

Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil

Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil

Luiza Garnelo¹, Juliana Gagno Lima², Esron Soares Carvalho Rocha³, Fernando José Herkrath⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S106

RESUMO Iniquidades de acesso ao Sistema Único de Saúde comprometem a garantia de cuidados primários de saúde para populações rurais e para outros grupos em situação de vulnerabilidade. Estudo transversal que avaliou acesso de usuários e cobertura assistencial de Equipes de Saúde da Família (EqSF) dos sete estados da região norte do Brasil e que aderiram à avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados do PMAQ-AB foram relacionados a indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde, por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Para o conjunto da região, a cobertura assistencial de equipes sediadas em área rural, urbana e urbana que declararam atender a populações rurais foi de 83,3%. Coberturas entre 90-100% foram encontradas para o Acre, o Amapá, Roraima e o Tocantins. Menores percentuais foram encontrados no Pará (50,5%) e no Amazonas (60,5%). A extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos, situação que se estende a 451 (25,3%) unidades e a 494 (22,9%) equipes encarregadas do atendimento de populações rurais, mas que atuam em espaço urbano, adicionando barreiras à chegada dos usuários às unidades. Dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento também foram reportadas.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. População rural. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Access inequities to the Unified Health System compromise the assurance of primary health care for rural populations and other groups in situations of vulnerability. A cross-sectional study that evaluated users' access and coverage of Family Health Teams (FHT) from the seven states of the Northern region of Brazil and that joined the external evaluation of the second cycle of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). The PMAQ-AB data were related to demographic, socioeconomic and health indicators, using the Spearman correlation coefficient. For the region as a whole, the assistance coverage of teams based in rural, urban and urban areas that declared covering rural populations was 83.3%. Coverages between 90-100% were found for Acre, Amapá, Roraima and Tocantins. Lower percentages were found in Pará (50.5%) and Amazonas (60.5%). The coverage extension hides geographical access barriers related to the concentration of Family Health Strategy teams in urban*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0263-7286>
luiza.garnelo@fiocruz.br

²Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa) - Santarém (PA), Brasil.
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
julianagagno@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Escola de Enfermagem - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1011-6053>
willy.rocha@hotmail.com

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4439-0189>
fernandoherkrath@gmail.com



areas, a situation that involves 451 (25.3%) units and 494 (22.9%) teams in charge of serving rural populations, but which act in urban area, adding barriers to the arrival of users to the units. Difficulties in welcoming spontaneous demand, appointment scheduling and availability of transportation for care were also reported.

KEYWORDS *Health services accessibility. Rural population. Primary Health Care.*

Introdução

A garantia de acesso aos cuidados de saúde integra o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não efetivado para parte expressiva dos brasileiros, em particular, à população em situação de vulnerabilidade e residente em áreas rurais. A persistência de fortes desigualdades regionais nas condições de vida e de oferta de serviços de saúde, associada à elevada concentração de profissionais e a ações de saúde nos espaços urbanos, penaliza de modo mais intenso os residentes nas regiões Norte e Nordeste¹⁻³.

A população rural representa quase 16% da população brasileira⁴; tem forte dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação aos planos de saúde suplementar⁵. Também enfrenta iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde⁶. Tais fatores limitam a oferta regular da Atenção Primária à Saúde (APS) no próprio meio rural⁷ e a busca da rede de referência que tem se instalado preferencialmente em espaços urbanos.

A região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País^{7,8}, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é 7 vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000). Dentre as unidades federadas do Norte, o Amazonas dispunha

de menor percentual de médicos atuando no interior (6,9%) em 2013. O mesmo estado tinha, nesse mesmo ano, 2,0 médicos/1000 habitantes na capital, contra 0,2/1000 no interior (razão capital/interior de 10), valor menor apenas que o Pará, com razão capital/interior de 11,3².

Análises das regiões de saúde na Amazônia legal⁸⁻¹¹ mostram baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 46% delas e apontam que as políticas de saúde do governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e há restrita capacidade de gestão no âmbito municipal¹¹. É um conjunto de fatores que implica oferta insuficiente de rede de APS e dificuldade em fixar trabalhadores de saúde, além de potencializar a concentração de serviços de média e alta complexidade nas capitais¹¹.

Às limitações da organização e oferta de serviços de saúde, associam-se baixa renda, dispersão populacional e as grandes distâncias geográficas típicas da Amazônia. Conjugados, tais elementos resultam em barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que penalizam particularmente as populações rurais¹¹.

Os estudos de acesso¹²⁻¹⁵ aos serviços e ações de saúde evidenciam a marcada polissemia do termo, o que exige a definição clara

da escolha conceitual adotada em cada estudo. Unglert¹⁶ prioriza a noção de acesso/acessibilidade geográfica ao valorizar o tempo e a dificuldade/facilidade do deslocamento a ser feito para percorrer a distância que separa o serviço de saúde da residência do usuário, em um determinado território. O mesmo autor reconhece duas outras dimensões no estudo do acesso: uma dimensão técnica, que está diretamente relacionada com as características de organização de serviços e procedimentos/cuidados ali ofertados, e uma dimensão econômica, voltada para a caracterização de custos envolvidos no deslocamento em busca de atendimento e na obtenção de meios diagnósticos e terapêuticos.

Giovanella e Fleury¹⁷ reconhecem cinco dimensões integrantes do conceito de acesso, tais como disponibilidade, a relação entre o tipo e a quantidade de serviços ofertados diante das necessidades reconhecidas pela população; capacidade financeira, relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados; acessibilidade, relação entre disposição e distância dos serviços implantados e os locais de moradia dos usuários, resultando em necessidade de maior ou menor deslocamento; e aceitabilidade, que pode ser traduzida como o reconhecimento (ou não) por parte dos usuários da pertinência das ações ofertadas, refletindo no interesse e adesão a elas. A aceitabilidade tem relação direta com a adequação funcional, termo que expressa estratégias de ajuste por parte dos serviços ofertados e dos esforços dos usuários para se acomodarem àquilo que lhes é disponibilizado.

No detalhamento feito pelas autoras, é de interesse especial a dimensão acessibilidade, enriquecida para fins deste estudo pela inflexão dada por Donabedian¹⁸, que distingue entre acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, sendo que a última contempla aspectos como tempo de espera, possibilidade de atendimento imediato e modos de organizar o funcionamento cotidiano dos serviços de saúde.

Acolhimento, um importante atributo do cuidado em APS, assumiu aqui o sentido apontado por Franco, Bueno e Merhy¹⁹ que o

entendem como escuta qualificada e humanizada das necessidades dos usuários, potencializando não apenas o vínculo terapêutico, mas também a ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde.

Há que se distinguir cobertura estimada da atenção primária – muitas vezes interpretada como equivalente a acesso – das múltiplas dimensões contidas no termo acesso. Neste estudo, a cobertura foi entendida como a possibilidade quantificada de obter o cuidado, podendo não ser efetivada por razões diversas, como é o caso das barreiras encontradas pelos indivíduos na busca do cuidado. Nesse sentido, entende-se que a cobertura assistencial difere dos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde^{20,21}.

O objetivo do estudo foi discutir o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete estados da região norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Métodos

O PMAQ-AB é um programa do Ministério da Saúde que visa ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da APS mediante avaliação e monitoramento periódico de suas ações. O programa é desenvolvido em quatro fases (adesão/contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e novo ciclo ou recontra-tualização) e já está em seu terceiro ciclo avaliativo. A avaliação externa é desenvolvida por meio de seis módulos: I (observação da infraestrutura da unidade básica de saúde); II (entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família – EqSF que atua na unidade); III (entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde – UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde;

para este módulo, são entrevistados quatro usuários por equipe, selecionados por conveniência entre os presentes na unidade); IV (entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família); V (observação da infraestrutura de saúde bucal na UBS) e VI (entrevista com o profissional de saúde bucal)²². Os dados aqui analisados provêm dos instrumentos de avaliação externa, do 2º ciclo, realizado entre 2013 e 2014, que abrangem 29.808 EqSF, sendo 19.948 equipes com saúde bucal, em 5.211 municípios do País²³.

Neste estudo transversal, foram utilizados os dados dos módulos I (para identificação do número de estabelecimentos e equipes abrangidos pelo PMAQ-AB), módulo II (variáveis II.12.1; II.12.6; II.12.9; II.12.12; II.12.13; II.12.13.1; II.12.13.2; II.12.18; II.13.1; II.14.8; II.31.3; II.31.5) e módulo III (variáveis III.5.1; III. 5.2; III.5.7; III.6.1; III.6.2; III.7.2; III.7.3; III.11.1; III.23.5)²⁴, para analisar os dados relativos a 1.784 UBS, 2.157 equipes (equivalendo a 69,4% das que atuam na região Norte) e 8.394 usuários (*tabela 2*).

As variáveis selecionadas no módulo II versavam sobre itens relativos a acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consultas na UBS, atenção à saúde e de atendimento às populações rurais. Do módulo III (entrevista com o usuário), foram analisados itens relativos a acessibilidade, marcação de consultas na UBS, atendimento e satisfação com o cuidado.

A análise levou em conta a localização geográfica das unidades e as respostas de equipes sediadas em área rural, urbana e equipes urbanas que realizam atendimento a populações rurais. Foram incluídas no último grupo as equipes e as unidades cadastradas como rurais, mas cujas coordenadas geográficas comprovam estar sediadas em espaço urbano e que nas entrevistas aplicadas aos profissionais estes confirmaram atender população rural (questão 31.3 do módulo II).

Para a identificação da localização das unidades de saúde em áreas rurais ou

urbanas, foram utilizadas as coordenadas geográficas de cada estabelecimento, disponíveis no banco de dados do PMAQ-AB. Esses dados foram analisados no sistema de informações geográficas de código aberto QGIS, versão 2.18, utilizando as malhas territoriais municipais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁵. As coordenadas dos estabelecimentos com dados faltantes foram obtidas por meio dos endereços disponíveis no banco de dados e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Para a construção do cenário socioeconômico e sanitário dos municípios da região Norte, foram utilizados os indicadores de saúde disponibilizados pelo Datasus referentes ao ano de 2013, incluindo a cobertura das EqSF, percentual de internações por condições sensíveis à APS, percentual de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura adequada no município, número de habitantes e proporção de moradores em áreas rurais²⁶. Também foram utilizados dados relativos ao desenvolvimento humano e de desigualdade na distribuição de renda disponibilizados pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁷. Avaliou-se a correlação da cobertura das equipes com os demais indicadores municipais por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 22.0.

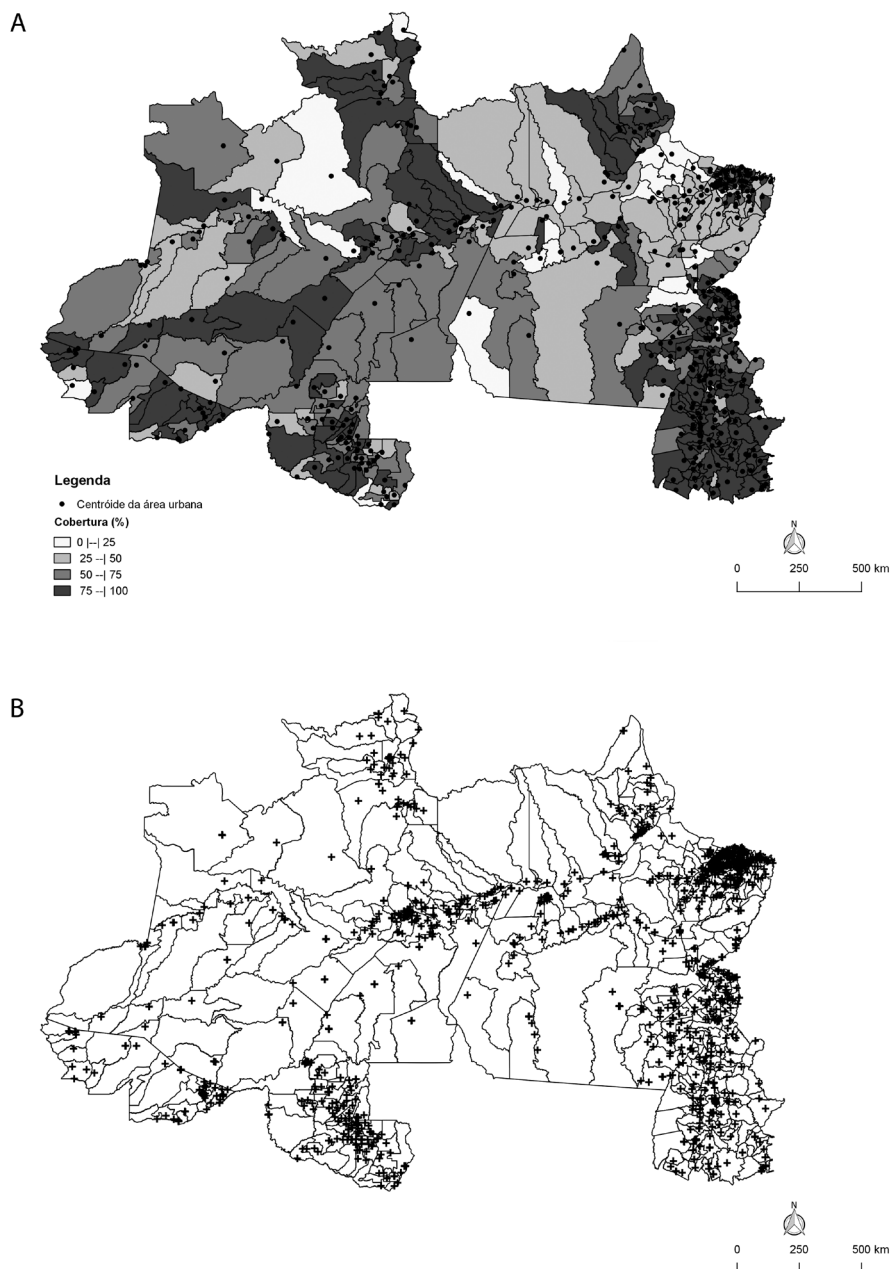
Foram utilizados os bancos de dados de acesso público do PMAQ-AB ciclo 2, disponibilizado em página *web* do Ministério da Saúde²³, além da base de dados do IBGE²⁵. O estudo do PMAQ-AB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), podendo ser identificado pela CAAE 02040212100005240 e pelo parecer de aprovação nº 117.396, tendo seguido os princípios éticos da Resolução nº 466/12²⁸.

Resultados

O percentual de cobertura estimado para as equipes de APS nos municípios da região Norte está ilustrado na *figura 1A*. Dos 450 municípios, 34% (n=153) apresentaram

cobertura populacional de 100%. Foi encontrada uma correlação negativa entre a população dos municípios e a cobertura das equipes. Quanto menor o porte populacional, maior o percentual de cobertura ($r_s = -0,55$, $p < 0,001$).

Figura 1. A: percentual de cobertura das equipes de APS por município, região Norte, Brasil, 2013. B: localização das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014



A *figura 1* enfatiza, no seu componente A, os vazios assistenciais em grandes áreas da região Norte. O componente B também evidencia a concentração de equipes em certos espaços, como as sedes municipais que nos estados do Amazonas e do Acre tendem a se instalar nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Já em estados como Pará, Rondônia e Tocantins, onde a malha viária é mais expressiva, observa-se maior presença de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em cidades distribuídas ao longo das estradas.

Os indicadores municipais avaliados no estudo estão descritos na *tabela 1*, que traz a proporção de população rural nos municípios da região, variando de 0,2% a 95,8%

(mediana=0,44). A correlação entre o percentual de cobertura e a proporção de população rural nos municípios foi muito fraca ($rs=0,11$, $p=0,025$). Além disso, embora os municípios com maior cobertura tenham apresentado menor percentual de internações por condições sensíveis à APS, a correlação apresentada também foi fraca ($rs=-0,20$, $p<0,001$). O mesmo ocorreu para o percentual de vacinas com cobertura adequada ($rs=0,11$, $p=0,025$). Foi encontrada ainda correlação fraca da cobertura das equipes com o índice de Gini ($rs=-0,22$, $p<0,001$) e correlação moderada com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ($rs=0,35$, $p<0,001$), sugerindo uma melhor cobertura nos municípios com melhores indicadores.

Tabela 1. Medidas de tendência central e dispersão (mediana e amplitude) dos indicadores utilizados para caracterização socioeconômica e sanitária dos municípios da região Norte

Unidade da Federação	% população rural	% cobertura atenção básica	% internações por condições sensíveis à atenção básica	% vacinas com cobertura adequada	índice de Gini	IDHM
AC	44,0 (8,2-86,7)	97,4 (19,8-100)	40,8 (15,9-55,5)	22,2 (11,1-77,8)	0,60 (0,54-0,78)	0,589 (0,469-0,727)
AM	47,0 (0,5-95,8)	60,5 (17,1-100)	41,6 (12,0-73,7)	44,4 (11,1-100)	0,61 (0,52-0,80)	0,564 (0,450-0,737)
AP	34,1 (2,1-58,9)	90,2 (58,7-100)	22,8 (11,9-62,1)	66,7 (11,1-100)	0,61 (0,55-0,69)	0,641 (0,576-0,733)
PA	52,1 (0,2-88,1)	50,5 (0-100)	40,8 (11,9-70,5)	55,6 (0-100)	0,56 (0,42-0,70)	0,583 (0,418-0,746)
RO	48,4 (5,2-83,1)	71,1 (0-100)	35,8 (15,6-55,5)	77,8 (11,1-100)	0,53 (0,43-0,67)	0,643 (0,584-0,736)
RR	56,7 (2,3-86,9)	100 (22,9-100)	28,5 (16,0-45,9)	22,2 (11,1-88,9)	0,66 (0,53-0,78)	0,624 (0,453-0,752)
TO	35,6 (2,3-78,4)	100 (0-100)	30,4 (10,3-53,6)	77,8 (0-100)	0,54 (0,42-0,74)	0,639 (0,500-0,788)
Região Norte	44,2 (0,2-95,8)	83,3 (0-100)	36,1 (10,3-73,7)	55,6 (0-100)	0,56 (0,42-0,80)	0,609 (0,418-0,788)

Fonte: Datasus²⁶; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁷.

Dos 153 municípios que apresentavam cobertura populacional de 100%, um terço (33,3%) apresentava população rural maior que a urbana (*tabela 1*). Entretanto, a *figura 1B* mostrou que a maioria das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB (82%)

está sediada em áreas urbanas dos municípios; além disso, 38,7% das equipes localizadas nas áreas urbanas (22,9% do total) declararam realizar atendimento de populações rurais, ou seja, atuam em locais distantes de suas áreas de abrangência.

Tabela 2. Quantitativo de unidades de saúde, equipes e usuários participantes do 2o ciclo do PMAQ-AB segundo as categorias rural, urbana e urbana que atende população rural, região Norte, Brasil, 2013-2014

UF/ Região	Unidades Básicas de Saúde participantes do PMAQ-AB				Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB				Usuários participantes do PMAQ-AB			
	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AC	17 (18,7)	51 (56,0)	23 (25,3)	91 (100)	17 (17,5)	55 (56,7)	25 (25,8)	97 (100)	213 (55,2)	68 (17,6)	105 (27,2)	386 (100)
AM	49 (12,3)	263 (65,8)	88 (22,0)	400 (100)	57 (12,2)	315 (67,3)	96 (20,5)	468 (100)	1281 (68,5)	224 (12,0)	365 (19,5)	1870 (100)
AP	14 (18,9)	46 (62,2)	14 (18,9)	74 (100)	14 (11,1)	96 (76,2)	16 (12,7)	126 (100)	403 (78,7)	60 (11,7)	49 (9,6)	512 (100)
PA	217 (31,6)	345 (50,2)	125 (18,2)	687 (100)	224 (28,9)	420 (54,1)	132 (17,0)	776 (100)	1683 (54,3)	888 (28,7)	528 (17,0)	3099 (100)
RO	38 (21,2)	81 (45,3)	60 (33,5)	179 (100)	41 (16,3)	142 (56,3)	69 (17,0)	252 (100)	580 (56,3)	168 (16,3)	283 (27,4)	1031 (100)
RR	13 (21,7)	31 (51,7)	16 (26,7)	60 (100)	13 (16,9)	46 (59,7)	18 (27,4)	77 (100)	172 (53,1)	60 (18,5)	92 (28,4)	324 (100)
TO	19 (6,5)	149 (50,7)	126 (42,9)	294 (100)	22 (6,1)	201 (55,7)	138 (38,2)	361 (100)	660 (56,4)	67 (5,7)	444 (37,9)	1171 (100)
Região	367	966	451	1784	388	1275	494	2157	4992	1536	1867	8394
Norte	(20,6)	(54,1)	(25,3)	(100)	(18,0)	(59,1)	(22,9)	(100)	(59,5)	(18,3)	(22,2)	(100)

Fontes: PMAQ-AB²³; IBGE²⁵.

A *tabela 2* reafirma a observação anterior de que a maioria das UBS se localiza em espaços urbanos (54,1%), em contraponto a 367 (20,6%) assentadas em áreas rurais. A mesma tabela traz 461 (25,3%) unidades cadastradas como rurais, mas cujo regime de funcionamento levou ao seu enquadramento na categoria urbana que atende população rural. Se todas estivessem sediadas em zona rural, essa população teria a seu dispor 45,9% do total das UBS da região Norte, o que não ocorre, já que o interiorano conta apenas com 20,6% delas atuando em territórios rurais. No caso de Roraima, o somatório de UBS rurais e urbanas que informam atender população rural (n=29, 48,4%) é pouco menor que percentual de UBS urbanas (51,7%). No Pará, tal proporção é quase equivalente (341/345). Observa-se comportamento similar para a variável equipes da ESF.

No que diz respeito aos usuários, a maioria

das entrevistas (81,7% dos entrevistados) foi registrada em unidades rurais. Entretanto essa informação é inconclusiva devido ao supracitado viés amostral para a seleção de usuários pelo PMAQ-AB. O que a informação contida na *tabela 2* permite inferir é que a presença de usuários nas UBS rurais foi elevada no momento da coleta de dados, já que o número de usuários rurais entrevistados excedeu em 3,2 vezes o número de entrevistados urbanos, embora o número de equipes e unidades seja muito maior nas cidades.

São resultados que tanto podem decorrer de recusa dos usuários urbanos em responder à pesquisa quanto de baixa frequência deles nas unidades, dificultando a obtenção das entrevistas. O percentual de usuários entrevistados em unidades urbanas que atendem população rural também foi maior que o percentual alcançado nas unidades e equipes puramente urbanas (22,2% contra 18,3% de urbanas).

Os dados disponíveis não permitem conclusões indubitáveis sobre tais eventos. Se por um lado eles podem ser atribuídos a um elevado deslocamento de residentes em áreas rurais para as unidades citadinas escaladas para atendê-los, por outro não há como comprovar (ou refutar) que o atendimento ali feito seja voltado exclusivamente para os rurícolas, ou se também englobam a demanda de moradores urbanos residentes nas proximidades dessas UBS. A última hipótese é reforçada por

resultados que serão apresentados na *tabela 4*, na qual 97% dos entrevistados, para toda região Norte, informam distância de até 15 minutos entre sua casa e a UBS. As grandes distâncias características da Amazônia arrazoam contra a possibilidade desses respondentes serem, de fato, moradores de área rural.

Os dados do instrumento de avaliação externa obtidos por meio da entrevista com os profissionais das equipes estão descritos na *tabela 3*.

Tabela 3. Indicadores de acesso segundo equipes da Estratégia Saúde da Família participantes do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014

Indicadores	AC				AM			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	16 (94)	53 (96)	25 (100)	94 (97)	47 (82)	265 (84)	83 (86)	395 (84)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	11 (65)	36 (65)	12 (48)	59 (61)	31 (54)	226 (72)	70 (73)	327 (70)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	7 (41)	39 (71)	18 (72)	64 (66)	49 (86)	284 (90)	81 (84)	414 (88)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	7 (44)	30 (57)	14 (56)	51 (54)	23 (49)	124 (47)	52 (63)	199 (50)
Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	4 (24)	31 (56)	12 (48)	47 (48)	28 (49)	183 (58)	53 (55)	264 (56)
Com hora marcada	5 (29)	14 (25)	10 (40)	29 (30)	14 (25)	97 (31)	23 (24)	134 (29)
Fila para pegar senha	10 (59)	30 (55)	6 (24)	46 (47)	22 (39)	78 (25)	50 (52)	150 (32)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	17 (100)	53 (96)	25 (100)	95 (98)	46 (81)	253 (80)	66 (69)	365 (78)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras	2 (12)	5 (9)	5 (20)	12 (12)	18 (32)	34 (11)	19 (20)	71 (15)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	9 (60)	2 (33)	16 (64)	27 (59)	30 (63)	10 (31)	57 (59)	97 (55)
Total	17	55	25	97	57	315	96	468
Indicadores	RO				RR			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	38 (93)	134 (94)	64 (93)	236 (94)	13 (100)	36 (78)	15 (83)	64 (83)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	17 (41)	111 (78)	43 (62)	171 (68)	10 (77)	27 (59)	11 (61)	48 (62)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	23 (56)	117 (82)	47 (68)	163 (65)	12 (92)	36 (78)	15 (83)	63 (82)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	24 (58)	68 (48)	34 (49)	164 (65)	9 (69)	9 (25)	8 (53)	26 (41)

Tabela 3. (cont.)

Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	19 (46)	57 (40)	31 (45)	107 (42)	7 (54)	13 (28)	6 (33)	26 (34)
Com hora marcada	12 (29)	21 (15)	9 (13)	42 (17)	2 (15)	7 (15)	0 (0)	9 (12)
Fila para pegar senha	26 (63)	90 (63)	48 (69)	164 (65)	10 (77)	33 (72)	18 (100)	61 (79)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	38 (93)	131 (92)	60 (87)	229 (91)	13 (100)	46 (100)	18 (100)	77 (100)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras	3 (7)	5 (4)	3 (4)	11 (4)	1 (8)	2 (4)	1 (6)	4 (5)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	28 (88)	10 (67)	46 (67)	84 (72)	5 (71)	2 (100)	9 (50)	16 (27)
Total	41	142	69	252	13	46	18	77
Indicadores	AP				PA			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	14 (100)	91 (95)	16 (100)	121 (96)	213 (95)	403 (96)	131 (99)	747 (96)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	8 (57)	80 (83)	14 (88)	102 (81)	179 (80)	335 (80)	110 (83)	624 (80)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	11 (79)	88 (92)	16 (100)	115 (91)	205 (92)	386 (92)	121 (92)	712 (92)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	7 (50)	38 (40)	9 (56)	54 (43)	128 (57)	235 (56)	87 (66)	450 (58)
Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	6 (43)	9 (9)	5 (31)	20 (16)	113 (50)	214 (51)	76 (58)	403 (52)
Com hora marcada	2 (14)	42 (44)	6 (38)	50 (40)	64 (29)	151 (36)	41 (31)	256 (33)
Fila para pegar senha	8 (57)	35 (36)	8 (50)	51 (40)	74 (33)	129 (31)	36 (27)	239 (31)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	14 (100)	93 (97)	14 (88)	121 (96)	204 (91)	394 (94)	123 (93)	721 (93)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras	2 (14)	10 (10)	5 (31)	17 (13)	31 (14)	20 (5)	18 (14)	69 (9)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	7 (54)	9 (43)	8 (50)	24 (48)	95 (64)	7 (29)	76 (58)	178 (58)
Total	14	96	16	126	224	420	132	776
Indicadores	TO				Região Norte			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	22 (100)	195 (97)	135 (98)	352 (98)	363 (94)	1177 (92)	469 (95)	2009 (93)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	19 (86)	182 (91)	114 (83)	315 (87)	275 (71)	997 (78)	374 (76)	1646 (76)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	19 (86)	180 (90)	113 (82)	312 (86)	326 (84)	1130 (89)	411 (83)	1867 (87)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	16 (73)	133 (66)	76 (55)	225 (62)	214 (55)	637 (50)	280 (57)	1131 (52)

Tabela 3. (cont.)

Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	12 (55)	103 (51)	76 (55)	191 (53)	189 (49)	610 (48)	259 (52)	1058 (49)
Com hora marcada	6 (27)	50 (25)	36 (26)	92 (25)	105 (27)	382 (30)	125 (25)	612 (28)
Fila para pegar senha	6 (27)	86 (43)	66 (48)	158 (44)	156 (40)	481 (38)	232 (47)	869 (40)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	22 (100)	197 (98)	131 (95)	350 (97)	354 (91)	1167 (92)	437 (88)	1958 (91)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedeiras, pajés e rezadeiras	3 (14)	9 (4)	6 (4)	18 (5)	60 (15)	85 (7)	57 (12)	202 (9)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	17 (85)	8 (89)	113 (82)	138 (83)	191 (69)	48 (4)	325 (66)	564 (68)
Total	22	201	138	361	388	1275	494	2157

Fonte: PMAQ-AB²³; IBGE²⁵.

R=UBS Rural; U=UBS urbana; UR=UBS urbana que atende rural.

¹nEqSF que realizam acolhimento à demanda espontânea na UBS: AC= 94 ; AM=395; RR=236; RO= 64; AP=121; PA=747 ; TO=352 ; RN=2009.

²nEqSF que realiza ações com as comunidades tradicionais/ assentados/ população rural: AC= 46; AM= 176; RR=27; RO=101; AP=50 ; PA=305 ; TO=167 ; RN=827.

A *tabela 3* mostra um valor médio de 93% das equipes da região Norte que informaram realizar acolhimento à demanda espontânea; na discriminação por Unidade da Federação (UF), os menores percentuais foram encontrados no Amazonas (84%) e em Roraima (83%). A reserva de vagas para demanda espontânea variou de 61% (Acre) a 87% (Tocantins), indicando a necessidade de melhoria de desempenho nesse item. Embora 87% das equipes relatem que o usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações que não exijam atendimento no mesmo dia, as equipes rurais do Acre e de Rondônia (aqui incluídas as urbanas que atendem população rural) relataram menor percentual de marcação de consultas nesses casos.

Dificuldades para o agendamento em qualquer dia e horário foram identificadas para o conjunto da região Norte (em média, apenas 49% das equipes consegue efetivar esse tipo de agendamento). Nesse item, os percentuais mais baixos ocorreram entre as equipes rurais do Acre (24%) e do Amapá (43%). Foi baixa a frequência de agendamento com hora marcada (28% para o conjunto da região), independentemente de a atuação ser rural ou urbana. Por outro lado, o percentual de equipes capacitadas

para avaliar risco e vulnerabilidade dos usuários só ultrapassou os 60% nos estados de Roraima e do Tocantins. Nos outros estados, os percentuais se mantiveram na casa dos 50%, exceto em Roraima (41%) e no Amapá (43%).

A entrada em fila para pegar senha foi mais comum para as populações rurais, sendo mais frequente no atendimento feito por equipes urbanas que atendiam populações rurais (variando entre 24% no Acre a 100% em Roraima). A organização da agenda para realizar visitas domiciliares foi relatada por cerca de 90% dos entrevistados. No Amazonas, em Rondônia, no Amapá e no Tocantins, esses percentuais foram menores para equipes urbanas que declararam atender populações rurais.

A adoção de alternativas complementares de tratamento mediante articulação com cuidadores tradicionais foi irrelevante, em especial nas áreas urbanas (7% para o conjunto da região). Aproximadamente um terço das equipes da região que atendem as populações rurais declarou não dispor de transporte disponível para viabilizar o atendimento aos seus usuários.

A *tabela 4* descreve os dados de avaliação externa obtidos por meio de entrevistas com os usuários nas unidades de saúde.

Tabela 4. Indicadores de acesso segundo usuários participantes do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014

Indicadores	AC				AM			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	65 (96)	206 (97)	103 (98)	374 (97)	221 (99)	1252 (98)	347 (95)	1820 (97)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	42 (62)	180 (85)	84 (80)	306 (79)	163 (73)	1017 (79)	272 (75)	1452 (78)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	53 (78)	191 (90)	93 (89)	337 (87)	169 (75)	1094 (85)	313 (86)	1576 (84)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	12 (18)	66 (31)	21 (20)	99 (26)	124 (55)	747 (58)	180 (49)	1051 (56)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	17 (25)	80 (38)	25 (24)	122 (32)	48 (21)	209 (16)	72 (20)	329 (18)
Usuário fica na fila para pegar ficha	11 (16)	58 (27)	41 (39)	110 (28)	32 (14)	286 (22)	129 (35)	447 (24)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	12 (18)	66 (31)	38 (36)	116 (30)	95 (42)	483 (38)	145 (40)	723 (39)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	34 (50)	71 (33)	39 (37)	144 (37)	112 (50)	483 (38)	155 (42)	750 (40)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	38 (56)	73 (34)	40 (38)	151 (39)	113 (50)	502 (39)	159 (44)	774 (41)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	60 (88)	165 (77)	88 (84)	313 (81)	193 (86)	1003 (78)	302 (83)	1498 (80)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	52 (76)	174 (82)	89 (85)	315 (82)	157 (70)	1016 (79)	287 (79)	1460 (78)
Total	68	213	105	386	224	1281	365	1870
Indicadores	RO				RR			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	163 (98)	580 (100)	281 (99)	1024 (99)	59 (98)	169 (98)	91 (99)	319 (98)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	126 (75)	441 (76)	207 (73)	774 (75)	49 (82)	133 (77)	72 (78)	254 (78)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	137 (82)	512 (88)	232 (82)	881 (85)	34 (57)	110 (64)	73 (79)	231 (71)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	43 (26)	210 (36)	122 (43)	375 (36)	20 (33)	94 (55)	31 (34)	145 (45)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	40 (24)	66 (11)	61 (22)	167 (16)	16 (27)	65 (38)	34 (37)	115 (35)
Usuário fica na fila para pegar ficha	35 (21)	113 (19)	48 (17)	196 (19)	33 (55)	72 (42)	51 (55)	156 (48)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	58 (35)	235 (41)	97 (34)	390 (38)	5 (8)	15 (9)	5 (5)	25 (8)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	87 (52)	231 (40)	148 (52)	466 (45)	24 (40)	33 (19)	15 (16)	72 (22)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	87 (52)	251 (43)	152 (54)	490 (48)	25 (42)	35 (20)	14 (15)	74 (23)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	141 (84)	456 (79)	222 (78)	819 (79)	46 (77)	104 (60)	69 (75)	219 (68)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	146 (87)	466 (80)	234 (83)	846 (82)	39 (65)	97 (56)	61 (66)	197 (61)
Total	168	580	283	1031	60	172	92	324

Tabela 4. (cont)

Indicadores	AP				PA			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	60 (100)	397 (99)	49 (100)	506 (99)	879 (98)	1662(99)	514 (97)	3055 (99)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	44 (73)	280 (69)	28 (57)	352 (69)	692 (78)	1377 (82)	386 (73)	2455 (79)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	50 (83)	330 (82)	39 (80)	419 (82)	723 (81)	1371 (81)	426 (81)	2520 (81)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	29 (48)	208 (52)	26 (53)	263 (51)	491 (55)	985 (59)	288 (55)	1764 (57)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	10 (17)	76 (19)	8 (16)	94 (18)	262 (30)	442 (26)	138 (26)	842 (27)
Usuário fica na fila para pegar ficha	16 (27)	127 (32)	22 (45)	165 (32)	138 (16)	389 (23)	108 (20)	635 (20)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	7 (12)	34 (8)	6 (12)	47 (9)	374 (42)	596 (35)	205 (39)	1175 (38)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	33 (55)	157 (39)	22 (45)	212 (41)	457 (51)	749 (45)	251 (48)	1457 (47)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	34 (57)	158 (39)	22 (45)	214 (42)	494 (56)	794 (47)	260 (49)	1548 (50)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	43 (72)	347 (86)	35 (71)	425 (83)	750 (84)	1339 (80)	413 (78)	2502 (81)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	54 (90)	317 (79)	35 (71)	406 (79)	713 (80)	1232 (73)	412 (78)	2357 (76)
Total	60	403	49	512	888	1683	528	3099
Indicadores	TO				Região Norte			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	64 (96)	653 (99)	434 (98)	1151 (98)	1512 (98)	4918 (99)	1819 (97)	8249 (98)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	56 (84)	502 (76)	309 (70)	867 (74)	1172 (76)	3930 (79)	1358 (73)	6460 (77)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	55 (82)	548 (83)	378 (85)	981 (84)	1221 (79)	4156 (83)	1554 (83)	6931 (83)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	41 (61)	393 (60)	233 (52)	667 (57)	760 (49)	2703 (54)	901 (48)	4364 (52)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	25 (37)	161 (24)	129 (29)	315 (27)	418 (27)	1099 (22)	467 (25)	1984 (24)
Usuário fica na fila para pegar ficha	6 (9)	127 (19)	67 (15)	200 (17)	271 (18)	1172 (23)	466 (25)	1909 (23)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	37 (55)	233 (35)	215 (48)	485 (41)	588 (38)	1662 (33)	711 (38)	2961 (35)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	39 (58)	274 (42)	217 (49)	530 (45)	786 (51)	1998 (40)	847 (45)	3631 (43)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	42 (63)	318 (48)	227 (51)	587 (50)	833 (54)	2131 (43)	874 (47)	3838 (46)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	59 (88)	572 (87)	379 (85)	1010 (86)	1292 (84)	3986 (80)	1508 (81)	6786 (81)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	46 (69)	436 (66)	313 (70)	795 (68)	1207 (79)	3738 (75)	1431 (77)	6376 (76)
Total	67	660	444	1171	1536	4992	1867	8394

Fonte: PMAQ AB²³; IBGE²⁵.

R=UBS Rural; U=UBS urbana; UR=UBS urbana que atende rural.

A grande maioria dos entrevistados (mais de 97% em todas as UF e região Norte) relatou levar menos de 15 minutos para chegar até a unidade de saúde, sugerindo, à primeira vista, um acesso fácil aos serviços. Porém, os dados não são conclusivos a respeito do perfil dos entrevistados – se são rurícolas ou moradores da cidade – em unidades de saúde localizadas na área urbana que informam atender áreas rurais. Quanto ao horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, 79% dos entrevistados em UBS rurais da região Norte consideram que tal horário atende às suas necessidades, embora isso não tenha ocorrido em todas as unidades da federação avaliadas.

Em relação à marcação de consulta, observou-se que 25% dos usuários atendidos por equipes urbanas que atendem populações rurais relataram enfrentar filas para obter marcação de consultas, em contraponto a 11% de usuários de unidades rurais. Tal informação contrasta com as falas dos profissionais que informam que 40% dos usuários atendidos em unidades rurais e 47% dos rurais atendidos em meio urbano enfrentam filas (*tabela 3*).

Em estados como Acre, Rondônia e Roraima, foi relatada maior dificuldade para marcação de consulta em qualquer dia e horário da semana para equipes rurais ou que atendiam essas populações. As visitas domiciliares por agentes comunitários foram mais relatadas pelos usuários dos serviços de equipes que atuam na área rural (84%). Usuários das equipes que atendem populações rurais, em especial das equipes sediadas de fato em área rural, relataram maior percentual (53%) de acolhimento à demanda espontânea e maior satisfação (79%) com o atendimento recebido.

Em geral, observou-se maior discrepância entre rural e urbano para as variáveis reserva de vagas para atendimento à demanda espontânea, cujos percentuais foram menores entre as equipes rurais (especialmente nos estados do Acre, do Amapá e do Amazonas), assim como na interação com cuidadores

tradicionais. Chama atenção o limitado percentual de equipes que declaram dispor de transporte (69% das rurais e 66% das urbanas que atendem população rural) para atender seu usuário. Trata-se de problema relevante porque as que atuam na cidade serão obrigadas a se deslocar por longas distâncias a fim de acompanhar sua clientela rural.

Discussão

A estimativa da cobertura assistencial é um indicador relevante na avaliação da APS e da atuação das EqSF no Brasil^{29,30}. Entretanto, análises que incluam populações rurais da região Norte devem ampliar seu escopo a fim de apreender as singularidades do acesso aos serviços de saúde por tais grupos. Os resultados mostram que os municípios com menor porte populacional apresentam maiores coberturas, o que não se traduz, necessariamente, em maior acessibilidade geográfica ou organizacional, nos termos de Donabedian¹⁸.

A distribuição espacial dos estabelecimentos, realizada com base nas coordenadas geográficas que localizam as EqSF que aderiram ao PMAQ-AB, evidencia uma concentração da oferta de serviços nas sedes dos municípios, número que abrange 38,7% de equipes que declararam atender populações rurais, embora sediadas em áreas urbanas. Os dados disponíveis no banco de dados do PMAQ-AB não propiciam explicações sobre as razões pelas quais as Secretarias Municipais de Saúde decidiram alocar profissionais da ESF em territórios distantes da moradia de sua população adstrita. Entretanto, os resultados apresentados demonstram o prejuízo gerado por tal arranjo, que contraria inclusive diretrizes e rotinas preconizadas para APS.

São escassas as investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde em áreas rurais da Amazônia legal. Em estudo de caso sobre acesso e uso de serviços odontológicos em município no interior do Amazonas³¹, verificou-se haver duas formas de acesso

a serviços de saúde bucal por populações rurais: ou os usuários se deslocavam por seus próprios meios, com o ônus físico e financeiro implícito nesta opção, ou aguardavam a passagem de unidades móveis que prestavam atendimento com periodicidade irregular e com reduzido tempo médio de permanência em cada localidade, inviabilizando ações de prevenção e de promoção da saúde dos indivíduos atendidos na área rural.

Em publicação que discute os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB no estado do Amazonas³², os autores apontaram insuficiente extensão de cobertura dos serviços às populações rurais. Quando presente, esta é desenvolvida de modo itinerante, ou por meio da designação de equipes urbanas de APS para atender os municípios do interior. Cabe a estes assumir o ônus físico e financeiro, do deslocamento até a cidade, o que adiciona novas barreiras de acesso ao cuidado desejado. Pondera-se aqui, que mesmo nos casos em que os percentuais de cobertura pareçam estar próximos ao desejável em termos estritamente numéricos, no caso da região Norte, é preciso entender que o percentual de cobertura alcançado pela ESF não leva em conta as grandes distâncias, a dispersão populacional e o dispêndio financeiro imposto aos usuários. Estes deveriam dispor de cuidados ofertados na sua vizinhança, mas terão que buscá-los em locais distantes.

Assis e Jesus³³ correlacionam o acesso com a disponibilidade de consultas e seus agendamentos, mas também com a possibilidade de adentrar aos serviços para atender demandas não agendadas, mas entendidas como prioritárias pelos usuários. Tal abordagem se enquadra neste estudo na análise da acessibilidade sócio-organizacional. Resultados apresentados para este item evidenciam pouca flexibilidade das equipes em acolher as demandas de usuários que enfrentam as grandes distâncias para chegar até a unidade. Embora a maior parte dos respondentes tenha afirmado realizar o acolhimento à demanda espontânea, 40% deles informam que usuários de zona rural entram

em filas para agendar ou obter consultas e que têm poucas oportunidades obter atendimento no mesmo dia, ou dispor de vagas extras ou reservadas para demanda espontânea.

Tais achados são congruentes com as publicações^{34,35} que identificam rigidez nas ações das equipes que se ancoram na centralidade do atendimento médico, aliada ao despreparo para proporcionar um acolhimento adequado. Ao priorizar a realização de procedimentos previamente programados, as rotinas operacionais preponderam sobre as necessidades dos usuários e deixam em plano secundário a produção de vínculo e de acolhimento, gerando insatisfações e filas ou desistência da busca pelo cuidado³⁶. Nesse âmbito, é preocupante a existência de 40% ou mais de equipes que não estão capacitadas para avaliar situações de risco clínico e vulnerabilidade dos usuários.

Os usuários de origem rural enfrentam importantes problemas de acesso e de não atendimento de necessidades no que diz respeito ao horário de funcionamento da unidade, ao tempo de espera e oferta de visitas domiciliares. Tal queixa ganha contornos concretos ao lembrar que um terço das equipes de saúde informa não dispor de transporte para realização de suas atividades, permitindo entender a restrição da oferta de visitas domiciliares.

A satisfação/insatisfação costuma ser mediada pelo modo como os usuários são tratados pelas equipes. A valorização da gentileza, da escuta e da acolhida feita pelos profissionais revela a importância de cultivar o vínculo e de adotar as tecnologias leves^{37,38}. Por outro lado, a disponibilização de ações de saúde, mesmo restritas, quando comparada à lacuna assistencial anterior à implantação do modelo da ESF, pode induzir usuários a demonstrar níveis elevados de satisfação, mesmo em vigência de barreiras de acesso ao serviço e de pouca regularidade na oferta do cuidado³⁹.

Assim como a literatura reconhece as desigualdades nas condições de saúde e

de utilização dos serviços entre as regiões do País⁴⁰, o presente estudo sugere ainda a existência de iniquidades que decorrem não apenas das diferenças geográficas, de acidentes naturais e das formas de ocupação do território, mas que se ligam a níveis mais amplos de determinação social, como diferenças de poder aquisitivo e da posse de meios de transporte, que auxiliam na superação das barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Quando retomada à luz dos principais teóricos de apoio adotados no artigo, a análise global dos resultados evidencia a presença de importantes limites de acessibilidade geográfica – que Unglert¹⁶ define em termos de tempo e dificuldade/facilidade de deslocamento, e que têm, segundo Giovanella e Fleury¹⁷, relação com a distância entre serviços de saúde e locais de moradia dos usuários –, temáticas inerentes à condição de residente em área rural. Entretanto, ao invés de buscar neutralizá-las ou compensá-las, o sistema de saúde adiciona novas barreiras à acessibilidade de tipo organizacional¹⁸ ao optar pela oferta de cuidados de saúde em espaços urbanos para residentes em áreas rurais.

Somam-se a estas as outras dificuldades comuns a todos os usuários, tanto urbanos, quanto rurais, como longo tempo de espera, enfrentamento de filas e baixa possibilidade de atendimento imediato, que também se fazem presentes na realidade estudada. Nesse sentido, o acolhimento¹⁹, entendido como escuta qualificada com vistas a ampliar a acessibilidade aos serviços, também fica prejudicado, já que os dados mostram elevados percentuais de dificuldade para marcar consultas. Tais elementos caracterizam um acolhimento mais comprometido com a lógica administrativa do que com as necessidades percebidas pelos usuários.

Como toda pesquisa, esta também apresenta limitações, sendo apontados aqui aspectos inerentes ao desenho avaliativo do PMAQ-AB, cuja seleção de informantes é baseada na livre adesão, e não por escolha

randômica. Ainda assim, deve-se levar em conta que o estudo abrangeu quase 70% dos prestadores de serviços públicos de atenção primária na região Norte. A seleção dos usuários padece de problemas similares, uma vez que os entrevistados foram selecionados aleatoriamente, mas entre os presentes nos estabelecimentos. Ou seja, além de não representarem o universo da população atendida pelas equipes, os resultados relativos aos usuários expressam a perspectiva dos que já acessaram o serviço, obscurecendo o ponto de vista daqueles que ali não conseguiram chegar. Todavia não é desprezível a pertinência dos dados produzidos no âmbito do PMAQ-AB, quer seja por sua abrangência, quer seja por gerarem informações regulares nos três ciclos já realizados, ou ainda por proverem informações sobre uma população relativamente invisível nos grandes inquéritos domiciliares que vêm sendo realizados no País.

Considerações finais

Em que pese o fato conhecido de que as populações rurais se distribuem de forma esparsa no território e que enfrentam limitações de acesso aos serviços de saúde, os dados demonstram a dificuldade das EqSF em atenuar a rigidez de suas programações de modo a atender à demanda espontânea e a propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade para aqueles que vêm de longe. Fazê-lo exigiria um reordenamento das rotinas de APS no sentido de alcançar maior flexibilidade e sensibilidade com as necessidades do usuário rural.

Evitar a peregrinação em busca de atendimento especializado, via de regra ofertado apenas nos centros urbanos, exigiria também uma ampliação de investimento em rede física e capacitação de pessoal, buscando ampliar o patamar resolutivo da rede de APS na região Norte. Por outro lado, a falta

de transporte disponível e regular nas áreas rurais da Amazônia legal é um importante fator de restrição de acesso dos usuários que se deslocam em busca de atendimento.

De modo geral, os usuários avaliaram positivamente não apenas o tempo de deslocamento até a unidade de saúde como também o horário de funcionamento dos estabelecimentos investigados. Porém, as características do estudo, ao entrevistar usuários que já estavam em sala de espera para atendimento, permitem inferir que os resultados obtidos excluem a clientela que é potencialmente a menos satisfeita: ou seja, aqueles que não conseguiram se fazer presentes nas unidades, os quais devem enfrentar barreiras ainda maiores de acesso. Além disso, as respostas dos usuários nesse item contrastam fortemente com as avaliações dos profissionais sobre o mesmo tema.

Assim, os vazios assistenciais sugeridos pela distribuição espacial das equipes estudadas parecem apontar para uma lacuna de cobertura, apesar dos percentuais, meramente numéricos, de cobertura contidos nas informações oficiais do sistema de saúde. Estas não atentam para a pulverização da população interiorana, que necessita de modos específicos de organização dos serviços, consoante com as singularidades dos modos amazônicos de viver.

Colaboradores

Todos os autores (Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ) foram responsáveis pela coleta, produção, análise dos dados e redação do artigo. ■

Referências

1. Silva RH, Castro RFM, Bastos JRM, et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(supl.1):1475-1480.
2. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia – Brasil. *Rev Bras Educ Méda.* 2014; 38(4):451-459.
3. Lima JG. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. 244 p.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 270 p.
5. Travassos C, Viajava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública.* 2007 out; 23(10):2490-2502.
6. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(8):e00037316.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 116 p.
8. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública.* 2017; 51(supl.1):3.
9. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, et al. Regionalização e desenvolvimento humano: Uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(6):1163-1174.
10. Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(supl.2):117-131.
11. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-1234.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(4):819-832.
13. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(11):2865-2875.
14. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(1):161-170.
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(supl.2):S190-S198.
16. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1990; 24(6):445-452.
17. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
18. Donabedian A. Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
19. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, organizador. O trabalho em

- saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
20. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013 maio; 29(5):847-849.
 21. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):182-194.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2013.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014 [internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2018 fevereiro 2]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
 24. 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, DF: Ministério da Saúde; 2012.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Malhas territoriais municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Rio de Janeiro; IBGE; 2010 [acesso em 2018 fev 12]. Disponível em: ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2010.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde [internet]. Brasília, DF: MS [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
 27. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [internet]. [Sem local]; 2013 [acesso em 2018 maio 15]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012 [acesso 2018 abril 8]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 29. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis* [internet]. 2002 [acesso em 2018 maio 2]; 12(1):47-58.
 30. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 fev, 21(2):327-338.
 31. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cad Saúde Pública*. 2009 ago; 25(8):1827-1838.
 32. Garnelo L, Vieira JR, Souza MLP, et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. *Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes; 2014. p. 60-87.
 33. Assis MMA, Jesus, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-2875.
 34. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-737.
 35. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ*. 2010; 14(35):797-810.
 36. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no

- serviço de emergência. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(5):2473-2482.
37. Erri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface Comum Saúde Educ.* 2017 dez; 11(23):515-529.
38. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública.* 1988; 14(2):429-435.
39. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis.* 2011; 21(3):1061-1076.
40. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC, et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2018 jan [acesso 2018 maio 9]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-regionais-e-sociais-em-saude-segundo-inqueritos-domiciliares-brasil-19982013/16535?id=16535>.

Recebido em 10/06/2018

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve