

Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco

Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque¹, Tereza Maciel Lyra², Sidney Feitoza Farias³, Marina Ferreira de Medeiros Mendes⁴, Petrônio José de Lima Martelli⁵

¹Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. soveloso@oi.com.br

²Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil. tmlyra@gmail.com

³Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Pesquisador do pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. sidneyffarias@gmail.com

⁴Doutoranda em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – Lisboa, Portugal. Pesquisadora do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE) – Brasil. marinamendes2004@gmail.com

⁵Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professor do departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. petroniocarla@uol.com.br

RESUMO Analisou-se a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde. Trata-se de estudo descritivo de corte transversal com base nos dados do PMAQ-AB. Observou-se a expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica. Porém, as unidades ainda apresentam dificuldades na acessibilidade sócio-organizacional: barreiras arquitetônicas para acesso a pessoas com deficiência e idosos; o acolhimento não impactou a reorganização das ações programadas; as centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso; incipiente resolutividade no apoio diagnóstico e nos procedimentos/cirurgias..

PALAVRAS-CHAVE Estruturas de acesso; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *We analyzed the accessibility to health services in primary care in the State of Pernambuco and aspects that favor or hinder the entry and permanence of users in the health system. It is a descriptive cross-sectional study based on PMAQ-AB data. There was an expansion of the primary care with geographical accessibility, although units still face some difficulties as for socio-organizational accessibility: architectural barriers to access for disabled and elderly people; the way of receiving people did not impact the reorganization of scheduled actions; regulation centers are insufficient to ensure access; inefficient in the support to diagnoses and procedures/surgeries.*

KEYWORDS *Architectural accessibility; Health services accessibility; Primary Health Care.*

Introdução

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006A), a saúde da família assumiu o lugar de estratégia prioritária para organização da Atenção Básica. Em 2012, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava presente em 94,4% dos municípios brasileiros (32.498 equipes, com cobertura populacional de 53,7%). No estado de Pernambuco, esse percentual contemplava 100% dos municípios, com cobertura média de 68,7%¹. Tem-se, sem dúvida, uma ampliação do acesso da Atenção Básica por meio da ESF. No entanto, mesmo reconhecendo que tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da Atenção Básica, a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso.

O conceito de acesso é complexo e, muitas vezes, empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. Seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade e seus sinônimos como outros que fazem distinção de significados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Starfield (2002) e Penchansky e Thomas (1981) fazem parte do grupo de autores que destacam diferenças entre acesso e acessibilidade, apesar de considerarem que são complementares. Para Starfield (2002) acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Penchansky e Thomas (1981) discutem acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, definindo vários atributos para o conceito: ‘disponibilidade’ (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; ‘acessibilidade’, – ‘dimensão de acesso’ caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; ‘acolhimento’ (*accomodation*) – forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários; ‘capacidade de compra’ – formas de financiamento e a possibilidade dos

usuários de pagarem pelos serviços; e ‘aceitabilidade’ – reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um desses sujeitos.

Para Donabedian (2003), acesso e acessibilidade a ações e serviços de saúde têm significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

O autor destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Na dimensão sócio-organizacional de acessibilidade, Donabedian (2003) evidencia a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Este estudo adotou o conceito de acessibilidade proposto por Donabedian (2003), i.e., em suas dimensões geográfica e sócio-organizacional. Na direção organizacional, dois mecanismos previstos pela PNAB (BRASIL, 2006A) tornam-se relevantes na discussão de acesso: o acolhimento e a coordenação do cuidado.

O acolhimento, como dispositivo para garantir acessibilidade universal; com potencial para reorganizar o processo de trabalho para que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega

¹ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; para qualificar a relação entre trabalhador e usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). E a coordenação do cuidado como articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados a determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006). Neste estudo, não foi possível avaliar a coordenação dos cuidados em si, somente descrever e analisar aspectos que contribuem para sua consecução a partir da Atenção Básica.

Dessa forma, esta pesquisa analisou a acessibilidade da população aos serviços de saúde de Atenção Básica no estado de Pernambuco e os fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.

Método

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal que teve por base os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Pernambuco, realizado entre os meses de maio e setembro de 2012, em 99,5% dos municípios. Pernambuco, Estado do Nordeste brasileiro, tem cerca de nove milhões de habitantes e está dividido em cinco mesorregiões: Agreste; Metropolitana do Recife; São Francisco; Sertão e Zona da Mata, num total de 185 municípios, com forte concentração em área urbana (80%).

O PMAQ-AB, criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), tem por principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica com garantia de padrão de qualidade nacional, regional e localmente comparável, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais

direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011): Fase 1 - Adesão e contratualização; Fase 2 - Desenvolvimento; Fase 3 - Avaliação externa; e Fase 4 - Recontratualização.

Os dados aqui trabalhados referem-se à Avaliação Externa, etapa que inclui um conjunto de ações direcionadas à certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pelas equipes participantes do PMAQ-AB. Essa etapa tem por finalidade valorizar os esforços e resultados das equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. Para sua realização, o Ministério da Saúde contou com a participação de um conjunto de grupos de pesquisa de Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras.

O instrumento utilizado para a realização da Avaliação Externa está organizado em três módulos:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), cujas questões estão direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde, durante o qual 100% das UBS foram analisadas.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS, direcionados para a realização da Avaliação Externa das equipes de Atenção Básica.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. A entrevista foi realizada na unidade de saúde, com até quatro usuários de cada equipe de Atenção Básica que aderiu ao PMAQ-AB. Foram incluídos no estudo os usuários vinculados à equipe de Atenção Básica maiores de 18

anos e com consulta realizada na UBS no último ano. Foram excluídos da pesquisa os usuários menores de 18 anos ou que estavam pela primeira vez na unidade básica de saúde ou que há mais de um ano não realizavam consultam na UBS ou que sofriam de problemas mentais.

A partir das informações coletadas nos três módulos da pesquisa, foram gerados três bancos de dados. O banco de dados do Módulo I refere-se ao censo das UBS e possui informações sobre todas as unidades do Estado. As informações derivadas do módulo II são representativas apenas para as equipes de Atenção Básica que aderiram

voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes de Atenção Básica existentes no Estado de Pernambuco. O banco de dados do módulo III refere-se às informações derivadas da aplicação dos questionários respondidos pelos usuários atendidos pelas equipes entrevistadas no módulo II.

As análises foram geradas a partir do banco de dados e realizadas através do software IBM SPSS versão 21. Os dados foram analisados agregadamente em função de seu total e percentuais. A partir dos dados do censo das Unidades Básicas de Saúde e da Avaliação Externa das equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, analisou-se

Quadro 1. Categorias ou aspectos analisados, variáveis e fontes de dados PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Categorias ou aspectos analisados	Variáveis analisadas	Fonte de dados	Sujeito informante	Denominador
Caracterização do universo de estudo	Modalidades das UBS e quantitativo de profissionais	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Perfil dos usuários das UBS	Módulo III	Usuário	3617
Assessibilidade geográfica	Localização da UBS em relação aos domicílios	Módulo III	Usuário	3617
Acessibilidade sócio-organizacional	Horário de funcionamento das UBS e sua adequação	Módulo II	Profissional	1009
	Adequação das UBS para atendimento a idosos, portadores de deficiências e analfabetos: banheiros adaptados; barras de apoio; corrimão; acomodação cadeira de rodas; linguagens especiais	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Realização de Testes rápidos (sífilis; gravidez; HIV)	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Realização de pequenos procedimentos / cirurgias: drenagem de abscesso; sutura; retirada de ponto; lavagem de ouvido; extração de unha; nebulização/inalação; curativos; medicação intramuscular; medicação endovenosa	Módulo II	Profissional	1009
	Acolhimento: - implantação	Módulo II	Profissionais	1009
	- profissionais que participam	Módulo III	Usuários	3617
	- estudo de demanda espontânea, estratificação de risco e vulnerabilidade - tempo de espera			
Coordenação do cuidado: ordenamento e definição de fluxos assistenciais; centrais de regulação; comunicação entre equipes de atenção básica e especializada	Módulo II	Profissionais	1009	

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

Tabela 1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde e quantitativo dos profissionais de saúde por equipe mínima, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Variáveis	n	%
Tipo de unidade de saúde		
Posto de Saúde	449	22,2
Centro de Saúde/UBS	1.476	73,1
Posto Avançado	16	0,8
Outros	78	3,9
Total	2.019	100,0
- Com Saúde Bucal	1.469	72,8
- Sem Saúde Bucal	550	27,2
Quantidade de profissionais na equipe mínima da UBS*		
Médicos	1.851	91,7
Nenhum	165	8,2
Um	1.693	83,9
Mais de um	158	7,8
Enfermeiros	1.936	95,9
Nenhum	82	4,1
Um	1.781	88,2
Mais de um	155	7,7
Dentistas	1.509	74,7
Nenhum	508	25,2
Um	1.439	71,3
Mais de um	70	3,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Total de 2.019 UBS no Censo PMAQ-AB.

a localização do estabelecimento e o horário de funcionamento das UBS; a infraestrutura para o atendimento aos idosos e portadores de necessidades especiais; aspectos da resolubilidade; o acolhimento da demanda espontânea com avaliação de risco e vulnerabilidades e alguns dos mecanismos de coordenação do cuidado. Destaca-se, nestes últimos, a criação de centrais de regulação, os dispositivos de ordenamentos e definição de fluxos assistenciais e os mecanismos

de comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e especializada.

As categorias ou aspectos analisados, variáveis e fontes de dados estão elencados no quadro 1.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (parecer nº 32012, de 06 de junho de 2012).

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados está estruturada em duas partes. A primeira contém uma breve caracterização do universo do estudo e perfil dos sujeitos entrevistados (tipologia das unidades de saúde, número e profissionais entrevistados, caracterização dos usuários que participaram da pesquisa). A segunda apresenta análise sobre aspectos da acessibilidade na dimensão geográfica e sócio-organizacional, destacando-se: horário de funcionamento, adequação da infraestrutura das UBS para atendimento a pessoas com deficiência e aos idosos; implantação do acolhimento como mecanismo de facilitação de acesso; dispositivos organizacionais que contribuem para que as equipes da Atenção Básica exerçam a coordenação do cuidado, além de aspectos da resolubilidade das equipes.

Em Pernambuco, realizou-se o censo de infraestrutura em 2019 unidades de saúde. A Avaliação Externa ocorreu em 1009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012. Assim, entrevistaram-se 1.009 profissionais (92,6% enfermeiros, 5,6% médicos e 1,5% dentistas) e 3.617 usuários.

Dentre as unidades analisadas pelo censo, 22,2% eram Posto de Saúde, 73,1% Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 0,8% Posto Avançado e 3,9% Outros². Do total, 72,8% eram equipes de Saúde da Família (EqSF) com saúde bucal. Considerando o número de profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), o estudo revelou que a maioria das UBS contava com apenas um profissional

²Posto de saúde, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto avançado (ver em Manual do avaliador da qualidade/ Módulo I - PMAQ AB. Disponível em: dab.saude.gov.br

de cada categoria. Sendo que 83,9% das UBS possuem um médico, 88,2% um enfermeiro e 71,3% um dentista (tabela 1). Esse quantitativo corresponde ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006A).

No entanto, concorda-se com Pierantoni *et al.* (2011) que esse parâmetro adotado não atende às características epidemiológicas locais nem tampouco às exigências de um modelo que preconiza a vigilância à saúde e que demanda várias ações, além do atendimento clínico culturalmente instituído nos serviços de saúde. Salienta-se que os dados do censo/PMAQ-AB não permitem avaliar a carga horária de trabalho real dos profissionais nas UBS, variável que possibilitaria analisar as possíveis variações em relação à efetividade e dinâmica do trabalho.

Em relação à saúde bucal, houve uma evolução quantitativa das Equipes em Pernambuco, de 237 em 2002 para 1400 equipes implantadas em 2012. Por outro lado, chama atenção, na tabela 1, que 25,2 % das UBS não possuem dentista. Assim, apesar do avanço, uma questão que precisa nortear a reorganização dos modelos assistenciais refere-se à relação ideal de uma equipe de Saúde Bucal para uma equipe de Saúde da Família, uma vez que proporções de duas ou três EqSF para uma EqSB refletem desempenho ruim, visto que há enorme demanda para atendimento odontológico e ausência de vínculo da equipe com a comunidade.

Dentre os usuários entrevistados nas UBS, 45% eram adultos jovens, predominantemente do sexo feminino (86%), da cor parda e ou mestiça (60%) e 52% tinham renda familiar de até dois salários mínimos (tabela 2). Os resultados chamam atenção, de um lado para as precárias condições de vida da população atendida nas UBS, de outro, para a preponderância de mulheres atendidas, o que destaca seu papel no cuidado com a família e o maior acesso às UBS em função do horário de funcionamento. São resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Santiago *et al.* (2013) sobre o Recife.

Tabela 2. Caracterização dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde segundo atributos pessoais, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Caracterização dos usuários	n	%
Sexo		
Masculino	499	13,8
Feminino	3.118	86,2
Faixa etária		
≤ 19 Anos	179	4,9
20 a 24 anos	1.635	45,2
25 a 59 anos	1.150	31,8
≥ 60 anos	611	16,9
Não sabe/não resp.	42	1,2
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo (SM)	1.498	41,4
> 1 a 2 SM	708	19,6
> 2 a 3 SM	224	6,2
> 3 a 5 SM	71	2,0
> 5 a 10 SM	18	0,5
> 10 SM	6	0,2
Não sabe/não resp.	1.092	30,2
Cor		
Branca	871	24,1
Preta	422	11,7
Parda/mestiça	2.185	60,4
Amarela e indígena	121	3,3
Não sabe/não resp.	18	0,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

No âmbito da acessibilidade geográfica, dos 3.617 entrevistados, 2.647 (73,2%) usuários consideraram que as Unidades Básicas de Saúde se localizam perto do seu domicílio e apenas 388 (10,7%), distante. O acesso nessa dimensão foi bem avaliado pelos usuários. As unidades de saúde estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem. Sabe-se que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos

serviços: quanto menos especializados, mais próximos estão da população.

Nesse sentido, as UBS correspondem ao conceito de acessibilidade geográfica de Donabedian (2003), embora não tenham sido mensurados o tempo e os gastos com locomoção. Por outro lado, é importante ressaltar que a existência de serviço em determinado local, apesar de constituir aspecto fundamental, não garante sua efetiva utilização.

Quanto ao horário de funcionamento das unidades, observaram-se congruências nas respostas dos dados censitários e das entrevistas com os usuários. Das 2.019 unidades recenseadas, 1.838 (91%) funcionam em dois turnos. Dos 3.617 usuários, mais de 90% informaram que as unidades também funcionam nos dois turnos. É relevante a afirmação que 3.114 (86,1%) dos usuários consideraram os horários de atendimento satisfatórios. Todavia, conforme relatos recorrentes nos registros de diário de campo dos supervisores e entrevistadores durante o processo de coleta dos dados, em praticamente 80% dos municípios houve mudança de agenda de visitação por não haver funcionamento das unidades no horário da tarde.

Constatou-se, ainda, que, em algumas unidades de saúde, o universo de usuários presentes, sobretudo no horário da tarde, coincide com o número requerido por equipe para a Avaliação Externa (quatro usuários). Situação que tanto pode revelar o não funcionamento das unidades nos dois expedientes como a convocação do usuário apenas para a entrevista, o que tornou vulnerável a proposta de amostra aleatória baseada na sala de espera (ALBUQUERQUE ET AL., 2014).

No que se refere à infraestrutura adequada ao atendimento de idosos e pessoas com deficiência, em 97% das UBS visitadas no censo foi observada a inexistência de banheiros adaptados, assim como a ausência de barras de apoio. Em 98% das UBS não há corrimão e em apenas 69% há condições para acomodar uma cadeira de rodas na sala de espera.

Vale salientar que esse cenário contraria a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006B), que define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família e como referência, a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Os dados do PMAQ-AB de Pernambuco destacaram, ainda, a inexistência de garantia de acessibilidade, com autonomia, de pessoas com deficiência visual, auditiva, ou da população analfabeta. Em apenas uma unidade, das 2.019 analisadas, foi relatada a existência de caracteres em relevo, ou Braille, assim como recursos auditivos, e a quase totalidade não utilizava símbolos internacionais para pessoas com deficiências (físicas, visuais, auditivas). Constatou-se também a inexistência de sinalização por meio de desenhos, cores ou figuras indicativas para os usuários analfabetos.

Castro *et al.* (2011) encontraram nas UBS analisadas as mesmas inadequações identificadas na pesquisa do PMAQ-AB de Pernambuco, como, por exemplo, a falta de corrimões, rampas, banheiros adaptados, cadeiras de rodas. Assim, observou-se que em Pernambuco praticamente inexistem unidades básicas com equipamentos adaptados a idosos, deficientes e pessoas que não sabem ler e nem escrever.

Entendendo o acolhimento como mecanismo de facilitação de acesso, os achados da Avaliação Externa indicam que, das 1.009 Equipes de Atenção Básica em Pernambuco, 630 (62,4%) implantaram acolhimento à demanda espontânea, das quais 85,1% realizaram acolhimento durante os cinco dias da semana, envolvendo 91,1% dos profissionais. Dos 3.617 usuários, 65,7% foram atendidos no acolhimento e 91,1% esperam em média 30 minutos.

E mesmo não tendo sido implantado em 100% das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, pode-se dizer que o acolhimento é um mecanismo de inclusão dos usuários já que pressupõe que não somente determinados grupos populacionais, tais como portadores

de agravos mais prevalentes, grupos segundo ciclo de vida, são objeto privilegiado do trabalho das equipes como também as pessoas que apresentam necessidades de saúde não estão contempladas nesses critérios. Ademais, os usuários inseridos nas ações programáticas por tais critérios apresentam necessidades que demandam atenção em momentos que podem extrapolar o acompanhamento agendado.

Das 630 equipes que realizavam acolhimento, havia a participação de vários profissionais de saúde. O maior envolvimento foi dos enfermeiros (93,3%), seguido dos agentes comunitários de saúde (73,2%), médicos (69,8%), dentista (58,6). Tem-se, ainda, a participação dos técnicos de enfermagem (44,3%), auxiliares de enfermagem (11,6%), técnico em saúde bucal (10,9%), auxiliar em saúde bucal (24,8%) e outros (20,4%). O fato de o acolhimento à demanda espontânea ter sido feito por vários profissionais, não ficando restrito ao médico, pode indicar a possibilidade de se querer agregar diferentes abordagens e explicações sobre os adoecimentos, demandas e necessidades.

No entanto, ao se indagar sobre a realização de estudo de demanda espontânea nos últimos doze meses que antecederam a entrevista, 67,6% dos profissionais responderam não ter realizado nenhum estudo ou avaliação. Isso tem implicações no acolhimento implantado, uma vez que dificulta a revisão do conjunto das ações ofertadas pelos serviços segundo as demandas ou necessidades apresentadas pelos usuários.

A esse respeito, Solla (2005) considera que o acolhimento deve procurar romper a lógica hegemônica das agendas fechadas e pré-definidas e buscar redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço, influenciando na oferta programada, ou seja, planejando-a sempre que necessário. E como afirmam Tesser, Neto e Campos (2010), o acolhimento impõe avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas,

epidemiológicas e psicossociais que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes das menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características.

Em relação à estratificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários, pôde-se constatar que 87,9% dos 1.009 profissionais entrevistados afirmaram realizar essa atividade, embora apenas 42,7% se auto-avaliaram capacitados para tal ação. Tal dado expressa limitação do potencial do acolhimento como mecanismo de acesso com equidade, pois indica que parcela significativa das equipes da Atenção Básica apresenta reduzida capacidade de identificação das diferentes graduações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários.

No âmbito dos dispositivos organizacionais que contribuem para que as equipes da Atenção Básica exerçam a coordenação do cuidado, 859 (85%) dos profissionais entrevistados informaram que existem centrais de regulação disponíveis para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos da rede. Dentre esses, 99,4% afirmam ter disponíveis centrais de consultas especializadas, 95%, centrais de regulação de exames e 28,9%, centrais de leitos.

A implantação desses mecanismos representa o esforço dos sistemas locais para promover, por meio da regulação assistencial, maior acessibilidade sócio-organizacional e operacionalizar um dos sentidos da integralidade, que é a articulação entre níveis de complexidade (MATTOS, 2001). No entanto, apenas 48,5% dos 3.617 usuários entrevistados afirmaram que os profissionais da Atenção Básica sempre conseguem agendamento. Além disso, não foi possível mensurar o tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta.

Em geral, essas centrais limitam-se à oferta assistencial do município ao qual pertencem e não gerenciam a oferta assistencial

da Programação Pactuada e Integrada (PPI) sob coordenação estadual. Como advertem Albuquerque *et al.* (2013), em Pernambuco há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios.

Certamente essa não é uma particularidade do estado de Pernambuco, à exemplo dos resultados do estudo Almeida *et al.* (2010), que consideram que, mesmo com a expansão da ESF as medidas para alcançar melhor coordenação do cuidado, ainda são incipientes na maior parte dos municípios. Assiste-se à ausência de integração da rede assistencial, que, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS.

Quanto às formas de encaminhamento dos usuários à consulta especializada, observa-se que, sob o ponto de vista dos 1009 profissionais entrevistados, não há homogeneidade: a) 14,4% responderam que os usuários saem da UBS com consulta agendada. Isso ocorre, provavelmente, nos municípios que dispõem de centrais de regulação e de unidades de saúde informatizadas. No módulo sobre estrutura das UBS, pôde-se observar que, do total de 2.019 unidades distribuídas no estado de Pernambuco, apenas 26,2% das unidades estão informatizadas e 18,3% têm acesso à internet; b) 56,1% dos profissionais destacaram que o agendamento é feito por profissionais da UBS e posteriormente informado ao usuário; c) 30,7% responderam que os usuários saem com ficha de encaminhamento e orientação para procurar um serviço ou profissional. Este último achado indica que parte dos usuários sai das UBS sem acesso garantido à consulta especializada, com fluxos e referências pactuadas pela gestão municipal.

Ao se analisar a existência de fluxo institucional de comunicação entre as equipes de Atenção Básica e especializada (discussão de caso, reuniões técnicas com especialistas, ficha de referência e contrarreferência, tele-saúde, dentre outros), apenas 440 (43,6 %)

dos 1.009 profissionais afirmaram ter aplicado esse fluxo. E, quando indagados sobre este fluxo, observa-se uma baixa frequência na comunicação e discussão dos encaminhamentos entre as equipes de Atenção Básica e especializada, conforme se pode observar na *tabela 3*. A análise dos resultados demonstra que é preciso ampliar os espaços de diálogo entre as equipes da Atenção Básica e especializada e consolidar um processo sistemático de discussão, endereçando-os às relações entre os envolvidos no trabalho em saúde.

A esse respeito concorda-se com Escorel *et al.* (2007) que o mecanismo de comunicação com troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços é condição fundamental para que as equipes da Atenção Básica exerçam seu papel de coordenação e contribuam para a continuidade do cuidado com resolubilidade. Em seu estudo, Almeida *et al.* (2013) consideram que a promoção de maior contato pessoal e de relações diretas

Tabela 3. Demonstrativo da frequência de comunicação entre os profissionais da atenção básica e especializada, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

A) Frequência com que os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados		
	n	%
Sim, sempre	203	20,1
Sim, algumas vezes	451	44,7
Nunca	355	35,2
Total	1.009	100,0
B) Frequência com que os especialistas entram em contato com os profissionais da atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados		
	n	%
Sim, sempre	73	7,2
Sim, algumas vezes	360	35,7
Nunca	576	57,1
Total	1.009	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

entre profissionais, com vistas à criação de uma cultura de colaboração, são mecanismos exitosos para a integração entre atenção primária e especializada.

Em relação à resolubilidade da Atenção Básica, sabe-se que está associada a diversos fatores, tais como: estrutura física das unidades, processo e gestão do trabalho, capacitação dos profissionais e, em grande medida, acesso a exames e serviços especializados (ESCOREL, 2007). No caso de Pernambuco, os achados indicam fragilidades no que tange à coordenação do cuidado, à estrutura física, ao acolhimento com estratificação de risco, que têm rebatimentos negativos na resolubilidade da rede de Atenção Básica de Pernambuco; situação corroborada pela análise dos dados referentes à coleta de exames nas unidades e à realização de pequenos procedimentos e de testes rápidos.

No que diz respeito à coleta de exames, apenas 466 (46%) das 1.009 equipes que

aderiram ao PMAQ-AB informaram realizar exames. Dessas, 72,8% coletam exames uma ou duas vezes por semana. Vale salientar que os dados disponíveis não permitiram avaliar, com clareza, o tempo médio de espera pelos resultados dos exames, variável que permitiria mais informações para avaliar as dificuldades de acesso.

Em apenas 683 equipes, dentre as 1.009 (67,7%), observou-se a realização de pequenos procedimentos/cirurgias. Como se pode observar na *tabela 4*, os procedimentos que preponderam, dentre as equipes que realizam ao menos um pequeno procedimento/cirurgia, são os de mais fácil execução, tais como: retirada de pontos (96,9%), realização de nebulização/inalação (91,1%), realização de curativos (99,3%) e aplicação de medicação intramuscular (93,8%). Por outro lado, drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvidos ou extração

Tabela 4. Tipo de procedimentos e cirurgias realizadas, segundo Equipes Saúde da Família e disponibilidade de testes diagnósticos nas UBS, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Realização de procedimento e cirurgia segundo equipes	Sim		Não		Nº de Equipes*
	n	%	n	%	
Drenagem de abscesso	126	18,4	557	81,6	683
Sutura de ferimento	122	17,9	561	82,1	683
Retirada de ponto	660	96,9	23	3,1	683
Lavagem de ouvido	126	18,4	557	81,6	683
Extração de unha	78	11,4	605	88,6	683
Nebulização/inalação	622	91,1	61	8,9	683
Curativos	678	99,3	5	0,7	683
Medicação intramuscular	641	93,8	42	6,1	683
Medicação endovenosa	296	43,3	387	56,7	683

Realização de testes diagnósticos na UBS	Sim		Não		Total de UBS**
	n	%	n	%	n
Teste rápido de Sífilis	8	0,4	2.011	99,6	2.019
Teste rápido de gravidez	53	2,6	1.966	97,4	2.019
Teste rápido de HIV	23	1,1	1.996	98,9	2.019

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Nº de equipes que realizaram algum tipo de procedimento e cirurgia do total das 1009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB de Pernambuco.

** Nº Total de UBS do Censo PE.

de unha são realizadas em número pouco expressivo de equipes.

No que tange à realização de testes rápidos (*tabela 4*), verificou-se que em 99,6% de todas as 2.019 UBS recenseadas não há disponibilidade de testagem para sífilis, em 97,4% não há teste rápido de gravidez e 98,9% das UBS do censo também não dispõem de testes para HIV. Os dados são preocupantes, pois evidenciam problemas graves de acesso ao diagnóstico rápido de eventos ou agravos, foco de políticas estratégicas, à exemplo da Política de Saúde da Mulher. Ademais, é importante considerar que os testes rápidos podem possibilitar o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento, ampliando, assim, as chances de cura.

Conclusões

Pode-se concluir que as UBS não apresentaram barreiras de acesso relacionadas à distância e ao horário de funcionamento, embora no caso deste último tenham se observado evidências, nos diários de campo, quanto ao não funcionamento de parcela das UBS no período da tarde.

Em relação à acessibilidade a pessoas idosas, com deficiência ou com dificuldades de ler ou escrever, considera-se que os dados do censo das UBS de Pernambuco lançam luz sobre o problema que necessita ser enfrentado, através da requalificação das unidades de saúde, de eliminação de barreiras arquitetônicas e organizacionais para promoção do acesso com equidade.

Outro mecanismo de acesso observado foi a implantação do acolhimento à demanda espontânea em parcela significativa das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, com envolvimento dos diversos profissionais de saúde. Todavia, ainda não tem repercutido na organização do conjunto das ações ofertadas pelos serviços e na qualificação dos profissionais

no que se refere à identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários.

Dentre os dispositivos organizacionais que também poderiam contribuir para que as equipes da Atenção Básica exerçam o papel de coordenação do cuidado, têm-se as centrais de regulação. Entretanto, a existência de tais centrais por si só não garante acesso, quando estas se limitam à oferta municipal. Os dados demonstraram que, mesmo com a existência de protocolo para acesso à atenção especializada, menos da metade dos usuários consegue agendamento para consulta. Ademais, observa-se que há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios.

Além disso, a partir dos resultados do estudo, considera-se que foram incipientes os mecanismos de troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços de Atenção Básica e especializada. Esta, sem dúvida alguma, poderia ser uma ferramenta organizacional potente para qualificação da atenção e para que a Atenção Básica exerça seu papel de coordenação, contribuindo com a continuidade do cuidado com resolubilidade. Para tanto, sabe-se que não é suficiente implantar centrais, definir protocolos, fluxos de acesso e fichas de encaminhamentos. É necessário consolidar formas de diálogo entre as equipes dos diversos níveis de complexidade.

A pesquisa evidencia ainda a incipiente resolatividade das equipes da Atenção Básica no que se refere ao acesso à coleta de exames nas UBS, ao atendimento a pequenos procedimentos e cirurgias e à realização de testes rápidos.

Dessa forma, conclui-se que no Estado de Pernambuco está ocorrendo uma expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica, mas que na dimensão sócio-organizacional ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde. ■

Colaboradores

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Tereza Maciel Lyra e Sidney Feitosa Farias participaram do planejamento do artigo, análise e redação do manuscrito. Marina Ferreira de Medeiros Mendes e Petrônio José de Lima Martelli participaram da discussão e revisão do texto.

Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n.1, p. 223-236, 2013.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S (Org.). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 88-113.

ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 04 abr. 2014.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n.1, p. 99-105, 2011.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 2001. p. 39-64.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, Hagerstown, v. 19, p. 127-140, 1981.

PIERANTONI, C. R. et al. Indicadores de carga de trabalho para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T (Org.). *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro, CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p. 55-68.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3615-3624, 2010.

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

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve