

Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte

Evaluation of access to primary care units in small Brazilian municipalities

Bruna Ré Carvalho¹, Janise Braga Barros Ferreira¹,
Márcia Cristina Rodrigues Fausto², Aldaísa Cassanho Forster¹

Resumo

Introdução: Embora sejam reconhecidos os avanços da Atenção Primária à Saúde brasileira, estudos têm demonstrado a persistência de desafios para o seu fortalecimento, como a qualidade do acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Descrever aspectos do acesso do usuário às unidades de Atenção Primária à Saúde de municípios brasileiros de pequeno porte. **Método:** Pesquisa avaliativa de corte transversal e abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários da base nacional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, totalizando 35.815 usuários. **Resultados:** A região Nordeste foi mais caracterizada por não realizar a marcação de consulta, pelo fato de o horário de funcionamento não atender às necessidades dos usuários e por não funcionar em todos os dias da semana. As regiões Sul e Sudeste apresentaram características semelhantes relativas ao funcionamento das unidades durante todos os dias da semana, ao horário de funcionamento atender às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. As regiões Norte e Centro-Oeste assemelharam-se quanto ao maior tempo gasto para acessar as unidades e ao grau de dificuldade desse acesso. **Conclusão:** O estudo apontou diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais que interferem no acesso às unidades, que podem ser repensados para tornar a atenção à saúde mais equitativa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; serviços de saúde; avaliação em saúde; acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Background: Although the advances of Primary Health Care in Brazil are acknowledged, studies have demonstrated the persistence of challenges, including the quality of access to health services. **Objective:** Describe aspects of user access to Primary Health Care units of small Brazilian municipalities. **Method:** Cross-sectional evaluative research and quantitative approach. Secondary data used from the national base of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care, totaling 35,815 users. **Results:** The Northeast region was characterized by non-scheduled appointments, hours of operation that did not meet the users' needs, and not working on every day of the week. The South and Southeast regions presented similar characteristics regarding the units' weekdays hours of functioning, the working hours to meet the needs of the users, and appointment scheduling. The North and Central-West regions show similar longer waiting time for accessing the Units and similar degree of difficulty of access. **Conclusion:** The study pointed to regional differences in geographical and organizational aspects that interfere with access, which can be rethought to make health care more equitable.

Keywords: Primary Health Care; health services; health evaluation; health services accessibility.

¹Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Janise Braga Barros Ferreira - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Av. Bandeirantes, 3900, 2º andar - Monte Alegre - CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto (SP), Brasil - Email: janise@fmrp.usp.br

Fonte de financiamento: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA).

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

Embora sejam reconhecidos os avanços da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira por meio, principalmente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), estudos têm demonstrado a persistência de desafios para o seu fortalecimento, que colocam em discussão a qualidade do acesso aos serviços diante das necessidades em saúde da população, nos diferentes contextos que conformam o território brasileiro¹⁻³.

Nessa perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio do estímulo à avaliação contínua das práticas de atenção e de gestão³. Atualmente, o PMAQ está no terceiro ciclo, organizado em três fases e um eixo transversal estratégico de desenvolvimento, que se complementam formando um ciclo contínuo de qualidade. Na primeira fase de adesão e contratualização, os municípios e as equipes de AB pactuam compromissos e indicadores. Na segunda fase de certificação, o MS conta com o apoio de instituições de ensino para verificação *in loco* de padrões de acesso e qualidade e, posteriormente, certificação das equipes. Na última fase, ocorre uma recontractualização dos compromissos e dos indicadores firmados. O eixo estratégico transversal perpassa todas as fases, com ações de autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal⁴.

O PMAQ dispõe de um instrumento para realização de inquérito com os usuários das unidades de saúde (US), que abrange as condições de acesso e de qualidade em relação à infraestrutura, às condições de funcionamento e às ações de saúde desenvolvidas na APS⁴. Por certo, a avaliação da qualidade em saúde é uma ferramenta de reorganização do trabalho, proporcionando a melhoria do acesso e comportando dimensões relacionadas ao conhecimento, à tecnologia em saúde, às expectativas, às preferências e às necessidades dos usuários e da sociedade em geral acerca das ações ofertadas nos serviços de saúde (SS)^{5,6}. Nesse sentido, a experiência do usuário integra o conjunto de indicadores para avaliação, apontando situações em que seja possível melhorar a qualidade do cuidado^{1,7-9}.

Em 2010, 70% dos municípios brasileiros possuíam menos de 20 mil habitantes (pequeno porte 1), totalizando, aproximadamente, 32 milhões de habitantes, sendo 59,1% residentes em área urbana e 40,9% na rural, enquanto o perfil geral observado nos municípios como um todo era de 84,4% da população residindo em área urbana, e 15,6%, em zona rural. Ainda, nesses municípios, a proporção de analfabetismo entre os maiores de 15 anos era igual a 16,7%, contra 9,6% no total de municípios brasileiros. Já as taxas de adequação dos domicílios ao saneamento eram de 32,3 e 61,8%, respectivamente, nos municípios pequenos em relação ao total dos municípios brasileiros¹⁰. Outro problema desses municípios é a escassez

de médicos. Geralmente, em áreas geográficas isoladas, com maior vulnerabilidade social, econômica e sanitária, esses profissionais atuam em condições inadequadas de trabalho, com cargas horárias altas e baixa remuneração, dificultando a sua fixação, o que compromete a composição de equipes de saúde e, conseqüentemente, o acesso^{11,12}. Esses dados exprimem peculiaridades dos pequenos municípios e podem influenciar o acesso aos serviços de saúde, principalmente no tocante à acessibilidade geográfica e organizacional.

De maneira geral, o conceito de acesso está relacionado de forma dinâmica às características dos indivíduos e de suas demandas e às características do serviço e sua oferta, apontando para um grau de ajustamento entre eles¹³. Nesta pesquisa, acessibilidade foi entendida como a capacidade de possibilitar que as pessoas cheguem aos SS e obtenham o primeiro contato, e o acesso foi compreendido como a forma que o usuário experimenta esse aspecto dos SS¹⁴.

Assim, acredita-se que estudos sobre acesso aos serviços de saúde delimitados aos pequenos municípios, considerando a perspectiva do usuário, possam contribuir para a apreensão da realidade da APS.

Desse modo, este artigo teve como objetivo principal descrever aspectos do acesso às unidades de APS de municípios brasileiros de pequeno porte.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de corte transversal e de abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários do banco de dados de base nacional da avaliação externa do PMAQ (módulo III), segundo ciclo, com coleta realizada nos anos de 2013 a 2014. O estudo abrangiu 35.815 usuários de municípios menores de 20 mil habitantes. O módulo III corresponde à entrevista com o usuário, visando verificar a sua percepção quanto ao acesso e à utilização do SS¹⁵. Elegeram-se a dimensão “acesso, utilização, participação e satisfação do usuário” para estudo, selecionando-se variáveis da descrição do usuário (sexo; idade; raça; escolaridade; se trabalha; e quanto é a renda), da subdimensão 5, “acesso aos serviços de saúde” (tempo gasto entre a casa do usuário e a US; a percepção de como é chegar à US; quais dias na semana e turnos a US funciona; se esse horário é divulgado; se ele é fixo; se atende às suas necessidades; e, para facilitar seu atendimento, como gostaria que a US atendesse) e da subdimensão 6, “marcação de consultas na unidade de saúde” (se a US realiza marcação de consulta), totalizando nove variáveis mais a caracterização socioeconômica do usuário. Foi realizada uma descrição de todas as variáveis por região brasileira, sendo os dados analisados por meio de frequências relativas e absolutas pelo *software* SAS 9.2 (*System for Windows. Release 9.2*)¹⁶. As associações entre as variáveis qualitativas foram realizadas pela análise de correspondência múltipla¹⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 1.306.782).

RESULTADOS

Dos 35.815 usuários, a maioria era do sexo feminino (79%, n = 28.288), com os maiores percentuais de 20 a 39 anos (41,8%, n = 14.947), pardo-mestiça (45,3%, n = 15.845), com ensino fundamental incompleto (46,2%, n = 16.511), não trabalhava (66,3%, n = 23.753), e aqueles que trabalhavam tinham renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (65,4%, n = 6.558).

Analisando os dados nacionalmente, notou-se que a maioria dos usuários levava de 10 a 30 minutos para chegar à US (89,6%, n = 31.929) e considerava “muito fácil/fácil” chegar a ela (78,1%, n = 27.973), enquanto 9,3% (n = 3.316) consideravam “difícil/muito difícil”. A análise por regiões apontou o Nordeste com o maior percentual de usuários que gastaram menos tempo para chegar à US, levando de 10 a 30 minutos (90,7%, n = 12.913). Em contrapartida, o Norte apresentou o maior percentual de indivíduos que levavam mais de 40 minutos para chegar aos SS (14,7%, n = 323). Com os maiores percentuais (acima de 78%), os usuários das regiões Nordeste, Sul e Sudeste achavam “muito fácil/fácil” chegar à US, enquanto a região Norte obteve os maiores percentuais para percepção “difícil/muito difícil” (Tabela 1).

Grande parte dos usuários informou que as US funcionavam de segunda a sexta-feira (87,6%, n = 31.376), nos turnos da manhã e da tarde (89,7%, n = 32.113), possuindo horário fixo de funcionamento (95,9%, n = 30.756), divulgando esse horário (88,2%, n = 29.407), atendendo às suas necessidades com essa organização (89%, n = 31.461). Em porcentagens menores, algumas US não funcionavam todos os dias da semana (7,9%, n = 2.844) ou funcionavam de segunda a sexta-feira, mais o sábado e/ou o domingo (4,5%, n = 1.595), atendendo em três turnos (3,6%, n = 1.270) ou em outros turnos (6,8%, n = 2.432). Quando questionados se o horário de funcionamento daquela unidade era capaz de atender às suas necessidades, 89% dos respondentes disseram que sim, e 11%, que não. Os resultados referentes à

organização das US por regiões demonstraram predominar, em todas elas, o funcionamento de segunda a sexta-feira, porém o Nordeste apresentou o maior percentual de funcionamento inferior a cinco dias por semana (13,6%, n = 1.950), incluindo os fins de semana (3 a 6%). O funcionamento nos dois turnos predominou em todas as regiões, enquanto, nos três períodos, o Sul, o Sudeste e o Norte apresentaram os maiores percentuais. Porém, é importante ressaltar que os dados afirmativos de horário fixo de funcionamento, divulgação do horário e atendimento das necessidades foram contestados em maiores percentuais pelos usuários das regiões Norte e Nordeste (Tabela 2).

Os horários distintos do funcionamento das US em dois turnos (manhã e tarde) foram opções reconhecidas como não facilitadoras de seu atendimento pela maioria dos entrevistados em todas as regiões brasileiras, variando de 69,4% (n = 24.842) a 90% (n = 32.216). No entanto, as regiões Nordeste e Norte destacaram-se por apresentar os maiores percentuais de usuários que indicaram as possibilidades de a unidade funcionar “mais cedo pela manhã”, “aos sábados”, “no horário do almoço” e aos “domingos” como situações facilitadoras de acesso. O Nordeste, de forma isolada, destacou-se pelas alternativas “à tarde até às 18h” e “à noite” (Tabela 3).

Com porcentagem acima de 87%, a maioria das US de todas as regiões fazia marcação de consulta, porém chama atenção os percentuais daquelas que não realizavam essa ação, principalmente nas regiões Centro-Oeste (13,3%, n = 421), Norte (11,9%, n = 261), Sul (11,7%, n = 756) e Nordeste (8,4%, n = 1.202) (Tabela 4).

A verificação da associação de acesso às US de municípios de pequeno porte, entre as regiões brasileiras, segundo variáveis de acesso e de marcação de consultas, por meio da análise de correspondência, apontou que não realização da marcação de consulta, horário de funcionamento não atendendo às necessidades dos usuários e não funcionamento nos cinco dias úteis da semana foram as variáveis relativas às US que caracterizaram mais a região Nordeste. Por sua vez, pôde-se notar que o Sul e o Sudeste apresentaram características mais

Tabela 1. Tempo em minutos gasto entre a casa e a unidade de saúde do usuário e sua percepção de como é chegar à unidade de saúde, em municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013-2014, de acordo com as regiões brasileiras

Variáveis	Região					Brasil
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Quanto tempo o senhor leva da sua casa até esta unidade?						
10 a 30 minutos	2744 (87,0%)	12913 (90,7%)	1870 (85,3%)	8618 (89,7%)	5784 (89,6%)	31929 (89,6%)
40 minutos ou mais	409 (13,0%)	1324 (9,3%)	323 (14,7%)	995 (10,4%)	671 (10,4%)	3722 (10,4%)
Chegar até essa unidade de saúde é:						
Muito fácil/fácil	2392 (75,6%)	11337 (79,2%)	1623 (73,7%)	7520 (77,9%)	5101 (78,7%)	27973 (78,1%)
Razoável	443 (14,0%)	1734 (12,1%)	313 (14,2%)	1221 (12,7%)	815 (12,6%)	4526 (12,6%)
Difícil/muito difícil	328 (10,4%)	1250 (8,7%)	265 (12,0%)	911 (9,4%)	562 (8,7%)	3316 (9,3%)

Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 2. Dias, turnos, divulgação de horário pela equipe, existência de horário fixo de funcionamento da unidade de saúde e atendimento de suas necessidades conforme horário de atendimento, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013-2014, de acordo com a região brasileira

Variáveis	Região					Brasil
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
A unidade de saúde funciona em quais dias na semana?						
Menos que cinco dias úteis	124 (3,9%)	1950 (13,6%)	144 (6,5%)	355 (3,7%)	271 (4,2%)	2844 (7,9%)
Segunda a sexta	2931 (92,7%)	11724 (81,9%)	1919 (87,2%)	8897 (92,2%)	5905 (91,2%)	31376 (87,6%)
Segunda a sexta, mais sábado e/ou domingo	108 (3,4%)	647 (4,5%)	138 (6,3%)	400 (4,1%)	302 (4,7%)	1595 (4,5%)
Em quais turnos a unidade funciona?						
Manhã e tarde	2971 (93,9%)	12466 (87,1%)	1875 (85,2%)	8945 (92,7%)	5856 (90,4%)	32113 (89,7%)
Manhã, tarde e noite	71 (2,2%)	278 (1,9%)	92 (4,2%)	442 (4,6%)	387 (6,0%)	1270 (3,6%)
Outros turnos	121 (3,8%)	1577 (11,0%)	234 (10,6%)	265 (2,8%)	235 (3,6%)	2432 (6,8%)
A equipe divulga o horário que a unidade funciona?						
Sim	2587 (89,2%)	11604 (86,3%)	1774 (86,0%)	7891 (88,2%)	5551 (92,8%)	29407 (88,2%)
Não	313 (10,8%)	1841 (13,7%)	288 (14,0%)	1056 (11,8%)	430 (7,2%)	3928 (11,8%)
A unidade possui horário fixo de funcionamento?						
Sim	2754 (96,3%)	12184 (95,3%)	1811 (93,9%)	8454 (96,4%)	5553 (97,0%)	30756 (95,9%)
Não	105 (3,7%)	603 (4,7%)	118 (6,1%)	312 (3,6%)	173 (3,0%)	1311 (4,1%)
O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?						
Sim	2804 (89,7%)	12404 (87,5%)	1829 (84,9%)	8537 (89,7%)	5887 (92,3%)	31461 (89,0%)
Não	321 (10,3%)	1770 (12,5%)	326 (15,1%)	982 (10,3%)	493 (7,7%)	3892 (11,0%)

Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 3. Horários que facilitariam o atendimento na unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013-2014, de acordo com a região brasileira

Variáveis	Região					Brasil
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Para facilitar o seu atendimento, o senhor gostaria que a unidade atendesse:						
Mais cedo pela manhã						
Sim	367 (11,6%)	2880 (20,1%)	419 (19,0%)	735 (7,6%)	591 (9,1%)	4992 (13,9%)
Não	2796 (88,4%)	11441 (79,9%)	1782 (81,0%)	8917 (92,4%)	5887 (90,9%)	30823 (86,1%)
À tarde até as 18h						
Sim	487 (15,4%)	4022 (28,1%)	460 (20,9%)	1649 (17,1%)	1150 (17,8%)	7768 (21,7%)
Não	2676 (84,6%)	10299 (71,9%)	1741 (79,1%)	8003 (82,9%)	5328 (82,3%)	28047 (78,3%)
À noite						
Sim	531 (16,8%)	3879 (27,1%)	539 (24,5%)	2236 (23,2%)	1334 (20,6%)	8519 (23,8%)
Não	2632 (83,2%)	10442 (72,9%)	1662 (75,5%)	7416 (76,8%)	5144 (79,4%)	27296 (76,2%)
Aos sábados						
Sim	824 (26,1%)	5188 (36,2%)	797 (36,2%)	2663 (27,6%)	1501 (23,2%)	10973 (30,6%)
Não	2339 (74,0%)	9133 (63,8%)	1404 (63,8%)	6989 (72,4%)	4977 (76,8%)	24842 (69,4%)
No horário do almoço						
Sim	336 (10,6%)	1629 (11,4%)	281 (12,8%)	724 (7,5%)	629 (9,7%)	3599 (10,0%)
Não	2827 (89,4%)	12692 (88,6%)	1920 (87,2%)	8928 (92,5%)	5849 (90,3%)	32216 (90,0%)
Domingo						
Sim	413 (13,1%)	2900 (20,3%)	435 (19,8%)	1642 (17,0%)	861 (13,3%)	6251 (17,4%)
Não	2750 (86,9%)	11421 (79,8%)	1766 (80,2%)	8010 (83,0%)	5617 (86,7%)	29564 (82,6%)

Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 4. Marcação de consulta, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil e regiões brasileiras, PMAQ, 2013-2014

Variáveis	Região					Brasil
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
<i>Esta unidade de saúde faz marcação de consulta?</i>						
Sim	2742 (86,7%)	13119 (91,6%)	1940 (88,1%)	9407 (97,5%)	5722 (88,3%)	32930 (91,9%)
Não	421 (13,3%)	1202 (8,4%)	261 (11,9%)	245 (2,5%)	756 (11,7%)	2885 (8,1%)

Fonte: Elaboração dos autores

semelhantes relativas ao funcionamento das unidades de saúde durante todos os dias da semana, inclusive aos sábados e/ou aos domingos, ao horário de funcionamento das unidades de saúde atender às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. Observou-se ainda uma semelhança entre as regiões Norte e Centro-Oeste quanto ao maior tempo gasto para acessar as US e ao grau de dificuldade desse acesso (Figura 1).

DISCUSSÃO

O estudo revelou características da acessibilidade geográfica e organizacional aos serviços de APS e suas diferenças regionais nos municípios de pequeno porte do país. Corroborando os seus achados, no âmbito da acessibilidade geográfica, pesquisa envolvendo o primeiro ciclo do PMAQ apontou que 73% dos usuários dos pequenos municípios consideraram que as US estavam localizadas perto de seus domicílios, e 11%, distantes, ou seja, as US utilizadas estavam no território onde as famílias residiam e eram cadastradas¹⁸. Pesquisa similar indicou uma satisfação de mais de 80% dos participantes quanto à distância de sua casa à US¹⁹. Para usuários dos municípios de pequeno porte das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, a distância do domicílio até a US é fator importante na análise da satisfação em relação aos SS²⁰. Marin et al.²¹ encontraram que, para os usuários e profissionais da saúde, a localização da US era considerada adequada ao atendimento das necessidades dos usuários. O estudo de Viegas et al.²², que analisou a acessibilidade geográfica abordada pelos profissionais, apontou a distância da residência do usuário à unidade como dificultadora do acesso. Porém, 63% desses usuários gastavam menos de 15 minutos para chegar à unidade, podendo indicar que os entrevistados na US eram aqueles que residiam em suas proximidades. Leão e Silva et al.²³ observaram que, tanto na percepção dos usuários quanto na dos profissionais, as principais barreiras geográficas eram: transporte insuficiente, má localização das US, características da geografia local e delimitação inadequada do território. Confirmando os achados quanto à acessibilidade geográfica prejudicada nos municípios de pequeno porte da região Norte, pesquisadores²⁴ registraram as discrepâncias de percepção de distância entre os moradores da região e os avaliadores do PMAQ. Para os moradores, a distância de “duas léguas” até a US, expressão cultural utilizada, era considerada pequena. Já para

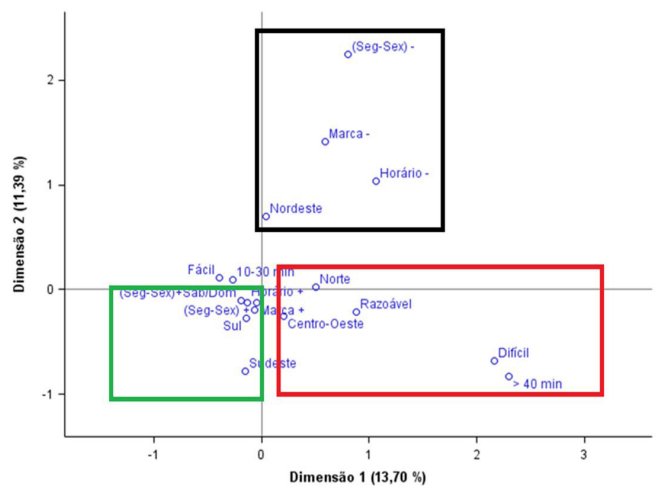


Figura 1. Representação das variáveis de acesso aos serviços de saúde e de marcação de consultas no plano bidimensional

os avaliadores, a distância equivalia aproximadamente a 3 horas de viagem em estrada de chão, apontando para a dificuldade daquelas comunidades ribeirinhas e de aldeias indígenas.

A boa acessibilidade geográfica na região Nordeste pode estar relacionada à expansão de cobertura da ESF ou à relativização da distância que foi considerada pequena diante das dificuldades enfrentadas por essa população. Dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS 2013) apontaram aumento nos percentuais de cobertura populacional da ESF no Sudeste e no Sul quando comparados aos da PNAD 2008²⁵. Também mostraram que, em 2013, 56,1% dos domicílios brasileiros estavam cobertos pela ESF, que o Nordeste apresentava as maiores taxas (cerca de 70%), e o Sudeste, as menores (48%). Por sua vez, pesquisa que abrangeu todos os municípios brasileiros indicou que a região que mais considerou a US perto de sua casa foi a Sudeste (69,6%), e mais longe, a Norte (17,6%)²².

Observando as características da acessibilidade organizacional nos pequenos municípios, os achados referentes ao funcionamento mínimo das US, por pelo menos cinco dias da semana e em dois turnos (manhã e tarde), são também encontrados em outros estudos^{18,26-28}. Fausto et al.² relataram que, quanto maior o porte populacional do município, maior é a quantidade de unidades que funcionam conforme o esperado, exceto para municípios com mais de 500 mil habitantes. No entanto, caso

a US não funcione cinco dias na semana, a chance de se obter satisfação diminui em 29%, quando comparada às unidades que funcionam cinco dias²⁶.

Quanto aos turnos de funcionamento, Albuquerque et al.¹⁸ destacaram a alta porcentagem (80%) de mudança na agenda dos avaliadores do PMAQ por não encontrarem unidades em funcionamento à tarde, apesar de constarem percentuais acima de 90% de usuários e dados censitários das unidades afirmando funcionar nos dois turnos. Também questionaram o real funcionamento das unidades, principalmente à tarde, ao se depararem com exatamente quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação, número que coincidia com o requerido para a avaliação externa, subentendendo que eles poderiam ter sido convocados para participar da entrevista.

Os usuários de municípios de pequeno porte estão mais satisfeitos quanto ao horário de funcionamento capaz de atender às suas necessidades²⁸. No entanto, em estudo acerca do acesso aos serviços de APS e utilização deles em município de grande porte da região Nordeste, os indicadores que apresentaram pior avaliação foram o não funcionamento das unidades aos finais de semana e após as 18 horas, uma vez que, frequentemente, os usuários perdem o dia de trabalho para se consultarem²⁹. O fato de as unidades funcionarem em horário comercial favorece a população que não é economicamente ativa. Sendo assim, é desejável que a organização das unidades permita acessibilidade em horários pautados no perfil de utilização dos SS pela população.

A região Nordeste apresentou maior percentual de usuários que gastaram de 10 a 30 minutos para chegar à unidade, favorecendo a acessibilidade. Como características não facilitadoras, observou-se maior percentual de funcionamento das unidades em menos de cinco dias úteis, menores percentuais de unidades com horário fixo de funcionamento, divulgação desse horário e atendimento das necessidades dos usuários com seu horário de funcionamento.

A região Norte apresentou como características não facilitadoras: maior percentual de usuários que gastaram mais de 40 minutos para chegar à US e que consideraram “difícil/muito difícil” chegar a ela, menores percentuais de unidades com horário fixo de funcionamento, divulgação desse horário e atendimento das necessidades dos usuários com seu horário de funcionamento.

Com base nos resultados decorrentes da visão dos usuários, observou-se que os pequenos municípios do Nordeste e do Norte apresentaram as maiores barreiras organizacionais relacionadas à limitação de dias, horários e turnos de atendimento, à existência de horário fixo e sua divulgação pela equipe e ao atendimento das necessidades dos usuários.

Cabe ressaltar que a população envolvida na pesquisa se encontrava nas US. Por esse motivo, os resultados não podem ser generalizados à realidade dos usuários que não conseguem

acessar os SS. Talvez por esse fato a acessibilidade geográfica e algumas características da acessibilidade organizacional sejam tão positivas, uma vez que quem respondeu já estava nos SS e não enfrentava ou já havia vencido as barreiras de acessibilidade.

Por sua vez, a análise de correspondência apontou que os pequenos municípios da região Nordeste foram mais caracterizados por não realizar a marcação de consulta, pelo fato de o horário de funcionamento não atender às necessidades dos usuários e por não funcionar nos cinco dias úteis da semana. Os municípios de pequeno porte das regiões Sul e Sudeste apresentaram características mais semelhantes relativas ao funcionamento das US durante todos os dias da semana, inclusive aos sábados e/ou aos domingos, ao horário de funcionamento das US atender às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, os municípios assemelharam-se quanto ao maior tempo gasto para acessar as US e ao grau de dificuldade desse acesso. Esses resultados ratificam as análises descritivas realizadas quando se evidencia cada região isoladamente. Portanto, infere-se que ações específicas sobre esses pontos, em cada região, oportunizem o uso dos SS nos pequenos municípios, promovendo acesso mais equitativo.

Decerto, na última década, o Brasil apresentou melhorias sociais e no sistema de saúde³⁰. No entanto, o comportamento de muitos indicadores sociais e de saúde ocorreu de maneira desigual, e os melhores resultados são obtidos onde a APS está fortemente presente, impulsionada pela ESF. Nas regiões em que houve maior expansão da ESF, registraram-se mudanças mais expressivas de alguns indicadores, tais como as internações e as mortes sensíveis à APS. Porém, ainda se observam fortes disparidades regionais, refletidas também nos municípios de pequeno porte, comprometendo a equidade no acesso aos SS^{20,31}.

O fato de o estudo ser de caráter nacional, envolver todos os municípios de pequeno porte que aderiram ao PMAQ e abranger 35.815 usuários do Sistema Único de Saúde possibilitou a descrição de importantes aspectos do acesso à APS, em todas as regiões brasileiras, pela visão de seus frequentadores.

Os participantes foram predominantemente mulheres jovens, pardas, com ensino fundamental incompleto, que não trabalhavam e aquelas que trabalhavam tinham renda mensal de um a três salários mínimos.

Enquanto nas regiões Norte e Centro-Oeste os usuários reconheceram, principalmente, barreiras de acessibilidade geográfica, no Nordeste foram mais identificadas as organizacionais relacionadas à disponibilidade de dias e horários de funcionamento das US. No Sul e no Sudeste, os usuários responderam mais positivamente para a acessibilidade geográfica e organizacional dos serviços de APS.

É oportuno lembrar os limites do estudo, tanto da utilização dos dados secundários quanto do modo de seleção dos participantes. Ressalta-se a coleta dos dados no interior das US, o que pode

gerar viés de respostas positivas, pois os participantes podem se sentir incomodados em responder negativamente, com receio de prejudicar a continuidade do seu cuidado. A amostra, por não ser aleatória, também pode apresentar viés de seleção e, conseqüentemente, gerar resultados mais favoráveis da pesquisa.

Enfim, vislumbra-se que estudar a percepção dos utilizadores dos SS permite identificar aspectos essenciais do acesso às unidades,

que podem ser implementados pelos tomadores de decisão para abordar as desigualdades regionais, especificamente nos pequenos municípios. Ademais, as avaliações de SS que dão voz aos usuários fortalecem a participação social nos processos de planejamento.

Sugere-se, finalmente, o desenvolvimento de novos estudos envolvendo outros ciclos do programa, confirmando a prática da avaliação em saúde como importante ferramenta gestora.

REFERÊNCIAS

1. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage.* 2017;40(Supl 2):S60-70. <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.000000000000183>. PMID:28252503.
2. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2014;38:13-33.
3. Mota RRA, Leal D, Helena MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Revista Enfermagem UERJ.* 2015;23(1):122-7. <http://dx.doi.org/10.12957/ruerj.2015.14725>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Roland M, Elliott M, Lyratzopoulos G, Barbiere J, Parker RA, Smith P, et al. Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England. *BMJ.* 2009;339(3):b3851. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b3851>. PMID:19808811.
6. Moreira KS, Vieira MA, Costa SM. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. *Saúde Debate.* 2016;40(111):117-27. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611109>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do “Saúde Mais Perto de Você”: acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Paiva MBP. Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
11. Girardi SN. Identificação de áreas de escassez em recursos humanos em saúde. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado; 2012.
12. Mendonça FF, Mattos LF, Oliveira EB, Domingos CM, Okamura CT, Carvalho BG, et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Cien Saude Colet.* 2016;21(9):2907-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18302016>. PMID:27653075.
13. Cerqueira MB, Pupo LR. Modos de vida e acesso em duas favelas da Baixada Santista. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, editores. *Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. p. 193-214.
14. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Manual instrutivo “Saúde Mais Perto de Você”: acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. SAS Institute Inc. *What’s new in SAS®9.2.* Cary: SAS Institute Inc.; 2011.
17. Mingoti SA. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada.* Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
18. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Medeiros MF, Martelli MPJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate.* 2014;38:182-94. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>.
19. Santiago RF, Mendes AC, Miranda GM, Duarte PO, Furtado BM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet.* 2013;18(1):35-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>. PMID:23338494.
20. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet.* 2017;22(6):1829-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>. PMID:28614503.
21. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Rev. Enferm. UERJ.* 2014;22(5):629-36.
22. 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. *Saude Soc.* 2015;24(1):100-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.
23. Leão e Silva LO, Dias CA, Soares MM, Rodrigues SM. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem.* 2011;16(4):654-60. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.25434>.
24. Mata NDS, Rodge LSP, Melo MVFA, Nascimento RO, Silva KB. O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um encontro com o PMAQ-AB. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, editores. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB.* Rio de Janeiro: Saberes; 2014. p. 145-165.

25. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet*. 2016 fev;21(2):351-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>. PMID:26910144.
26. Protasio APL. Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB-AB [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014.
27. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38:34-51. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>.
28. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2015;17(3):1-11.
29. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien Saude Colet*. 2013;18(11):3321-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>. PMID:24196897.
30. Fundação Oswaldo Cruz. PROADESS: avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. Relatório final.
31. Pavão AL, Duarte CR, Viacava F, Oliveira RAD. Aspectos socioeconômicos, de estrutura e de desempenho dos serviços de saúde das 17 regiões de saúde do Projeto Região e Redes. *Novos Caminhos*. 2016;(7):1-31.

Recebido em: Dez. 29, 2017

Aprovado em: Set. 01, 2018