las dificultades y barreras de acceso a veces identificados por los sujetos de esta investigación fue hecha . Se entendía que la distancia recorrida, el tiempo de viaje y la disponibilidad de transporte público influyó el acceso de la comunidad a los servicios de salud. Sin embargo, ningún uso de un aparato de medición de coordenadas geográficas impidió que el análisis de las relaciones de las unidades familiares.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Mapeo Geográfico.

INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) são sistemas computacionais usados para o entendimento dos fatos e fenômenos que ocorrem no espaço geográfico¹. São, ainda, conjuntos de ferramentas capazes de coletar, armazenar, analisar e exibir dados espaciais ou não-espaciais que representam algum aspecto, fato ou local do mundo real^{2,3}. Suas principais funções, portanto, são a integração e a espacialização de dados⁴.

Os SIG são também uma das técnicas de geoprocessamento, o qual engloba diversas tecnologias de tratamento e manipulação de dados geográficos através da computação⁵. Tais técnicas vem sendo utilizadas nas instâncias do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, e são consideradas ferramentas importantes de análise das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde.^{6,7,8,4}

Na saúde das coletividades no Brasil, o uso dos SIG tem sido de grande valor para a melhoria dos serviços¹, e a utilidade dos mapas e *softwares* de geoprocessamento para apresentação e divulgação de dados vem sendo reconhecida⁴. De toda forma, parece claro que o uso de um SIG beneficie o tratamento eficiente das questões ligadas à cobertura geográfica dos serviços de saúde⁹.

As temáticas ‘território’ e ‘tecnologia de informação’ tem sido consideradas pertinentes e atuais. Contudo, a utilização de mapas para análise da distribuição geográfica de doenças é antiga e sua origem está associada ao mapeamento dos óbitos por cólera em 1855 na Inglaterra por John Snow⁵.

À Estratégia Saúde da Família (ESF) foi creditada a possibilidade de aprimorar as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentre as quais a equidade e a territorialização⁴. A ESF atua no território mediante adscrição de clientela a uma equipe de saúde da família. É considerada uma importante estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da reorganização da atenção primária à saúde (APS), e visa garantir o acesso da população ao sistema de saúde no nível local¹⁰.

A atenção primária em saúde se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios. As unidades básicas de saúde são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade e por isso se constitui numa das principais portas de entrada ao sistema de saúde.¹¹

O reconhecimento desse território é um passo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde⁴ e representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde.¹²

O acesso aos serviços de saúde é a possibilidade de sua utilização, em momento oportuno, e expressa características da oferta que facilitam ou dificultam a capacidade de uso pelas pessoas.^{13,14} Por estar associado à organização do sistema e dos serviços de saúde, o acesso torna-se imprescindível para que os princípios do SUS sejam alcançados.¹⁵

Entende-se como *porta de entrada* o ponto de primeiro contato a ser procurado cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde,^{16,17} ou o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade.¹⁸

O grupo de trabalhadores de uma unidade de saúde, do qual uma das autoras faz parte, identificou que a população residente na sua área de adscrição pouco vinha usufruindo os serviços de saúde ofertados em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, desde a implantação das equipes de Saúde da Família.

Baseado nisso, e com vistas às várias dimensões do acesso e suas interrelações clientes / serviços de saúde¹⁹, o estudo toma como objetivo identificar e mapear as portas de entrada dessa população ao sistema de saúde.

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre o acesso da população residente em três microáreas da Secretaria Regional II (SR II) de Fortaleza, Ceará, aos serviços de atenção primária à saúde e cujos objetivos foram identificar componentes de acesso que influenciam na utilização dos serviços de atenção básica por parte dos moradores.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza observacional, descritiva, com abordagem quantitativa e desenho transversal. Ele foi desenvolvido durante o ano de 2013, em três microáreas (108, 109 e 260) vinculadas à Equipe 220 da Secretaria Regional II (SR II), em Fortaleza, Ceará.

Essas microáreas representam uma área de discrepância e segregação socioespacial em relação ao seu entorno denominada de “Comunidade do Campo do América”. Um dos redutos das classes menos abastadas, essa comunidade está incrustada meio à área nobre do bairro Aldeota e em fronteira com outro bairro bastante elitizado da capital, o do Meireles. Neste último, boa parte da população de melhor poder aquisitivo da

cidade está concentrada e a faixa de praia, correspondente à Avenida Beira Mar, abriga edifícios luxuosos e uma rede de restaurantes e hotéis que recebem um considerável número de turistas durante todo o ano.²⁰

O território da saúde da SR II de Fortaleza é composto por 20 bairros dentre os quais está o bairro Aldeota que contava com uma população de 42.361 pessoas, em 2010. De acordo com os dados informados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, em outubro de 2012, nas três microáreas onde foi realizado este estudo, havia um total de 2.435 moradores que completavam 677 famílias.

A essas famílias, os serviços de atenção básica são oferecidos no CSF Miriam Porto Mota, que dista, aproximadamente, 2,8km das microáreas também localizado no bairro Aldeota da SR II.

Cada uma dessas famílias constituiu uma unidade elementar para este estudo. Para o cálculo amostral dessa pesquisa, considerou-se a fórmula para cálculos de populações finitas. A variável associada ao nível de confiança para esta pesquisa foi de 95% e o erro amostral de 5%. Ao final, foram adicionados 10% do tamanho inicial, para eventuais perdas amostrais, o que resultou em uma amostra de 270 famílias.

Optou-se pela amostragem sistemática para a seleção da amostra. A ficha A de cada família representou um elemento da população, visto que para toda família cadastrada nas microáreas há uma ficha A correspondente. Cada ficha A foi enumerada de 1 até 677. Foi definido o intervalo de seleção da amostra ($a=2$) e ao fim das 677 famílias cadastradas, a amostra do estudo foi escolhida, com a seleção de 270 famílias.

Foi utilizado um questionário semiestruturado que foi validado na fase do projeto piloto através da reavaliação de 10% do total da amostra. As questões fechadas apresentavam alternativas de escolha pelos moradores no momento da entrevista; já as questões abertas foram respondidas de acordo com a expectativa e a percepção do entrevistado.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista, com aplicação do instrumento com os moradores maiores de 18 anos das três microáreas explicitadas anteriormente, no seu próprio domicílio, no horário de trabalho habitual da unidade de saúde e nos finais de semana. As entrevistas foram realizadas somente por uma única pesquisadora. Ao final da coleta, foram obtidos 247 questionários considerados válidos. Os demais corresponderam aos domicílios vazios ou cuja natureza de ocupação não era mais para fins residenciais e às recusas de participação neste estudo.

Para alcançar o objetivo proposto, foram utilizadas as bases georreferenciadas do Município de Fortaleza para o ano de 2012, obtida junto ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Ceará, que continha dados sobre ruas e linhas de transporte público urbano. Foi utilizado também o *software* Arcgis[®] instalado no Laboratório próprio para análise dos dados naquele Departamento, e executado conjuntamente com uma pesquisadora responsável.

Os dados coletados foram inseridos em planilhas do programa Excel[®]. Os endereços dos serviços de saúde apontados nas entrevistas foram marcados num programa de georreferenciamento (*Google Earth*) e salvos em formato de arquivo usado para exibir dados geográficos em um navegador da Terra, o KML (*Keyhole Markup Language*).

Tais dados foram então importados para os programas do Arcgis[®], convertidos em formato de *shapefile*, permitindo a geração de mapas georreferenciados que permitiram identificar os serviços de saúde de Fortaleza que funcionam como porta de entrada da população residente nessas três microáreas da Regional II.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado no parecer de número 480.850. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.²¹

RESULTADOS

No tocante à busca do posto de saúde como porta de entrada, observou-se que cerca de dois terços (62,3%) das pessoas entrevistadas não buscavam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira escolha para os serviços de saúde. Os motivos mais elencados foram a distância (29,8%), o acesso mais fácil ao Centro de Saúde Meireles (28,5%) e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência (13,9%). (Tabela 1)

Sobre as dificuldades encontradas pelos entrevistados para chegarem ao posto de saúde adscrito, as pessoas entrevistadas tinham a possibilidade de elencar mais de uma resposta. Dentre todas as dificuldades assinaladas destacam-se a distância da residência ao posto de saúde (50,2%), os problemas relacionados ao transporte (45,2%) e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto (21,0%) foram as mais

frequentes. Em relação ao tempo gasto para chegar à unidade de saúde, a maior parte dos moradores (59,7%) despendiam mais do que 30 minutos para esse deslocamento. (Tabela 1)

Para os entrevistados que utilizam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura, verificou-se que as dificuldades para se chegar à unidade de saúde foram a distância (56,9%) e o transporte (50,5%). Da mesma forma, a distância (46,1%) e o transporte (39,6%), acrescido da desinformação (31,8%) são as razões que dificultam a ida ao posto de saúde por aqueles que não tem o CSF Miriam Porto Mota, como local de primeira procura.

No que diz respeito às outras portas de entrada no sistema de saúde, as famílias residentes nas microáreas de estudo pontuaram os serviços que buscam para resolver seus problemas de saúde. Esses locais foram listados e categorizados como se observa na tabela 2. O Centro de Saúde Meireles aparece como a porta de entrada ao sistema de saúde para 128 famílias.

Tais resultados foram convertidos em mapa georreferenciado (Mapa 1). Pode-se observar a relação espacial e geográfica do território que corresponde à Comunidade do Campo do América com os principais serviços apontados como porta de entrada pelos moradores que participaram deste estudo.

A localização do posto de saúde do bairro foi classificada como ruim por cerca de um quarto dos entrevistados (24,7%) e como péssima por aproximadamente 10%.

Dentre os motivos apontados pelas famílias que não procuram o posto de saúde do bairro, a distância (29,8%) e a facilidade de acesso ao Centro de Saúde Meireles (28,5%) foram as respostas mais frequentes.

Em relação ao tempo gasto para chegar à unidade de saúde, a maior parte dos moradores (59,7%) respondeu despendem mais do que 30 minutos para esse deslocamento.

A relação entre os que pontuam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura e as dificuldades para se chegar até ele mostra que a distância (56,9%) e o transporte (50,5%) são as principais dificuldades daqueles que tem o posto do bairro como local de primeira procura.

Para aqueles que não tem o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura, a distância (46,1%), o transporte (39,6%) e a desinformação (31,8%) aparecem como as razões que dificultam a ida ao posto de saúde.

A relação entre as duas principais dificuldades referidas pelos entrevistados pode ser vista nos mapas 4 e 5.

DISCUSSÃO

Este estudo trouxe informações sobre o acesso de uma comunidade de Fortaleza aos serviços de saúde ofertados nesse município. Até a finalização desta pesquisa, o conhecimento que se tinha estava baseado na observação empírica e centrava-se na óptica da gestão e dos trabalhadores de saúde. Há, todavia, a necessidade de se analisar a situação do acesso aos serviços sob o ponto de vista dos usuários, identificando os fatores associados a ele.^{10,20}

As desigualdades sociais decorrem do modo como as pessoas se organizam socialmente, numa estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais decorrentes das variadas relações sociais e que levam à repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens²³. Diversas pesquisas brasileiras ainda revelam as iniquidades na utilização dos serviços de saúde, principalmente em relação às condições demográficas e socioeconômicas.^{24,25,26}

A análise das dificuldades e das barreiras encontradas nesse estudo que prejudicam o acesso dessa população ao CSF de referência foi feita com auxílio dos mapas georreferenciados que permitiram a visualização mais clara de alguns componentes geográficos e da integração dos espaços e serviços disponíveis.

O posto de saúde do bairro, que deveria, em tese, ser a porta de entrada preferencial das pessoas residentes nessa área, não foi identificado como ponto de entrada no sistema de saúde por quase dois terços da comunidade. Os motivos apontados para isso relacionavam-se com as dimensões de acessibilidade apontadas em outro estudo¹⁰ e correspondiam às características da oferta de serviços e à que reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento.³⁰

As outras portas ao sistema de saúde identificadas nos resultados desta pesquisa (Tabela 2) mostraram uma predileção de utilização pelo Centro de Saúde Meireles. Seria equivocado, a partir dessa pesquisa, apontar as razões para tal preferência. Contudo, alguns fatores geográficos pareciam estar associados a ela, tais como a distância linear mais curta, o menor tempo de deslocamento menor e a existência de ônibus que leve os residentes das três microáreas ao endereço deste Centro.

A mesma tabela (Tabela 2) retrata ainda que a procura também se dava pelos serviços de pronto atendimento, quer seja nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quer

seja nas urgências e emergências dos hospitais. O que corrobora com a hipótese de outro estudo³¹ que aponta que a busca pelo serviço de saúde se dá por motivo doença, pela procura de uma cura e não pela promoção da saúde.

A concepção de um modelo médico-assistencial e hospitalocêntrico ainda vigente^{12,11} e a fragmentação do sistema, fortemente hegemônico, cujos pontos de atenção à saúde se encontram isolados e incomunicados, que são incapazes de oferecer uma atenção contínua à população, conduzem suas ações de forma curativa para os indivíduos, e não para as coletividades, de forma episódica e reativa, condicionadas pela procura do paciente.^{12,13}

A distância, principal motivo do não-acesso e principal dificuldade de acesso dessa comunidade ao CSF Miriam Porto Mota, foi aparente quando se comparam as distâncias lineares entre a comunidade e outras unidades do sistema de saúde. Entre a Comunidade do Campo do América e o posto de saúde do bairro existe uma distância (1,98 Km) superior àquelas que separam as três microáreas do Centro de Saúde Meireles (1,09 Km) e do serviço filantrópico ofertado na Paróquia da Paz (0,57 Km).

Contudo essa distância é menor que as distâncias das três microáreas à UPA Praia do Futuro (5,55 Km), ao Hospital Geral de Fortaleza (3,13 Km), à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (2,92 Km) e ao Hospital Infantil Albert Sabin (4,72 Km) que são outras portas de entrada no sistema de saúde para essa comunidade.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde¹³ mostrou que a utilização de atenção primária é sensível à distância, para populações urbanas e rurais, mas não mostrou associação entre a distância e a acessibilidade aos serviços hospitalares agudos.

A distância percorrida determina o tempo de deslocamento que representa um dos principais obstáculos ao acesso dos usuários aos cuidados de saúde.¹⁰ Afinal, ele simula a resistência imposta pelo espaço geográfico às trajetórias de deslocamento dos usuários em direção aos serviços ou aos locais onde se desenvolvem as ações de saúde.^{32,10}

O tempo de deslocamento superior à média ideal de 15 minutos foi uma importante barreira ao acesso aos serviços de saúde³³. Na pesquisa atual, cerca de 60% das pessoas referiu gastar mais de 30 minutos com o deslocamento até o posto de saúde do bairro. O que aponta que o tempo de deslocamento da residência até a unidade de saúde também representa uma barreira de acesso para os moradores das microáreas 108, 109 e 260.

Outra barreira identificada nessa pesquisa foi o transporte. Ou ainda, a falta de linha de transporte público que fizesse um trajeto direto à unidade de adscrição dessa população. O mapa 2 mostra o percurso de 24 linhas de ônibus que passavam pelas

proximidades da comunidade do Campo do América, o que, a priori, facilitaria o ir e vir da população. Contudo, como se pode ver no mapa 3, apenas seis dessas linhas realizam um trajeto que leva aos arredores do CSF Miriam Porto Mota. Além disso, duas delas são do tipo corujão, que fazem a rota pela madrugada. As demais, necessariamente, passam pelo terminal de ônibus, o que acarreta em mais tempo para realização do percurso.

Essa necessidade de passar pelo terminal e, em muitas vezes, ter que realizar a troca do ônibus para enfim prosseguir viagem foi um dos fatores de dificuldade relacionados à barreira do transporte. Outro fator relacionado ao transporte foi a necessidade de dispor de dinheiro para custear o deslocamento. Tais fatores estão associados à acessibilidade e à capacidade de compra, duas dimensões do acesso.

Apesar de estudos anteriores fazerem associações distintas entre o acesso aos serviços de saúde e a existência ou não transporte coletivo direto para a unidade de saúde bem como os custos relacionados ao deslocamento^{10,33}, o presente estudo percebe a inexistência de linha de transporte público que vá direto ao equipamento de saúde, o tempo de deslocamento aumentado pela necessidade de passar pelo terminal de linhas e a necessidade de custeio do transporte como importantes barreiras ao acesso daquela comunidade ao posto de saúde que lhe fora destinado.

CONCLUSÕES

A população residente nas microáreas 108, 109 e 260 da SR II de Fortaleza acessavam o sistema de saúde através de diferentes portas de entrada além do CSF de referência. O Centro de Saúde Meireles, a UPA Praia do Futuro e o Hospital Geral de Fortaleza foram as mais acessadas.

Esta pesquisa considerou a utilização de recursos de mapeamento geográfico para a análise das relações desenvolvidas a partir das interações humanas com o espaço geográfico, possibilitando um diagnóstico mais facilitado de tais relações e permitindo a visualização de possíveis barreiras naturais ou geradas a partir da transformação do espaço que possam influenciar no acesso aos serviços de saúde.

Tais recursos permitem a associação de diferentes características, sejam elas geográficas, socioeconômicas ou políticas, subsidiando o planejamento e a programação do setor saúde inclusive para a tomada de decisão acerca da localização e da amplitude dos serviços de atenção primária a serem ofertados para os grupos populacionais.

Todavia este estudo apresentou limitações. A falta de uma base cartográfica detalhada que contivesse informações geográficas precisas de cada residência seria essencial para a análise a partir do núcleo familiar. Contudo, os endereços utilizados nesta pesquisa não corresponderam na totalidade aos encontrados na base cartográfica utilizada, não sendo possível realizar o georreferenciamento de cada uma das residências, mas da área como um todo.

Por fim, para estudos em comunidades onde há crescimento desordenado de domicílios e as mudanças de configuração do espaço são frequentes, faz-se necessário o uso de aparelho de medição das coordenadas geográficas permitindo a análise a partir das unidades familiares.

REFERÊNCIAS

1. Pina MF de, Santos SM, Carvalho MS. Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde. Brasília: OPAS, 2000. 20ª ed. 122p.
2. Portugal JL. Sistema de Informações Geográficas para o Programa de Saúde da Família. 2003. 126 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.
3. Bongiollo RS. Uso de sistemas de informação geográfica na saúde pública. Revista Olhar Científico. Faculdades Associadas de Ariquemes. V.01, n.2, Ago./ Dez. 2012. 185-194p. Disponível em:
<http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/23/31>
Acessado em: 28 Nov. 2012
4. Goldstein RA *et al.* A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):45-56, 2013
5. Silva CVD, Oliveira JLV. Sistema web de mapeamento e controle do dengue. *Omnia Exatas*, v.3, n.1, p.41-53, 2010.
6. Barcellos C *et al.* Georreferenciamento de dados de saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 17(1):59-70, jan-mar, 2008
7. Almeida RD *et al.* Uso de técnicas de Sistemas de Informações Geográficas (SIGs) no mapeamento da hepatite para o município de Vitória, ES. *Revista Brasileira de Cartografia* nº 61/04, 2009.

8. Silva RM da *et al* . Análise espacial da endemia hansênica no município de Bayeux (PB) mediante técnicas de SIG. Soc. nat., Uberlândia, v. 24, n. 2, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-45132012000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Mar. 2014
9. Villar JFC, Pereira MA, Pimentel RGVS, Bersan SAL. Aplicação do Sistema de Informações Geográficas em conjunto com a ferramenta AccessMod para o dimensionamento dos serviços de saúde da rede própria da Unimed - BH. *In*: VI Jornada nacional de Economia da Saúde. 2012. Brasília / DF. Pôster. Disponível em: <http://www.abresbrasil.org.br/abres2012/artigos/poster/Avaliacao/3.pdf> Acessado em: 28 Nov. 2012
10. Silva Júnior ES *et al*. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S50 S49-S60 nov., 2010;
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I
12. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011
13. Mishima SM *et al*. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(3):[09 telas] mai-jun 2010.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
15. Santos NR. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. O mundo da saúde. 34(1). p. 8-19. jan/mar. 2010.
16. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
17. Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Neto A, Scatena JM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(4):898-904

18. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1). p.161-170, 2010.
19. 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; 1996. p.177-198.
20. Carvalho CN, Silva V da, Falcão AM. O bairro do Meireles e a comunidade do Campo do América: conflitos e contradições deste espaço urbano. In: XVII Encontro Nacional de Geógrafos - XVII ENG Belo Horizonte – 22 a 28 de julho de 2012 UFMG – Campus Pampulha. Disp. em: <http://www.eng2012.org.br/trabalhos-completos?start=360> Acessado em: 04 Nov. 2012
21. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013.
22. Bonello AALM. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. Campinas, SP: [s.n], 2012.
23. Góes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, dez. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 05 mar. 2014
24. Dias-da-Costa JS *et al.* Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):868-876, mai, 2011
25. Mishima SM, Paula VG, Pereira MJB, Almeida MCP, Kawata LS. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev esc Enferm* 2010; 44(3):766-773IBGE.
26. Oliveira LS *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3047-3056, 2012.
27. IBGE. Censo Demográfico 2010: resultado da amostra - domicílios. Disp. em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=94&search=ceara|fortaleza|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-domicilios--> Acessado em 06 de março de 2014.

28. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
29. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Perfil municipal de Fortaleza. Tema VII: Distribuição espacial da renda pessoal. Informe. Edição especial. nº 42, out 2012.
30. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad de Saúde Pública*. 2004; 20 (supl) 2: 190-8
31. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):401–6
32. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L *et al*. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.
33. Coêlho BP. A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas. Recife: s.n, 2012. 173 p. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição dos moradores entrevistados segundo a primeira procura pelo posto de saúde do bairro e segundo as dificuldades para chegar ao posto, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
Procura primeiro o posto de saúde do bairro (n=247)		
Sim	93	37,7
Não	154	62,3
Motivos da não procura (n=151)		
Distância	44	29,8
Vai para o Centro de Saúde Meireles	43	28,5
Não conhece o posto	21	13,9
Outros serviços	20	13,2
Plano de saúde	17	11,2
Outros	32	21,2
Dificuldades para chegar ao Posto de saúde (n=247)		
Distância	124	45,2
Transporte	112	45,2
Desinformação	52	21,0
Nenhuma	37	14,9
Outras	26	10,5
Tempo de deslocamento (n=159)		
Até 30 min	64	40,3
De 30 a 60 min	73	45,9
Mais de 60 min	22	13,8

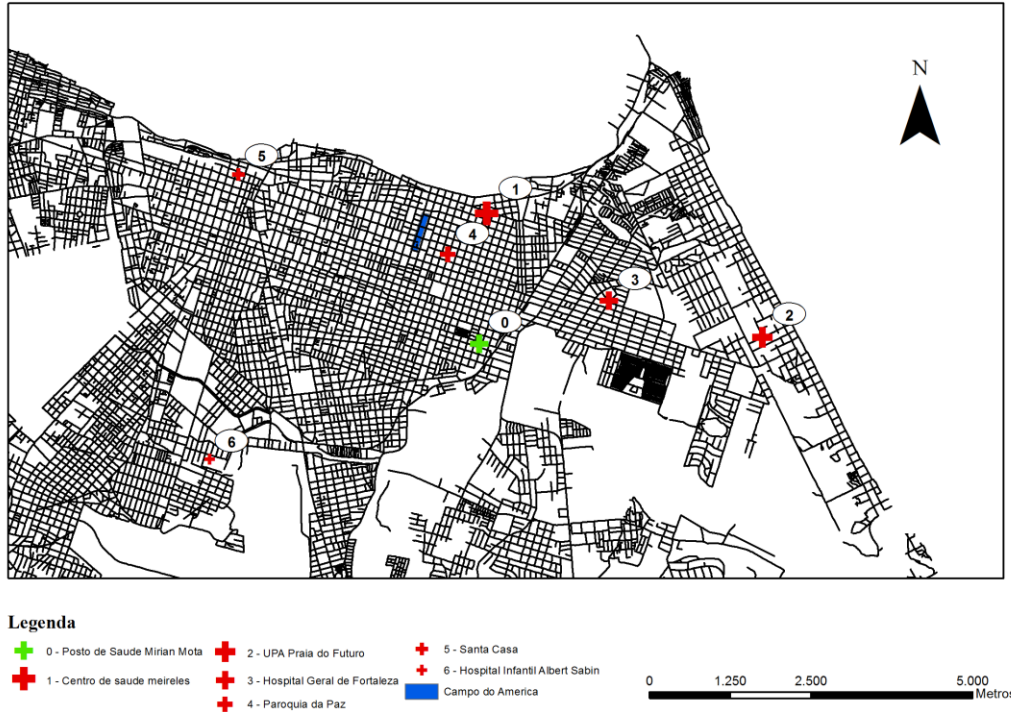
Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

Tabela 2 - Distribuição dos outros serviços de saúde utilizados pelos moradores entrevistados, Fortaleza, 2013.

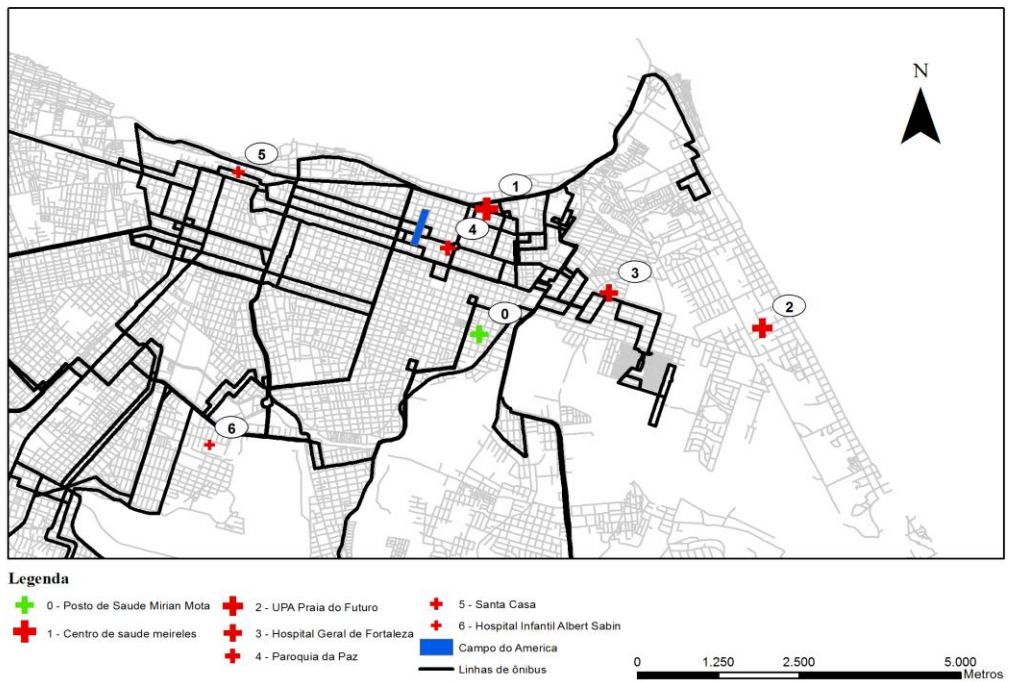
Outros serviços de saúde (n=216)	Nº	%
Centro de Saúde Meireles	128	59,3
Outros Centros de Saúde da Família	06	2,7
Unidade de Pronto Atendimento da Praia do Futuro	26	12,0
Centros de especialidades	12	5,5
Hospital Geral de Fortaleza	21	9,7
Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	09	4,2
Hospital Infantil Albert Sabin	07	3,2
Outros hospitais	18	8,3
Plano de saúde	38	17,6
Serviço filantrópico Paróquia da Paz	16	7,4
Particular	15	6,9

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre acesso, 2013.

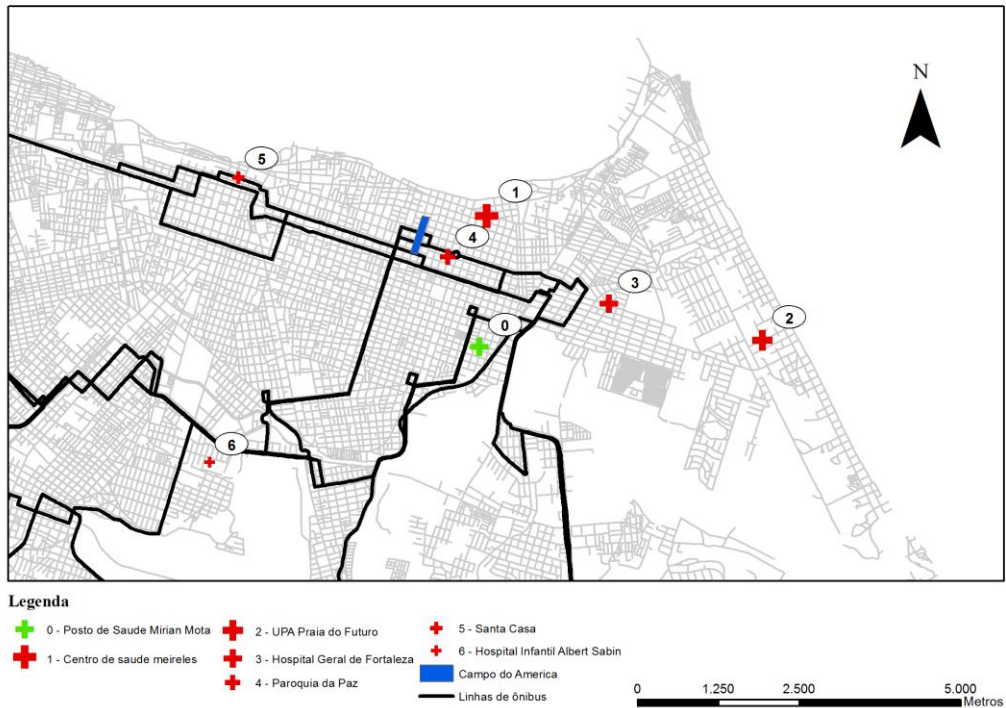
Mapa 1 – Mapa georreferenciado da distribuição dos serviços de saúde utilizados pela população residente nas microáreas 108, 109 e 260 da Secretaria Regional II de Fortaleza, Ceará, 2013.



Mapa 2 – Mapa georreferenciado com sobreposição do trajeto dos transportes públicos coletivos que assistem a população residente nas microáreas 108, 109 e 260 da Secretaria Regional II, Fortaleza, Ceará, 2013.



Mapa 3 - Mapa georreferenciado com sobreposição do trajeto dos transportes públicos coletivos que assistem a população residente nas microáreas 108, 109 e 260 da Secretaria Regional II e que passam nas imediações do CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará, 2013.



FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

6 CONCLUSÕES GERAIS

As portas de entrada dos moradores das microáreas 108, 109 e 220 da SR II de Fortaleza no sistema de saúde não estavam centradas na atenção básica de saúde. O posto de saúde do bairro funcionava como porta de entrada para cerca de apenas um terço dessa população. Os demais acessavam o sistema de saúde principalmente através do Centro de Saúde Meireles, da UPA Praia do Futuro e do Hospital Geral de Fortaleza.

Os motivos para o não acesso dos outros dois terços eram a distância, o acesso mais fácil a outro centro de saúde e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência.

Foram apontadas como barreiras de acesso dessa comunidade ao Centro de Saúde da Família do bairro a distância da residência até o local, os problemas relacionados ao transporte, o tempo de deslocamento e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto.

Os mapas georreferenciados que foram elaborados a partir deste estudo permitiram a visualização da distribuição espacial dos principais pontos de entrada no sistema de saúde bem como a análise de relações desenvolvidas a partir das interações humanas com o espaço geográfico. Isso possibilitou a visualização de possíveis barreiras naturais ou geradas a partir da transformação do espaço que influenciaram no acesso aos serviços de saúde.

Até a finalização desta pesquisa, o conhecimento que se tinha estava baseado na observação empírica e estava centrada na óptica da gestão e dos trabalhadores de saúde. Seus resultados apontam para a necessidade de um estudo mais criterioso do território de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família de modo a considerarem-se as barreiras físicas, sociais, econômicas e organizacionais que interferem no acesso dessa população aos serviços de saúde, principalmente no primeiro nível de atenção.

Todavia este estudo apresenta limitações. A utilização de uma base cartográfica detalhada que com informações geográficas precisas de cada residência é essencial para a análise a partir do núcleo familiar. Contudo, os endereços utilizados nesta pesquisa não corresponderam na totalidade aos encontrados na base cartográfica utilizada, não sendo possível realizar o georreferenciamento de cada uma das residências, mas da área como um todo.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F.A. & GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad Saúde Pública**, 1996, 12: 233-242.
- ADAMI, N.P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver os hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, 1993: 12:82-86
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** 1995; 36: 1-10
- ANDRADE, E.N. de, ANDRADE E.O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**. 2010; 18 (1): 61 - 74
- ANDRADE, L.O.M.de; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária e estratégia saúde da família. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 783 -836.
- ASSIS, M.M.A. Villa T.C.S.; Nascimento, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003; 8(3):815-823
- BONELLO, A.A.L.M. **Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados**: estudo de base populacional. Campinas, SP: [s.n], 2012
- BONGIOLLO, R.S. Uso de sistemas de informação geográfica na saúde pública. Revista Olhar Científico. **Faculdades Associadas de Ariquemes**. V.01, n.2, Ago./ Dez. 2012. 185-194p. Disponível em:
<http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/23/31> Acessado em: 28 Nov. 2012
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Diário Oficial da União, 05 de outubro de 1988, p.1.

_____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990 (a).

_____. **Lei Orgânica da Saúde 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990 (b).

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. Atenção básica e a Saúde da Família / **Diretriz conceitual**. *Website*. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> Acessado em: 05 Nov.2012. (a)

_____. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. Atenção básica e saúde da família / **Saúde da Família**. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia> Acessado em: 30 de Abr. 2012.

(b)

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília, 2009. 481 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. 36 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool PCAtool*** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CARVALHO, C.N; SILVA, V. da; FALCÃO, Â. M. **O bairro do Meireles e a Comunidade do Campo do América: conflitos e contradições deste espaço urbano**. In: XII Encontro Nacional de Geógrafos - XVII ENG Belo Horizonte – 22 a 28 de julho de 2012 UFMG – Campus Pampulha. Disponível em: <http://www.eng2012.org.br/trabalhos-completos?start=360> Acessado em: 04 nov. 2012

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(7), 1614-1619, jul. 2009.

_____. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde: In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e democracia do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap.12, p. 385-406.

DI GIOVANNI, G. (Coord.). A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família, etapa 3. In: _____. **Formação de profissionais para a saúde da família: pólos de formação, capacitação e educação permanente de pessoal para o PSF**. Campinas: Unicamp - Universidade Estadual de Campinas / Nepp - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, maio; 2002. 161p.

DIOGENES, B.H.B.N. Fortaleza/CE: Aldeota dinâmica urbana e memória. **Patrimônio: lazer & turismo**. UniSantos: 2006. Disp. em: <http://www.unisantos.br/pos/revistapatrimonio/painel.php?cod=748> Acessado em: 11 de outubro de 2012.

_____. **A centralidade da Aldeota como expressão da dinâmica intra-urbana de Fortaleza**. 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. 198p.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FALCÃO, M.F.P. **Dicionário toponímico histórico e geográfico do Nordeste**. Fortaleza: Artlaser, 2005. 808 p.

FORTALEZA. **Edital nº 007/2006**. Seleção pública para provimento de emprego público de agente comunitário de saúde. Diário Oficial do Município. Nº 13.306. Ano LIII. Publicado em 12 de abril de 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Atesto mensal das equipes**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, abril de 2012.

_____. **Regional II**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-II>
Acessado em: 26 Set.2012.

FRENK J. El concepto y la medición de la accesibilidad. **Revista de Salud Pública de México**. Ciudad de Mexico, 27: 438-53, 1985.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I. de; CONIL, E.M.; CUNHA, E.M. da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002 Disp. Em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n60.pdf#page=40 Acessado em: 28 Out. 2012.

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; 1996. p.177-198.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H M. Atenção primária à saúde In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.575-625.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOOGLE. **Official Google Blog: Mapping your way**. Disponível em: <http://googleblog.blogspot.com.br/2005/02/mapping-your-way.html#!/2005/02/mapping-your-way.html> Acessado em: 28 Nov. 2012.

Google. Google Empresa. **Nossa história a fundo**. Disponível em:

<http://www.google.com/intl/pt-BR/about/company/history/> Acessado em: 28 Nov. 2012.

IBGE. **Censo 2010**. Dados populacionais por bairro de Fortaleza. Disp. em:

<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/simSinasc/pupulacaoSexoBairro?ser=2&tipo=>

Acessado em 16 Out. 2012

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

LORA, A.P. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP, Campinas, 2004.

LUIZ, R.R; TORRES, T.G de; MAGNANI, M.M.F. Planejamento amostral. In: LUIZ, R R; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. São Paulo: Ateneu, 2005.

MARTINS, P. **Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade básica da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEDRONHO, R.A. **Geoprocessamento e saúde**: uma nova abordagem do espaço no processo saúde doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT/NECT; 1995.

MEDRONHO, R.A.; WERNECK, G.L. Técnicas de análise espacial em Saúde. In: MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L., editores. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2004. p.427-46

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf> Acessado em: 02 Set. 2012

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.); CORBO, A.M.D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disp em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=22&sub_capitulo_id=59&arquivo=ver_conteudo_2 Acessado em: 14 Set 2012

OJANUGA, D.N.; GILBERT, C. Women's access to health care in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 35, n.4, p.613 – 617. 1992.

OIKAWA, L.T. **Condições de acessibilidade a uma unidade básica de saúde do município de Botucatu – SP**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, - Universidade Estadual Paulista / UNESP, 2001.

PENCHANSKY, R; THOMAS, J.W. The concept of access: definitions and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. 19 (2), p.127-40. Feb.1981.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS C. O território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica da Saúde**. n.2, v.2, p.47-55, jun. 2006.

PINA, M.F. de; SANTOS, S.M.; CARVALHO, M.S. **Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde**. Brasília: OPAS, 2000. 20ª ed. 122p.

PORTUGAL, J.L. **Sistema de Informações Geográficas para o Programa de Saúde da Família**. 2003. 126 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.

PUENTES–MARKIDES, C. Women and Access to health care. **Social Science and Medicine**, v. 35, n. 4, p. 619 – 626. 1992.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 19 (1). p.27-34, jan-fev. 2003.

RIBEIRO, M.C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade - experiência de Fortaleza. **Saúde e Sociedade**. 6(2). p. 47-54. 1997. Disp. em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/06.pdf> Acessado em: 18 Ago 2012

SANTOS, G.E.O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>. Acesso em: 24 de agosto de 2012.

SANTOS N.R. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. **O mundo da saúde**. 34(1). p. 8-19. jan/mar. 2010

SOUSA, M F.; HAMANN, E M.; Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 1325-1335. 2009 e 2012. Disp. em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso Acessado em: 14 Out. 2012.

SOUZA, M.F. **A acessibilidade da atenção à saúde**: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários. 2010. 95 p. Dissertação (Mestrado em Ciências no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/ USP. Ribeirão Preto, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf e em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p2.pdf

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 14(2). p.429-435.

abr-jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v14n2/0121.pdf> Acessado em: 30 Out 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. V.20, supl. 2, p. 190-198. 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 11 (4). p. 975-986. out-dez. 2006.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E V. **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.221-235.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.531 – 562.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso Acessado em: 05 Nov. 2012.

VILLAR, J.F.C.; PEREIRA, M.A.; PIMENTEL, R.G.V.S.; BERSAN, S.A.L. Aplicação do Sistema de Informações Geográficas em conjunto com a ferramenta AccessMod para o dimensionamento dos serviços de saúde da rede própria da Unimed- BH. In: **VI Jornada nacional de Economia da Saúde**. 2012. Brasília / DF. Pôster. Disponível em: <http://www.abresbrasil.org.br/abres2012/artigos/poster/Avaliacao/3.pdf> Acessado em: 28 Nov. 2012

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
INSTRUMENTO DE PESQUISA

No. Questionário					Data:		
Micro área		108		109		260	No. Família
Informações do entrevistado							
Nome							
Endereço							
Naturalidade				Data de nascimento			
Sexo 1.masculino 2. feminino		Idade			Cor / raça (auto-referida) 1. Branca 2. Parda 3. Negra 4. Amarela/Índígena 9. Não Informado		
Estado civil 1.casado 4. divorciado		2.solteiro		3. viúvo 5. separado 6. outro _____			
Condição na família (pai, mãe, filho, tia, avô, etc)		Tempo de moradia no bairro		Escolaridade (anos de estudo)			
Ocupação		Renda familiar (em real)			Nº de pessoas que moram neste domicílio		
Tem algum problema de saúde? 1.sim 2. não		Qual?			Tem plano ou convênio de saúde privado? 1.sim 2. não		
Dispõe de computador no domicílio				SIM		NÃO	
Dispõe de Acesso à Internet no domicílio				SIM		NÃO	
Dispõe de automóvel no domicílio				SIM		NÃO	
Procura primeiro o Posto de Saúde do bairro quando alguém na família precisa de atendimento de saúde?				SIM		NÃO	
Se a resposta anterior for NÃO, por quê?							
Você ou alguém na família consultou o médico ou foi ao posto de saúde por outro motivo nos últimos 6 meses?				SIM		NÃO	
Quantas vezes você ou alguém na família consultou o médico ou foi ao posto de saúde nos últimos 6 meses?							
Qual o motivo que você ou alguém na família foi ao posto de saúde nos últimos 6 meses?							

Fatores Geográficos			
Quais as dificuldades para chegar ao Posto de Saúde do bairro?		Comentários / justificativas	
Qual o meio de transporte utiliza para chegar à unidade de saúde?			
Quanto tempo você gasta para chegar ao Posto de Saúde?			
Variáveis individuais com influência no acesso e no uso do serviço de saúde			
	SIM	NÃO	Comentários / Justificativas
Frequenta as atividades realizadas pelo Posto de Saúde?		POR QUÊ?	
Frequenta algum espaço social no bairro?	QUAL?		
Costuma procura outros serviços para resolver seus problemas de saúde?	QUAL?		

Fatores Sócio-Organizacionais - Agendamento / tempo de espera / percepção tempo espera					
	Clínico	Pediatra	Prevenção Ginecológica	Dentista Adulto	Dentista Criança
Quais as dificuldades para agendar a consulta com o...					
Quanto tempo você tem que esperar para passar por consulta?					
O que acha desse tempo de espera?					
Justificativa e comentários					

Percepção Fatores Geográficos e Sócio-Organizacionais		
	Classificação	Percepção / comentários
O que acha da localização do Posto de Saúde?	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	
O que acha do espaço físico do Posto de Saúde?	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	
O que acha do atendimento do Posto de Saúde?	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	
O que acha da rotina de trabalho do Posto de Saúde?	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	
O que acha do horário de funcionamento do Posto de Saúde?	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	
O que acha dos profissionais (inclusive o médico) do Posto	1. ótimo 2. bom 3. regular 4. ruim 5. péssimo	

**APÊNDICE B - CARTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A PESQUISA E TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

voce esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sou **Marise Cristiane Rocha Lima Thé**, cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Porangabussu. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada “**O (des)caminho até a porta: um estudo sobre o acesso à atenção básica de saúde em três microáreas de Fortaleza**” e trata sobre o acesso das pessoas aos serviços públicos de saúde em Fortaleza, Ceará. O acesso aos serviços de saúde é quando uma pessoa obtém de forma adequada o atendimento necessário a sua saúde. A pesquisa tem como objetivos identificar o que influencia na utilização dos serviços de saúde por vocês e além de identificar onde vocês acessam e utilizam os serviços de saúde e as dificuldades para que isso aconteça. Este estudo pretende contribuir na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços públicos de saúde pois esperamos que as informações obtidas com os dados deste trabalho possam ajudar no planejamento e nas ações de saúde desse município além de poder contribuir para outras populações que também utilizam os serviços públicos de saúde.

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque mora na comunidade que participa dele. Mas só farão parte do trabalho aqueles que concordarem em participar. Caso concorde em participar, será pedido a você que sua casa seja mapeada e que você responda a um questionário. Lembramos que os riscos dessa pesquisa são mínimos já que a pesquisa se limita à coleta e à análise dos dados. Todas as informações obtidas serão mantidas em segredo e só serão fornecidas nos casos exigidos por lei. Cada família terá um número de identificação que será utilizado no estudo ao invés do nome. Isso não permitirá a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dessas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

A participação neste estudo é voluntária. Você pode deixar de participar deste trabalho a qualquer tempo sem que haja perda dos benefícios a que tem direito e sem que haja qualquer tipo de penalidade ou prejuízo. Se precisar de maiores informações sobre o trabalho que está sendo realizado nesta comunidade você poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. Caso haja necessidade, você poderá solicitar uma cópia do projeto.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Marise Cristiane Rocha Lima Thé

Endereço: Rua Bento Albuquerque, 2500, aptº 508, BI Dracena, Cocó, Fortaleza, Ceará. CEP: 60192-050.

Telefones p/contato: (85) 3044-3012, 9181-6931. E-mail: mariselima@gmail.com

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou
DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, _____

(Assinatura ou digital) d(o,a) voluntári(o,a) ou
responsável legal

Marise Cristiane Rocha Lima Thé
(pesquisadora responsável pelo estudo)

DADOS DO VOLUNTÁRIO:

Endereço:

Telefone:

**ANEXO A – RESULTADOS DO LEVANTAMENTO DOS MAPAS DIÁRIOS DAS
CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO CSF MIRIAM PORTO MOTA
DURANTE OS ANOS DE 2010 E 2011 PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE
ATENDIMENTO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA.**

Microárea de residência	Ano 2010			
	Clínica geral	%	Pediatria	%
264, 265, 266 (Aldeota 1)	2581	34,9%	1422	41,2%
108, 109, 260 (Aldeota 2)	896	11,9%	274	7,9%
261 (Aldeota 3)	3123	42,5%	1516	43,9%
Outras / não identificadas	786	10,7%	241	7,0%
Total	7359	100%	3453	100%

Microárea de residência	Ano 2011			
	Clínica geral	%	Pediatria	%
264, 265, 266 (Aldeota 1)	750	24,5%	925	42,8%
108, 109, 260 (Aldeota 2)	404	13,1%	161	7,4%
261 (Aldeota 3)	1434	46,8%	824	38,1%
Outras / não identificadas	479	15,6%	257	11,7%
Total	3067	100%	2167	100%

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O (des)caminho até a porta: um estudo sobre o acesso à atenção básica de saúde em três microáreas de Fortaleza.

Pesquisador: Marise Cristiane Rocha Lima Thé

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13648313.9.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 480.850

Data da Relatoria: 05/12/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objeto: **identificar** componentes do acesso que **influenciam** na **utilização** dos serviços de atenção básica por parte dos moradores de microáreas de uma das Secretarias Regionais de Fortaleza; **identificar** as portas de entrada da

população residente em três microáreas aos serviços de saúde em Fortaleza; **averiguar** os motivos do não-acesso da população residente em três microáreas aos serviços de saúde ofertados no CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza; **verificar** as barreiras que **dificultem** o acesso da população residente em três microáreas ao CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará. Esta pesquisa considera como percurso metodológico a abordagem quantitativa com desenho transversal pois atua em níveis da realidade em que os dados se apresentam aos sentidos e tem como objetivos e campo de práticas trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Quanto à sua natureza, trata-se de um estudo **descritivo**. Será desenvolvido nas três microáreas (108, 109 e 260) vinculadas à equipe Aldeota 2 (equipe 220) de Fortaleza, durante o ano de 2013, correspondentes à Regional II. Em outubro de 2012, essa população estava distribuída em 677 famílias também cadastradas pelas ACS. Considerando que para a Estratégia Saúde da Família o menor nível de atenção é a família (MONKEN e BARCELLOS, 2007), esta pesquisa entende como população-fonte as famílias

cadastradas no SIAB residentes nas microáreas 108, 109 e 260. Cada uma dessas famílias constitui

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 480.850

uma unidade elementar para este estudo. Logo, nesta pesquisa, N = 677. Para o cálculo amostral dessa pesquisa, considera-se a fórmula para populações finitas que aponta uma amostra de 270 famílias. Para a amostragem, optou-se pela amostragem sistemática para a qual a ficha A de cada família representará um elemento da população, visto que para toda família cadastrada nas microáreas 108, 109 e 260 há uma ficha A correspondente.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A população residente nas microáreas 108, 109 e 260 não utiliza adequadamente os serviços de atenção básica à saúde ofertados na unidade de referência, o CSF Miriam Porto Mota, devido a barreiras de acesso que dificultam o acesso da população à unidade referida.

Objetivo Primário:

Identificar componentes do acesso que influenciam na utilização dos serviços de atenção básica por parte dos moradores de microáreas de uma das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará.

Objetivo Secundário:

- Identificar as portas de entrada da população residente em três microáreas aos serviços de saúde em Fortaleza, Ceará;- Averiguar os motivos do não-acesso da população residente em três microáreas aos serviços de saúde ofertados no CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará; - Verificar as barreiras que dificultem o acesso da população residente em três microáreas ao CSF Miriam Porto Mota, Fortaleza, Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo é considerado uma investigação com riscos mínimos, pois não se realizará nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente participantes da pesquisa.

Benefícios:

Essa pesquisa considera importante compreender como se dá o acesso dessa população aos serviços de atenção primária à saúde, contribuindo, desta forma, para um melhor planejamento da oferta de ações e serviços de saúde voltados para esse grupo populacional.

Endereço: Rua Col. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 480.850

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois trará um diagnóstico situacional do acesso de usuários ao serviço de saúde. Os critérios foram definidos para corresponder ao objeto de estudo. A problemática é esclarecida pelos pesquisadores e poderá fornecer auxílio no que concerne ao planejamento, operacionalização, controle e avaliação de fluxos em serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto no COMEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do conselho de ética da UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 05 de Dezembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO C – PORTARIA NORMATIVA NO. 07, DE 22 DE JUNHO DE 2009, DA FUNDAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, CAPES

Nº 117, terça-feira, 23 de junho de 2009

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

31



AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL 5ª GERÊNCIA REGIONAL

PORTARIA Nº 966/GER-5, DE 22 DE JUNHO DE 2009

Da emissão do CHE e documentos pertinentes.

O GERENTE DA QUINTA GERÊNCIA REGIONAL, no uso de suas atribuições, outorgadas pelos Art. 123, Inciso I e Art. 125, Inciso IX, do Regulamento Interno da ANAC, aprovado pela Resolução nº 71, de 23 de janeiro de 2009, nos termos dispostos no Regulamento Brasileiro de Homologação Aeronáutica - RBHA 145 - Homologação de Empresa de Manutenção Aeronáutica e com fundamento na Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe o Código Brasileiro de Aeronáutica, resolve:

Art. 1º - Emitir para a Empresa DRAWANZ MOTORES AERONÁUTICOS, o Certificado de Homologação de Empresa de nº 9611-01/ANAC, em 16 de junho de 2009, com base nas seguintes características:

- I - Endereço da Sede Administrativa: Rua Heine Renner, 190 - Cachoeirinha - RS - CEP 94.910-045;
 - II - Padrões e Classes: "D1" e "H";
 - III - Regulamentação: RBHA 145.
- Art. 2º - Encaminhar seu respectivo Adendo, em sua edição original, datado de 16 de junho de 2009, contendo os serviços realizados pela Empresa, bem como suas limitações.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial.

ROBERTO BARBOSA DE CARVALHO NETTO

7ª GERÊNCIA REGIONAL

PORTARIA Nº 968/GER7, DE 22 DE JUNHO DE 2009

O GERENTE DA SÉTIMA GERÊNCIA REGIONAL, no uso de suas atribuições outorgadas pelo Art. 125 da Resolução nº 71 da ANAC, de 23 de janeiro de 2009, nos termos dispostos no Regulamento Brasileiro de Homologação Aeronáutica - RBHA 145 - Homologação de Empresas de Manutenção Aeronáutica e com fundamento na Lei 7.565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe o Código Brasileiro de Aeronáutica, resolve:

Art. 1º - Modificar o Certificado de Homologação de Empresa nº 0898-71/ANAC da empresa AMAZONAVES TÁXI AEREO LTDA, visando à inclusão do Padrão "F", Classe "3", com base nas seguintes características:

- I - Denominação Social: AMAZONAVES TÁXI AEREO LTDA;
- II - Endereço da Sede Administrativa: Avenida Professor Nilton ins, nº 300, Hangar F, Flores, Manaus-AM, CEP. 69.058-030;

Art. 2º - Emitir seu respectivo Adendo, em sua edição original, datado de 22 de maio de 2009, contendo a capacidade técnica da empresa para realizar serviços de manutenção.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de publicação no Diário Oficial.

GERALDO GOMES ALVES

SUPERINTENDÊNCIA DE INFRAESTRUTURA AEROPORTUÁRIA

PORTARIA ANAC Nº 969/SIE, DE 22 DE JUNHO DE 2009

Registra o Aeródromo Privado Serra da Capivara (PI).

O SUPERINTENDENTE DE INFRAESTRUTURA AEROPORTUÁRIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC, no uso de suas atribuições outorgadas pelo artigo 52, inciso IX, do Regulamento Interno aprovado pela Resolução nº 71, de 23 de janeiro de 2009, nos termos do disposto na Instrução de Aviação Civil - IAC 4301 - Instrução para Autorização de Construção e de Registro de Aeródromos Privados, com fundamento na Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica, e tendo em vista o que consta do processo nº 60800.037851/2009-61, resolve:

Art. 1º Considerar registrado e aberto ao tráfego aéreo o aeródromo privado abaixo caracterizado:

- I - denominação: Serra da Capivara (SWKQ);
- II - município: São Raimundo Nonato (PI);
- III - proprietário: Governo do Estado do Piauí;
- IV - coordenadas geográficas: 09º04' 58" S; 42º 38' 40" W;
- V - classe: 3-C;
- VI - dimensões da pista: 1.650 x 45 metros;
- VII - elevação: 415,16 metros;
- VIII - natureza do piso: asfalto (ASPH);
- IX - designação da pista: 16/34;
- X - resistência do pavimento: PCN 34/F/B/X/T;
- XI - condições operacionais: VFR diurna.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e terá validade de 5 (cinco) anos.

RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA

Ministério da Educação

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA NORMATIVA Nº 7, DE 22 DE JUNHO DE 2009

Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO a necessidade de estimular a formação de mestres profissionais habilitados para desenvolver atividades e trabalhos técnico-científicos em temas de interesse público;

CONSIDERANDO a necessidade de identificar potencialidades para atuação local, regional, nacional e internacional por órgãos públicos e privados, empresas, cooperativas e organizações não-governamentais, individual ou coletivamente organizadas;

CONSIDERANDO a necessidade de atender, particularmente nas áreas mais diretamente vinculadas ao mundo do trabalho e ao sistema produtivo, a demanda de profissionais altamente qualificados;

CONSIDERANDO as possibilidades a serem exploradas em áreas de demanda latente por formação de recursos humanos em cursos de pós-graduação stricto sensu com vistas ao desenvolvimento sócio-econômico e cultural do País;

CONSIDERANDO a necessidade de capacitação e treinamento de pesquisadores e profissionais destinados a aumentar o potencial interno de geração, difusão e utilização de conhecimentos científicos no processo produtivo de bens e serviços em consonância com a política industrial brasileira;

CONSIDERANDO a natureza e especificidade do conhecimento científico e tecnológico a ser produzido e reproduzido;

CONSIDERANDO a relevância social, científica e tecnológica dos processos de formação profissional avançada, bem como o necessário estreitamento das relações entre as universidades e o setor produtivo; e, finalmente,

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, as deliberações do Conselho Técnico-Científico da Educação Superior - CTC-ES e as deliberações do Conselho Superior da CAPES,

RESOLVE:

Art. 1º A Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES regulará a oferta de programas de mestrado profissional mediante chamadas públicas e avaliará os cursos oferecidos, na forma desta Portaria e de sua regulamentação própria.

Art. 2º O título de mestre obtido nos cursos de mestrado profissional reconhecidos e avaliados pela CAPES e credenciados pelo Conselho Nacional de Educação - CNE tem validade nacional e outorga ao seu detentor os mesmos direitos concedidos aos portadores da titulação nos cursos de mestrado acadêmico.

Art. 3º O mestrado profissional é definido como modalidade de formação pós-graduada stricto sensu que possibilita:

I - a capacitação de pessoal para a prática profissional avançada e transformadora de procedimentos e processos aplicados, por meio da incorporação do método científico, habilitando o profissional para atuar em atividades técnico-científicas e de inovação;

II - a formação de profissionais qualificados pela apropriação e aplicação do conhecimento embasado no rigor metodológico e nos fundamentos científicos;

III - a incorporação e atualização permanentes dos avanços da ciência e das tecnologias, bem como a capacitação para aplicar os mesmos, tendo como foco a gestão, a produção técnico-científica na pesquisa aplicada e a proposição de inovações e aperfeiçoamentos tecnológicos para a solução de problemas específicos.

Art. 4º São objetivos do mestrado profissional:

I - capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho;

II - transferir conhecimento para a sociedade, atendendo demandas específicas e de arranjos produtivos com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local;

III - promover a articulação integrada da formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, visando melhorar a eficiência e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação apropriados;

IV - contribuir para agregar competitividade e aumentar a produtividade em empresas, organizações públicas e privadas.

Parágrafo único. No caso da área da saúde, qualificam-se para o oferecimento do mestrado profissional os programas de residência médica ou multiprofissional devidamente credenciados e que atendam aos requisitos estabelecidos em edital específico.

Art. 5º Os cursos de mestrado profissional a serem submetidos à CAPES poderão ser propostos por universidades, instituições de ensino e centros de pesquisa, públicos e privados, inclusive em forma de consórcio, atendendo necessária e obrigatoriamente aos requisitos de qualidade fixados e, em particular, demonstrando experiência na prática da pesquisa aplicada.

Parágrafo único. A oferta de cursos com vistas à formação no Mestrado Profissional terá como ênfase os princípios de aplicabilidade técnica, flexibilidade operacional e organização do conhecimento técnico-científico, visando o treinamento de pessoal pela exposição dos alunos aos processos da utilização aplicada dos conhecimentos e o exercício da inovação, visando a valorização da experiência profissional.

Art. 6º As propostas de cursos de mestrado profissional serão apresentadas à CAPES mediante preenchimento por meio eletrônico via internet do Aplicativo para Cursos Novos - Mestrado Profissional (APCN-MP), em resposta a editais de chamadas públicas ou por iniciativa própria das instituições, dentro de cronograma estabelecido periodicamente pela agência.

Art. 7º A proposta de Mestrado Profissional deverá, necessária e obrigatoriamente:

I - apresentar estrutura curricular objetiva, coerente com as finalidades do curso e consistentemente vinculada à sua especificidade, enfatizando a articulação entre conhecimento atualizado, domínio da metodologia pertinente e aplicação orientada para o campo de atuação profissional;

II - ser compatível com um tempo de titulação mínimo de um ano e máximo de dois anos;

III - possibilitar a inclusão, quando justificável, de atividades curriculares estruturadas das áreas das ciências sociais aplicadas correlatas com o curso, tais como legislação, comunicação, administração e gestão, ciência política e ética;

IV - conciliar a proposta ao perfil peculiar dos candidatos ao curso;

V - apresentar, de forma equilibrada, corpo docente integrado por doutores, profissionais e técnicos com experiência em pesquisa aplicada ao desenvolvimento e à inovação;

VI - apresentar normas bem definidas de seleção dos docentes que serão responsáveis pela orientação dos alunos;

VII - comprovar carga horária docente e condições de trabalho compatíveis com as necessidades do curso, admitido o regime de dedicação parcial;

VIII - prever a defesa apropriada na etapa de conclusão do curso, possibilitando ao aluno demonstrar domínio do objeto de estudo com plena capacidade de expressar-se sobre o tema;

IX - prever a exigência de apresentação de trabalho de conclusão final do curso.

§ 1º O corpo docente do curso deve ser altamente qualificado, conforme demonstrado pela produção intelectual constituída por publicações específicas, produção artística ou produção técnico-científica, ou ainda por reconhecida experiência profissional, conforme o caso.

§ 2º A qualificação docente deve ser compatível com a área e a proposta do curso, de modo a oferecer adequadas oportunidades de treinamento para os estudantes e proporcionar temas relevantes para o seu trabalho de mestrado.

§ 3º O trabalho de conclusão final do curso poderá ser apresentado em diferentes formatos, tais como dissertação, revisão sistemática e aprofundada da literatura, artigo, patente, registros de propriedade intelectual, projetos técnicos, publicações tecnológicas; desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, relatórios finais de pesquisa, softwares, estudos de caso, relatório técnico com regras de sigilo, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipos para desenvolvimento ou produção de instrumentos, equipamentos e kits, projetos de inovação tecnológica, produção artística; sem prejuízo de outros formatos, de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, desde que previamente propostos e aprovados pela CAPES.

§ 4º Para atender situações relevantes, específicas e esporádicas, serão admitidas proposições de cursos com duração temporária determinada.

Art. 8º O desempenho dos cursos de mestrado profissional será acompanhado anualmente e terá avaliação com atribuição de conceito a cada três anos pela CAPES.

§ 1º O credenciamento dos cursos de mestrado profissional pelo CNE terá validade de três anos, sendo renovado a cada avaliação trienal positiva pela CAPES.

§ 2º Quando da avaliação de proposta de curso novo, ou de sua avaliação trienal, o Mestrado Profissional receberá da CAPES graus de qualificação variando dos conceitos 1 a 5, sendo o conceito 3 o mínimo para aprovação.

§ 3º A proposta de curso avaliada seguirá para o CNE para aprovação e credenciamento e posterior autorização do MEC para o funcionamento do curso.

Art. 9º A análise de propostas de cursos, bem como o acompanhamento periódico e a avaliação trienal dos cursos de mestrado profissional, serão feitas pela CAPES utilizando fichas de avaliação próprias e diferenciadas.

Parágrafo único. A avaliação será feita por comissões específicas, compostas com participação equilibrada de docentes-doutores, profissionais e técnicos dos setores específicos, reconhecidamente qualificados para o adequado exercício de tais tarefas.

ANEXO D – NORMAS DE ENVIO DE ARTIGO / INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESEÇÕES:

1.1 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 - Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 - Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

1.7 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de **Comunicação Breve**

(máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.8 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo

Instruções para Autores

interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Instruções para Autores

- ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#)

(1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cademos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link*

"Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se

Instruções para Autores

cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

Instruções para Autores

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

Instruções para Autores

- PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo