

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4664-4675>

Representações sociais de enfermeiras sobre a saúde do campo

Social representations of nurses on the field health

Representaciones sociales de enfermeras en la salud de campo

RESUMO

Objetivo: analisar as representações sociais de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família sobre a saúde do campo. Método: trata-se de estudo exploratório, qualitativo, ancorada na teoria das representações sociais, realizado com 11 enfermeiras que atuam em saúde da família de comunidades rurais. Para coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada, e para organização e processamento, o software Iramuteq. Optou-se por utilizar a árvore de similitude e a nuvem de palavras. Resultados: as representações das enfermeiras relaciona-se diretamente com os problemas e carências vivenciados na prática do serviço e centram-se na dificuldade de acesso da população à unidade e serviços de saúde. Reconhecem a importância da sua atuação na saúde do campo e das relações dialógicas e das diferenças históricas entre o rural e o urbano. Conclusão: as representações ancoram-se nas necessidades de saúde de populações rurais e demandam um árduo trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

DESCRITORES: Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde da Família; População rural; Pesquisa qualitativa; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the social representations of nurses in the Family Health Strategy on rural health. Method: this is an exploratory, qualitative study, based on the theory of social representations, carried out with 11 nurses who work in family health in rural communities. For data collection, semi-structured interviews were used, for data collection, semi-structured interviews were used, and for organization and processing, the Iramuteq software. We chose to use the similarity tree and the word cloud. Results: the nurses' representations are directly related to the problems and deficiencies experienced in the practice of the service and focus on the population's difficulty in accessing the health unit and services. They recognize the importance of their performance in rural health and dialogical relations and the historical differences between the rural and the urban. Conclusion: the representations are anchored in the health needs of rural populations and demand hard work from the Family Health Strategy.

DESCRIPTORS: Community Health Nursing; Family Health; Rural population; Qualitative research; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales del enfermero en la Estrategia Salud de la Familia en salud rural. Método: se trata de un estudio exploratorio, cualitativo, basado en la teoría de las representaciones sociales, realizado con 11 enfermeras que trabajan en salud familiar en comunidades rurales. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y Para la recogida de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y para la organización y procesamiento el software Iramuteq. Elegimos utilizar el árbol de similitudes y la nube de palabras. Resultados: las representaciones de las enfermeras están directamente relacionadas con los problemas y necesidades vividas en la práctica del servicio y se enfocan en la dificultad de la población para acceder a la unidad y los servicios de salud. Reconocen la importancia de su desempeño en la salud rural y las relaciones dialógicas y las diferencias históricas entre lo rural y lo urbano. Conclusión: las representaciones están ancladas en las necesidades de salud de las poblaciones rurales y exigen un trabajo arduo a la Estrategia Salud de la Familia.

DESCRIPTORES: Enfermería en Salud comunitaria; Salud de la Familia; Población rural; Investigación cualitativa; Enfermería.

RECEBIDO EM: 15/10/2020 APROVADO EM: 05/11/2020

Jones Sidnei Barbosa de Oliveira

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Especialista em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo, Modalidade Residência Multiprofissional pela Universidade de Pernambuco – UPE.
ORCID: 0000-0002-1170-2652

Renata Cordeiro Domingues

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ.
ORCID: 0000-0002-3585-5792

Cleuma Sueli Santos Suto

Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Professora da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus VII.
ORCID: 0000-0002-6427-5535

Marta Maria Francisco

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.
ORCID: 0000-0001-8938-9179

Ivana Santos Pinto

Enfermeira. Especialista em Clínica da Pessoa e da Família, Modalidade Residência Multiprofissional pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP.
ORCID: 0000-0003-0312-2962

Eliana do Sacramento de Almeida

Enfermeira. Mestre em Educação e Diversidade pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Professora da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Campus VII.
ORCID: 0000-0002-0305-2469

INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro no contexto da Atenção Básica (AB), no Brasil, foi ampliada através da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, na perspectiva do modelo de Atenção Primária em Saúde (APS). Inicialmente, amparado numa lógica territorial com adscrição de clientela e responsabilidade sanitária⁽¹⁾.

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se numa reestruturação do cuidado centrado na família, entendido e percebido em seu ambiente físico e social. Tal estratégia prevê a participação da comunidade em parceria com a equipe na identificação das causas dos problemas de saúde, definição de prioridades e avaliação de todo o trabalho, sendo que o principal enfoque está nas ações de prevenção e promoção da saúde visando intervir nos fatores agravantes e obter um protagonismo frente ao desafio de uma melhor qualidade de vida⁽²⁻³⁾.

Com a expansão de cobertura da AB através da ESF, muitos enfermeiros passaram a atuar em unidades localizadas em territórios rurais, caracterizados pela distância dos centros urbanos e por particularidades do lugar e de sua população

secularmente invisibilizadas pelas políticas públicas. Inúmeras são as dificuldades encontradas nesses territórios, destaca-se: baixa escolaridade e baixo rendimento salarial, precarização das condições de trabalho e exploração da mão de obra, ausência de transportes públicos nas áreas mais distantes e rotina de trabalho em horários incompatíveis com os serviços de saúde. Assim, as populações rurais mantêm-se apresentando os piores índices de saúde, determinantes sociais e taxas de coberturas preventivas⁽⁴⁾.

O conceito ampliado de saúde que inclui o coletivo, o social, o político, o econômico e o cultural, condições tão significativas na abordagem à saúde das populações do campo⁽⁵⁾. Essas são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra⁽⁶⁾. Tais aspectos estão diretamente imbricados com o processo saúde-doença, uma vez que as peculiaridades locais constituem-se como fatores que deveriam ser levados em consideração, no intuito de diminuir as condições desfavoráveis à equidade em saúde.

Frente ao exposto, para fortalecer as práticas de saúde do campo e, consequentemente melhorar o nível de saúde dessas

populações, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) foi instituída no ano de 2011, tendo como principais objetivos a garantia do acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos às doenças decorrentes do ambiente de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e, sobretudo, a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida⁽⁶⁾.

O enfermeiro do campo relaciona-se diariamente com saberes populares, crenças e costumes vinculados ao território. Existem práticas populares que visam sanar os problemas e agravantes ou promover a saúde por meio de caminhos alternativos, divergentes dos ditames do modelo hegemônico biomédico⁽⁷⁾. Tais práticas originam-se de saberes empíricos, compartilhados por gerações, e por isso, tradicionais, constructo de cultura expressa no cotidiano de quem habita e trabalha nesse espaço, o campo.

Por meio da atuação do enfermeiro na saúde do campo constroem-se significados, retratos e conceitos que denominam e singularizam a existência/vivência dessa população. Logo, é no bojo das relações estabelecidas entre o profissional e a comunidade rural que as representações são de fato criadas⁽⁴⁾.

Essas representações sociais são mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente, ancoradas no contexto do indivíduo que as emite, proporcionando, conhecimentos específicos a um dado conjunto social. As representações surgem da continuidade entre o universo exterior e o indivíduo a partir das inter-relações individual/coletivo, e isso é resultado do poder inerente ao ser humano de criar objetos, acontecimentos e atitudes representativas⁽⁸⁾. Portanto, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais as representações sociais de enfermeiras sobre a saúde do campo?

Diante da atuação de enfermeiras na AB em populações específicas do campo, e o contato permanente com sujeitos em seus aspectos biopsicossocial, o presente artigo tem como objetivo: analisar as representações sociais de enfermeiras sobre a saúde do campo.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, qualitativo, ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa teoria pode ser considerada matéria-prima para análise social por retratar a realidade, segundo determinado segmento da sociedade⁽⁹⁾. Nesse sentido, o objeto estudado – saúde do campo – é traduzido através do repertório do grupo social das enfermeiras que atuam em ESF rural.

A pesquisa foi realizada com enfermeiras atuantes em Estratégia de Saúde da Família do território rural do município de Caruaru, localizado no Agreste Pernambucano, que possui 69,18% de cobertura rural considerando o total de 18 unidades que se encontravam em funcionamento⁽¹⁰⁾.

Neste estudo participaram enfermeiras (os) com no mínimo um ano de atuação em ESF, tempo importante para mensurar o contato prévio e experiência com a assistência. Os critérios de exclusão foram estar de férias ou licença. De acordo os critérios estabelecidos foram entrevistadas 11 enfermeiras (os).

Utilizou-se instrumento composto por dados sociodemográficos (formação, tem-

po de atuação e sexo) e perguntas abertas. A técnica de coleta de dados foi por meio de entrevista semi-estruturada, contendo as seguintes perguntas: 1) O que vem à sua cabeça quando se fala em saúde da população do campo? 2) Como você percebe as necessidades em saúde das famílias do campo? 3) Qual o papel do enfermeiro que atua nessas unidades rurais? A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2018, a duração de cada entrevista foi em média de 25 minutos, em local reservado na Secretaria Municipal de Saúde do município.

Constatou-se na caracterização demográfica que dez dos participantes era do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Todos com tempo significativo de atuação em Estratégia de Saúde da Família, entre cinco e 15 anos de atuação profissional.

As enfermeiras entrevistadas foram identificadas por códigos: E1, E2... Para melhor obtenção dos dados e fidedignidade das informações, as entrevistas foram gravadas em áudio e armazenadas em Pen

drive o que facilitou a compreensão no momento da transcrição, realizando-se as correções da língua, aprofundando a investigação do objeto que foram transcritas e organizadas em um único corpus textual denominado 'saúde do campo'.

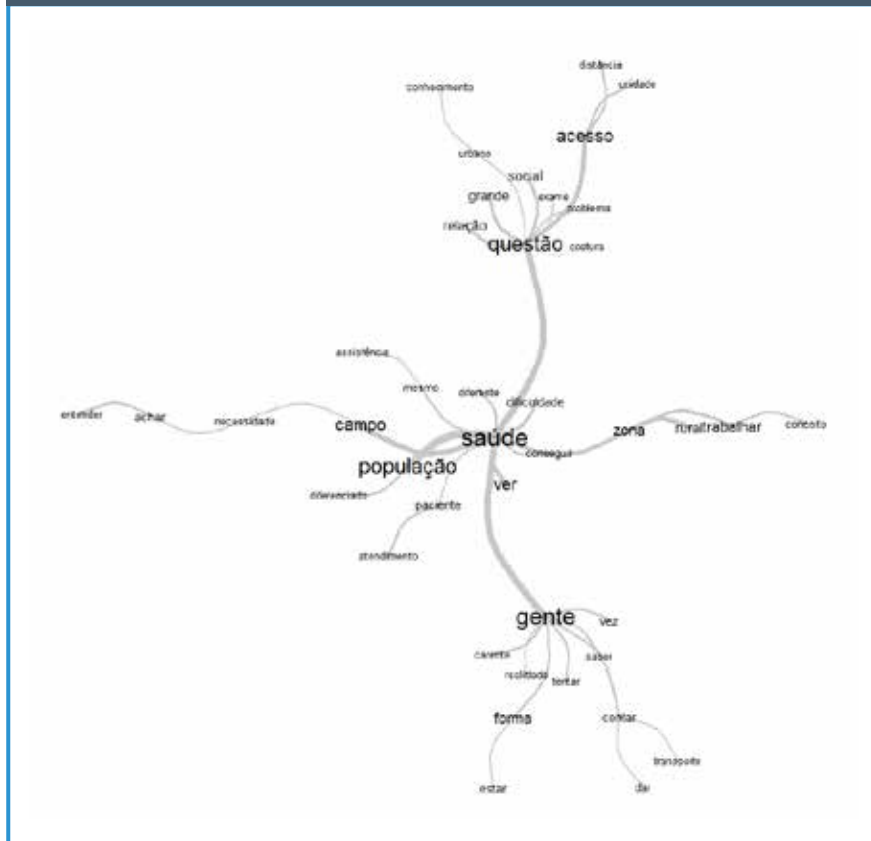
Os dados foram analisados por meio do software de análise textual Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq). Este que realiza diferentes tipos de análise, desde aquelas mais simples como o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas que incluem a classificação hierárquica descendente e a análise de similitude⁽¹¹⁾. Essa técnica é utilizada por pesquisadores das representações sociais, pois permite detectar as coocorrências entre as palavras, o que facilita a identificação da estrutura da representação⁽¹²⁾. Para este estudo, optou-se por utilizar a árvore de similitude (Figura 1) e a Nuvem de palavras (Figura 2). Os resultados foram analisados à luz da literatura vigente aportando-se na TRS.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE da Universidade de Pernambuco – UPE, com parecer de aprovação em 02/10/2017 sob nº 109.011 e CAAE 76749517.7.0000.5192. Os participantes foram esclarecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme os princípios éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos da Resolução nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Constatou-se na caracterização demográfica que dez dos participantes era do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Todos com tempo significativo de atuação em Estratégia de Saúde da Família, entre cinco e 15 anos de atuação profissional, principalmente em zona rural. Por questões éticas, para não identificação do único participante do sexo masculino, iremos acatar, para todos os participantes o termo 'enfermeira'.

Figura 1 – Árvore de similitudes referente ao corpus textual ‘saúde do campo’ Caruaru, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 2 – Nuvem de palavras referente ao corpus textual ‘saúde do campo’ Caruaru, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O corpus textual denominado ‘saúde do campo’ processado no software Iramutep que gerou as figuras, a partir de um número de 30 segmentos de textos, 1028 ocorrências e 168 formas ativas, com frequência maior que três. A figura 1 representa o gráfico resultante desse processamento denominado árvore de similitudes.

A Árvore de similitude (Figura 1) é formada por três blocos ou ramificações, contendo como palavras em evidência “saúde”, “questão” e “gente”. O termo “saúde” encontra-se centralizado e contém a maior quantidade de evocações e ramificações. Além disso, percebe-se uma conexão entre os termos “acesso, campo, população, trabalhar e forma”. Como podem ser confirmados com as falas baixo:

“Pronto, principal dificuldade na zona rural é deslocamento [...] que nosso posto é muito longe, a gente não tem casa próxima, a minha área é muito extensa e as casas são longe.” (E7)

“O que dificulta o acesso às pessoas na minha unidade é isso, é o transporte. Por conta das microáreas serem muito distantes, acabam não tendo acesso”. (E2)

“A questão do descolamento, pela barreira de acesso mesmo, distância de casa, dificuldade de transporte, tudo isso interfere no cuidado da saúde das pessoas da zona rural”. (E4)

A figura 2, evidenciada pela Nuvem de palavras, torna possível visualizar e identificar rapidamente as evocações com maior frequência no corpus textual analisado. Neste tipo de representação gráfica as palavras em tamanho maior possuem as maiores frequências, se comparada às palavras de menor tamanho. Assim, destacam-se os termos “população”, “gente”, “saúde”, “questão”, “campo” e “acesso”, que melhor serão compreendidos com os seguintes trechos de fala:

“Acesso, que eu acho... populações que tem mais dificuldade de acesso à saúde”. (E1)

“A questão do acesso à saúde... muito

a ver com a questão da distância, o deslocamento dessa população até a unidade básica de saúde”. (E3)

“A dificuldade de um acesso aos outros níveis de atenção, ao nível secundário, ao nível terciário, devido à distância... Eu acho que essa é a dificuldade maior”. (E3)

“Questões de distância, questões de logística, de transporte, do próprio encaminhamento desses pacientes ir para unidades que são localizadas em zona urbana”. (E5)

“É diferente da cidade que é mais próximo, tem transporte, tem tudo, dá pra você ir e vir. Lá não [zona rural], o ônibus só passa duas vezes no dia, não passa em todas as áreas”. (E7)

DISCUSSÃO

Na análise da Figura 1 revela-se uma representação objetivada no termo “saúde”, no entanto, há uma relação de conexidade com diversos elementos estruturais como: “acesso”, “campo”, “população”, “trabalhar” e “forma”. A evocação desses termos pelas participantes aponta um sentido onde as dificuldades em trabalho com diversos problemas de saúde têm relação direta com o acesso da população à unidade de saúde.

Observa-se, na segunda ramificação, que existe uma correlação direta dos termos “questão” e “acesso” à saúde do campo. Ambos estão atrelados a aspectos próprios da saúde como os serviços oferecidos pela rede do SUS, as políticas públicas e programas. Fazem relação com a identificação de barreiras de acessibilidade, como o distanciamento da USF à casa dos usuários e a dificuldade de deslocamento para chegar até essas unidades.

A percepção das participantes desse estudo encontra ressonância com estudo realizado em uma cidade do estado de Minas Gerais sobre acesso aos serviços de saúde, pois, na visão de profissionais e usuários, o “acesso” está interligado à dimensão estrutural que perpassa o financiamento do sistema de saúde e expõem dificuldades práticas das políticas em saúde no país como a acessibilidade geográfica devido a distância da

residência do usuário até a unidade. Para as autoras essa é uma condição determinante quando se avalia populações rurais⁽¹⁴⁾.

A implantação da PNAB em 2006 veio comprometida com o estabelecimento da estratégia a saúde da família como prioridade. Identificou-se, desde então, a ampliação do acesso e cobertura crescente à população por meio da ESF como cumprimento de uma das dimensões do acesso⁽¹⁵⁾. Este, que pode ser visualizado como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, conceituado como a disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades⁽¹⁶⁾.

Para as enfermeiras que atuam no Agreste Pernambucano, às barreiras de acessibilidade são fatores significativos na prestação do cuidar no contexto rural, principalmente, por compreenderem ser a atenção básica o principal nível de assistência presente nesse contexto e que seu fazer diário demanda novos modos de ação.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios mostra que a área urbana tem uma oferta maior de serviços de saúde e de melhor qualidade se comparado à população do campo, bem como o acesso aos centros de saúde que é facilitado⁽¹⁷⁾. Diante dessa realidade os usuários dos centros urbanos procurem atendimentos para tratamento, reabilitação, exames de rotina ou de prevenção, enquanto a população rural, majoritariamente, quando há presença concreta de doenças.

Os reflexos da dificuldade de acesso das populações rurais são indicados pelos piores índices de saúde, determinantes sociais e taxas de coberturas preventivas, bem como a dificuldade do acesso ao sistema de saúde em todos os seus níveis. O tamanho das equipes e a distância (real e construída pelas dificuldades burocráticas) geram mais obstáculos no oferecimento do cuidado integral à saúde⁽⁴⁾.

A concepção sobre saúde do campo relatada pelas enfermeiras é influenciada pelo trabalho desenvolvido no campo profissional e pela construção subjetiva das relações estabelecidas. Logo, enquanto se cria a representação de um objeto, também o sujeito se constitui, ao se situar no universo social e material. Ao expressar uma opinião sobre

um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação, sua característica principal é a produção de comportamentos e de relações com o meio⁽⁸⁾.

Compreende-se que essas representações sociais em saúde são concepções adquiridas ao longo da experiência e vivência profissional das enfermeiras, como atores da ação em ESF. Desse modo, algumas evocações presentes na árvore de similitudes como “forma” no sentido de configuração e conformação e o termo “tentar” no sentido de fomentar e estimular, refletem um dimensão atitudinal onde as enfermeiras assumem para si responsabilidades sociais que possam ter impacto na transformação da realidade local. Assim, a saúde do campo parece demandar destas ações práticas que impliquem em melhoria do acesso e cuidado em saúde.

A ideia de comprometer-se com as questões de acesso e dificuldade de acessibilidade também forma aportadas na Nuvem de palavras ao apresentarem como central o termo “gente”. Compreende-se que se tratar de uma autorreferência na linguagem formal que consiste em uma forma de referir-se a si mesma diretamente. Porém, as palavras “indivíduo” e “população” que estão em coocorrência com “gente” conformam o sentido semântico de “coletividade”. Apondo que as ações de saúde no âmbito individual e coletivo, na atenção básica, que estão presentes na própria constituição da enfermagem, como essência e especificidade no cuidado ao ser humano⁽¹⁸⁾ foram incorporados pelas participantes desse estudo ao desenvolverem atividades no campo.

Esses aspectos, no contexto rural, são essenciais para o reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações do campo. Além disso, a estrutura fundiária, o saneamento básico, os altos índices de mortalidade infantil, a insalubridade, o analfabetismo e outros fatores, determinam as condições de saúde da população do campo e são evidenciadas na Política de Saúde do Campo⁽⁶⁾.

Por meio das representações sociais de enfermeiras, participantes desse estudo, compreende-se que a realidade da saúde

do campo é distinta e possui condições peculiares que se assentam na história, cultura e relações sociais. Implicando em demandas profissionais centradas em qualidade no cuidado prestado, acolhimento, bem estar aos usuários, e promoção da autonomia, através de diagnóstico preciso das reais necessidades que a população do campo demanda.

A limitação deste estudo envolve a participação de enfermeiras/os que atuam em uma única microárea de ESF rural. Ainda assim, os resultados permitiram acessar elementos que podem contribuir com o fazer da enfermagem e das equipes de Saúde da Família nas discussões e lutas pela reorganização da rede assistencial em

municípios de pequeno porte. A escassez de estudos recentes sobre a temática dificultou o estabelecimento de identidades entre os achados da pesquisa e a realidade de enfermeiras em distintos contextos no âmbito da atenção primária à saúde.

CONCLUSÕES

A dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde assume a centralidade das representações sociais de enfermeiras ao reconhecer as necessidades/restrições de acesso das populações que vivem no campo seja no enfrentamento às distâncias geográficas ou a outros serviços da rede.

O estudo traz como inovações para o

ensino e pesquisa a existência de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase apenas nas populações do campo, o que garante a manutenção de produções científicas acerca desse espaço de trabalho e vida. Para a enfermagem, o suporte teórico-prático para a criação de um modelo de cuidar baseado nas peculiaridades das populações do campo.

Para tanto, é necessária a valorização dos aspectos culturais, das diferenças históricas entre o rural e o urbano e, realização de estudos que possam enriquecer o processo de educação permanente dos profissionais da saúde, oportunizando uma conduta e atuação diferenciada frente à realidade encontrada nesses territórios. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-SUS). [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017- [citado 2017 dez 10]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>
2. Caires ES, Junior PJS. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2017; 9(1): 1174-1177.
3. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy: *Rev Bras Enferm* [internet]. 2016; 69(6): 1060-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.
4. Ando NM et al. Declaração de Brasília "O conceito de rural e o cuidado à saúde". *Rev bras med fam comunidade* 2011; 6(19): 142-144.
5. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Health promotion and participation: approaches and inquiries. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108): 190-203. DOI: [10.1590/0103-1104-20161080016](https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016).
6. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 48 p.
7. Batista KA, Oliveira PRS. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. *Pesqui. prát. psicossociais, São João del-Rei*. [internet]. 2017 [citado 2018 set 27]; 12(3): 1-17. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300006&lng=pt&nrm=iso.
8. Shimizu HE et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(9): 2899-2910.
9. Gonçalves RM, Silva AMTB. Uma breve contextualização histórica: Representações Sociais e a prática interdisciplinar, como objeto de pesquisa no Ensino de Ciências. *Res., Soc. Dev.* 2019; 8(6): e15861033. DOI: <http://dx.doi.org/10.333448/rsd-v8i6.1033>
10. Caruaru. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Dados do município de Caruaru-PE; 2016.
11. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev. esc. enferm. USP*. 2018; 52:e03353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
12. Moraes AAS, Suto CSS, Oliveira JSB de et al. *Rev enferm UFPE on line*. [internet]. 2018 [citado 2019 jan 20]; 12(10): 2759-65. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236590>.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, n. 98, p. 44-46*.
14. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc* 2015; 24(1): 100-112.
15. Albuquerque MSV et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 2018; 42(spe.1): 208-223. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
16. Panchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(sn): 127-140.
17. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(6): e00213816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>.
18. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2016; 24, e2721.