

## Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil

### *Accessibility to Primary Health Care services in rural municipalities of Brazil*

Danielle de Jesus Soares<sup>1</sup>, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>2</sup>, Mariluce Karla Bomfim de Souza<sup>2</sup>, José Patrício Bispo Júnior<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428945P

**RESUMO** Objetivou-se analisar aspectos da estrutura das unidades básicas e da organização do processo de trabalho das equipes de saúde relacionados com acessibilidade sócio-organizacional aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. Os dados deste estudo descritivo, de corte transversal, provêm do instrumento de avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizado em 2017, aplicado em 8.711 equipes de Saúde da Família de 2.940 municípios rurais. Os módulos que constituíram tal instrumento serviram de base para a construção de Modelo Lógico e definição de variáveis validadas por consenso de pesquisadores da área. Os dados estão apresentados em frequências absolutas e percentuais. Os resultados revelam aspectos que interferem na acessibilidade das pessoas aos serviços: deficiências na estrutura das unidades de saúde; no acesso a tecnologias de informação pelos profissionais; pouca disponibilidade de imunobiológicos e testes diagnósticos; e indicativos de problemas no processo de trabalho das equipes. A maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte não dispõe de serviços dos outros níveis de atenção em seu território, inclusive aqueles localizados em áreas remotas e de difícil acesso encontram dificuldade para fixação de profissionais e outras carências de infraestrutura.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Acessibilidade aos serviços de saúde. População rural. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze aspects of the structure of primary healthcare units and the organization of work processes within health teams, focusing on socio-organizational accessibility to Primary Health Care (PHC) services in rural municipalities in Brazil. This descriptive, cross-sectional study used data from the external evaluation instrument of the 3rd cycle of the National Program for Access and Quality Improving Access in Primary Care (PMAQ-AB), conducted in 2017. This instrument was, applied to 8,711 Family Health teams from 2,940 rural municipalities. The modules comprising this instrument were used as the basis for constructing the Logical Model and defining variables validated through consensus by researchers in the field. The data is presented in absolute frequencies and percentages. The results disclose aspects that interfere with the accessibility of individuals to the services, such as deficiencies in the physical structure of healthcare units; limited access to information technologies by professionals; scarce availability of immunobiologicals and diagnostic tests; and indications of issues in the teams' work processes. Most small-sized Brazilian municipalities suffer a shortage of other levels of healthcare, including those located in remote and hard-to-reach areas find it difficult to retain professionals and suffer from other infrastructure deficiencies.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services accessibility. Rural population. Health care quality, access, and evaluation.*

<sup>1</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) - Salvador (BA), Brasil.  
dany.sol22@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde - Vitória da Conquista (BA), Brasil.



## Introdução

Os cuidados de saúde no nível primário representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e devem estar disponíveis o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, sendo o primeiro item de uma assistência à saúde continuada<sup>1</sup>. Estudos apontam que viver em país que apresente uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte traz benefícios diversos para a saúde das pessoas. Uma APS forte e com boa coordenação mostra-se importante para a autoavaliação da saúde das pessoas, e um bom acesso à APS as ajuda a receber cuidados para suas condições de saúde-doença, o que reduz o risco de terem uma condição não tratada<sup>2</sup>.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a descentralização das ações e dos serviços de atenção primária para a quase totalidade dos municípios brasileiros, verificando-se uma trajetória de expansão significativa da cobertura populacional mediante a implantação de equipes de Saúde da Família em todo o território nacional, principalmente em municípios de menor porte populacional<sup>3</sup>. A expansão da cobertura populacional aumentou o acesso da população aos serviços de APS, o que contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde relacionados a condições sensíveis a esse nível de atenção do sistema de saúde<sup>4</sup>.

As normas de operacionalização da atenção primária no SUS, designadas nas edições da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, 2011 e 2017<sup>5-7</sup>, definem como responsabilidades dos municípios a organização, a execução e o gerenciamento dos serviços e das ações de Atenção Básica (AB) dentro do seu território.

No território brasileiro, é notória a diversidade nos municípios existentes. Sua classificação vai desde municípios urbanos a municípios rurais remotos. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, havia 5.565 municípios no Brasil, dos quais, 3.921 apresentavam

população com menos de 20 mil habitantes<sup>8</sup>. Levando-se em consideração uma segunda classificação dos municípios realizada pelo IBGE, os municípios são classificados em rural remoto, rural adjacente, intermediário remoto, intermediário adjacente e urbano. A partir dessa classificação, percebe-se que a maior parte dos municípios brasileiros foi classificada como predominantemente rural (60,4%), com 54,6% de rurais adjacentes e 5,8% de rurais remotos<sup>9</sup>.

Brundisini et al.<sup>10</sup> destacam que a ruralidade está associada ao aumento do risco à saúde devido ao isolamento e à falta de acesso a serviços de saúde; esses locais concentram maior dificuldade para a alocação de mão de obra profissional, em especial, da categoria médica.

Nesse sentido, estudos que medem a acessibilidade aos serviços de saúde ganham importância maior no contexto rural. A acessibilidade é elencada por Starfield<sup>11</sup> como um dos elementos estruturais importantes para a atenção primária. Considera a localização do serviço de saúde, os dias e horários abertos para o atendimento, grau de tolerância para atendimentos agendados e não agendados. Para essa autora, o acesso e a acessibilidade podem ser mensurados tanto a partir do ponto de vista da população quanto da unidade de saúde. A autora destaca, ainda, que, apesar de a acessibilidade não se restringir à atenção primária, é nesse nível que os requisitos específicos para a acessibilidade se mostram diferentes, por ser ela a porta de entrada preferencial no sistema de serviços de saúde<sup>11</sup>.

Para Vieira-da-Silva<sup>12</sup>, citando Donabedian (1980), acesso se relaciona com a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita, superpondo-se, assim, ao conceito de utilização de serviços e de cobertura real. Porém, segundo esse mesmo autor, alguns fatores estarão relacionados à facilidade ou dificuldade na utilização desses serviços, como as barreiras relacionadas às características organizacionais dos serviços de saúde e os recursos de que os usuários dispõem para superar esses obstáculos.

Ademais, de acordo com Donabedian, a acessibilidade se estrutura levando-se em consideração as características dos serviços que possam facilitar ou impedir sua utilização pelos usuários. Dessa maneira, propõe, para analisar o modo de organização dos serviços, a divisão da acessibilidade nas dimensões geográfica e sócio-organizacional<sup>13</sup>.

Apesar da ampla disponibilidade de publicações sobre a APS no Brasil, são escassos os estudos que levem em consideração o tamanho e a classificação rural/urbana dos municípios brasileiros com relação à disposição de seus serviços de saúde, sua organização, com consequente possibilidade de utilização pela população.

O presente estudo objetivou analisar aspectos da estrutura das unidades básicas e da organização do processo de trabalho das equipes de saúde relacionados à acessibilidade sócio-organizacional aos serviços de APS em municípios rurais do Brasil.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal no qual foram utilizados dados secundários referentes às equipes de Saúde da Família do Brasil que aderiram ao 3º ciclo do

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), disponíveis no *site* do Ministério da Saúde em 2019<sup>14</sup>. Constituíram a amostra as equipes situadas nos 2.940 municípios rurais (rural remoto e rural adjacente), segundo classificação do IBGE, cuja população estimada era menor ou igual a 20 mil habitantes.

Para a seleção dos municípios que compuseram a amostra, foram consideradas duas classificações feitas pelo IBGE. A primeira leva em consideração apenas o porte populacional, agrupando os municípios de acordo com o quantitativo de habitantes existentes<sup>8</sup>; a segunda leva em consideração a classificação rural versus urbana, sendo: rural remoto, rural adjacente, intermediário remoto, intermediário adjacente e urbano<sup>9</sup>. A *tabela 1* reúne as informações sobre o perfil dos municípios participantes do estudo, destacando o percentual de informações extraídas do instrumento de avaliação externa: o módulo I, 'Observação na Unidade Básica de Saúde'; o módulo II, 'Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde'<sup>15</sup>, e o módulo eletrônico, do qual foram extraídas informações sobre a composição das equipes por município analisado.

Tabela 1. Número e proporção de participação por instrumento da avaliação externa aplicado segundo tipo de município rural, do 3º ciclo PMAQ, 2017-2019

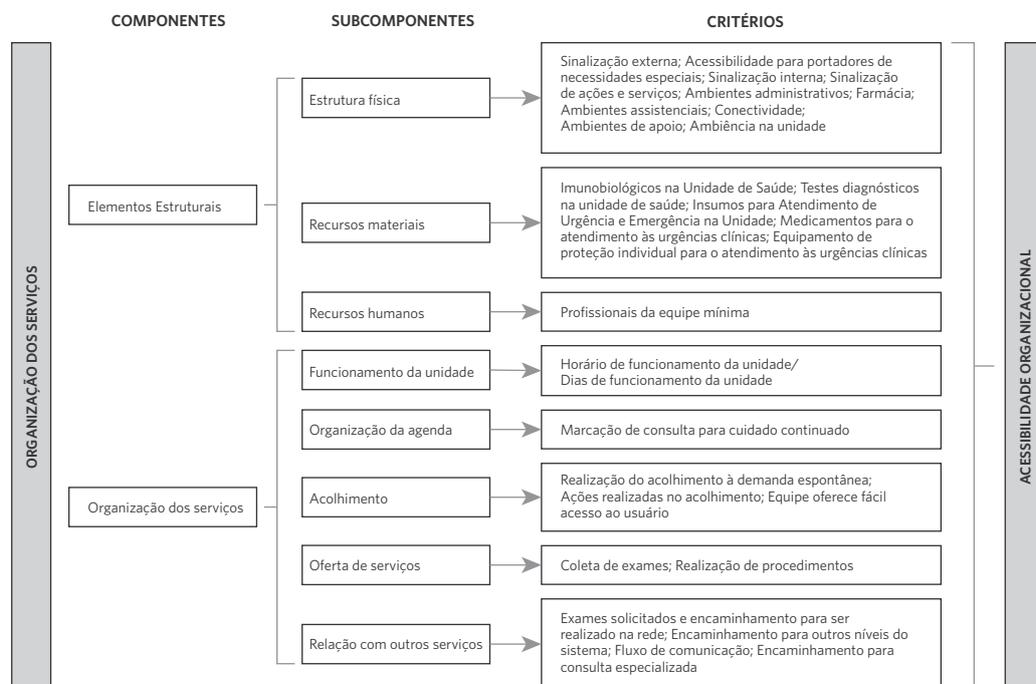
Municípios /Módulos	Rurais Adjacentes	Rurais Remotos
Módulo I	7.200 (97,27%)	709 (96,46%)
Módulo II	7.892 (99,16%)	819 (98,08%)
Módulo Eletrônico	2.532 (95,5%)	262 (94,6%)

Fonte: elaboração própria com base nas informações obtidas nos módulos I, II e eletrônico, PMAQ 3º ciclo<sup>14</sup>.

A partir dos módulos da avaliação externa do PMAQ-AB, foi construído e validado um Modelo Lógico (ML) (*figura 1*) visando agregar os componentes, subcomponentes e critérios capazes de trazer as informações referentes à acessibilidade sócio-organizacional às unidades de saúde. O ML foi elaborado com base na literatura nacional<sup>13,16-21</sup> consultada com relação aos elementos necessários para analisar a acessibilidade sócio-organizacional às unidades de saúde da atenção primária brasileira.

A partir desses módulos, foram organizados dois componentes com seus respectivos subcomponentes, a saber: componente: elementos estruturais, com os subcomponentes: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos; e o componente: organização dos serviços, com os subcomponentes: funcionamento da unidade, organização da agenda, acolhimento na AB, oferta de serviços na unidade, relação da AB com outros pontos da rede de atenção à saúde.

Figura 1. Modelo Lógico para análise da acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil



Fonte: elaboração própria a partir da adaptação do modelo de Cunha e Vieira-da-Silva<sup>13</sup> e com base em estudos da literatura: Albuquerque et al.<sup>16</sup>; Cunha; Vieira da Silva<sup>13</sup>; Garnelo et al.<sup>17</sup>; Gomes; Esperidião<sup>18</sup>; Ribeiro et al.<sup>19</sup>; Oliveira et al.<sup>20</sup>; Melo et al.<sup>21</sup>.

O ML passou, inicialmente, pela avaliação da banca de qualificação do projeto de mestrado, constituída por dois professores avaliadores, os quais indicaram sugestões iniciais de aprimoramento. Essa versão, após aprovação do comitê de ética em pesquisa do Instituto

de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, foi submetida à técnica de consenso.

Para a aplicação da técnica de consenso, os participantes foram escolhidos por conveniência, selecionando especialistas da área da saúde com *expertise* sobre o tema em questão. Foram

convidados quatro especialistas, e o contato se deu via correio eletrônico com o convite para participação e respectivo *link* de acesso ao questionário virtual via Google Form. O questionário de validação do ML tinha por objetivo avaliar a pertinência dos critérios propostos para os componentes ‘elementos estruturais’ e ‘organização dos serviços’. Para isso, cada critério era julgado sob sua pertinência para compor o subcomponente em questão. Ao final do julgamento de cada subcomponente, era perguntado ao participante se haveria algum critério a ser acrescido, com a sua indicação. A partir das respostas, o ML foi aprimorado e, então, utilizado neste estudo.

De acordo com as matrizes de critérios e os padrões derivados do ML, as variáveis foram classificadas como ‘adequada’, ‘inadequada’ e, em alguns casos, ‘intermediária’, para expressar o resultado obtido de acordo com o padrão estabelecido com base na literatura utilizada sobre o tema, assim como as orientações do Ministério da Saúde, por meio de seus manuais<sup>6,13,22-24</sup>

Para o processamento e a análise dos dados, foi utilizado o *software* Microsoft® Excel 365. As variáveis foram apresentadas em número absoluto e percentual, sendo utilizado o total para expressar o quantitativo final, tornando

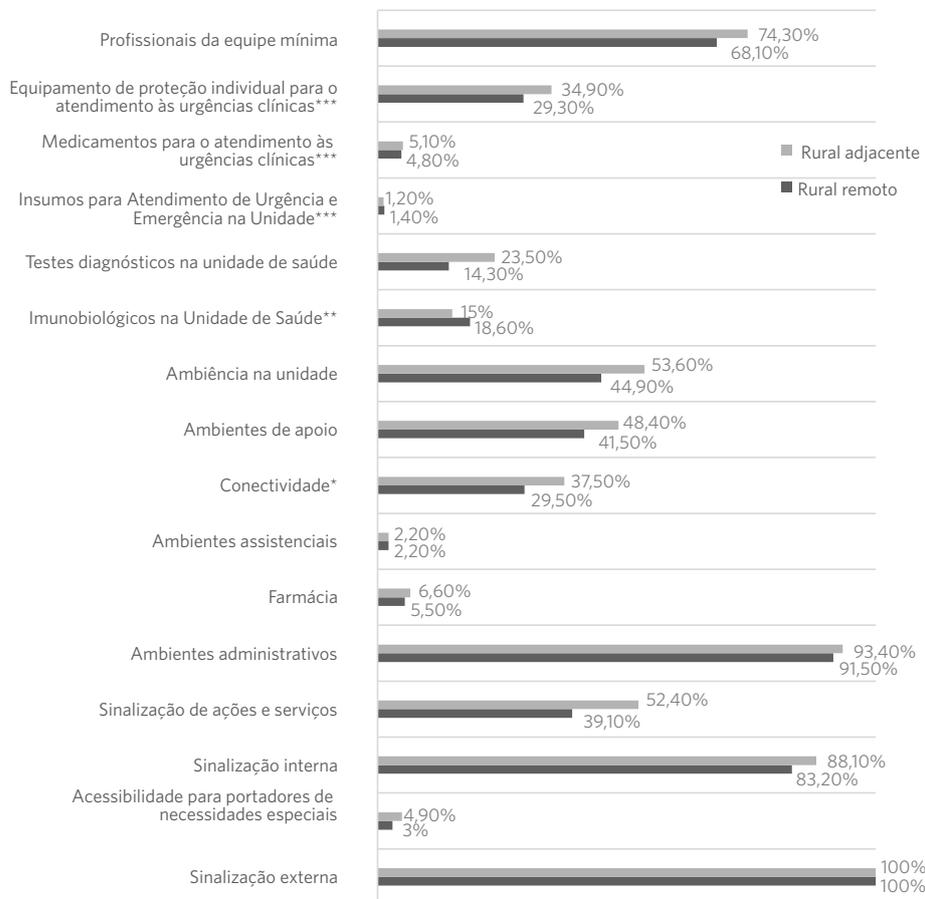
possível identificar as frequências absolutas e percentuais das variáveis explicitadas no ML.

O projeto cumpre os princípios éticos referentes a pesquisas com seres humanos, de acordo com as resoluções nº 466, de 2012<sup>25</sup>, e nº 510, de 2016<sup>26</sup>. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 43329421.7.0000.5030 e Parecer nº 4.562.681, em 26 de fevereiro de 2021, para a execução da técnica de consenso para validação do ML.

## Resultados

No componente ‘elementos estruturais’, *gráfico 1*, os critérios que apresentaram os menores desempenhos foram: acessibilidade para portadores de necessidades especiais; farmácia; ambientes assistenciais; conectividade; imunobiológicos na unidade de saúde; testes diagnósticos; insumos para atendimento de urgência e emergência na unidade e medicamentos para o atendimento às urgências clínicas. Foi acrescentado o critério ‘profissionais da equipe mínima’, por sua relevância.

Gráfico 1. Adequação do componente elementos estruturais, segundo tipologia de município rural. Brasil, 2017-2019



Fonte: elaboração própria com base nas informações dos módulos I, II e módulo eletrônico, avaliação externa do 3º ciclo, PMAQ-AB. Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

O critério ‘acessibilidade para portadores de necessidades especiais’ teve percentual de adequação de 4,9% para as unidades de municípios rurais adjacentes e 3% para os rurais remotos. As regiões com menores adequações foram Norte (1,7%) e Sudeste (4,4%) para os municípios rurais adjacentes; e Norte (1,6%) e Nordeste (2,9%) nos municípios rurais remotos.

O critério ‘farmácia’ obteve 6,6% de adequação para as unidades de municípios rurais adjacentes, com destaque para as regiões Nordeste (6,9%) e Sudeste (3,4%); e 5,5% para rurais remotos, onde as regiões Sul (0%), Sudeste (2,6%) e Nordeste (3,2%) apontaram os menores percentuais. No critério ‘ambientes

assistenciais’, houve 2,22% para as unidades de municípios rurais adjacentes e remotos – a região Sudeste foi a única com percentual superior a 5%.

O critério ‘conectividade’ obteve baixo desempenho em âmbito nacional para municípios rurais adjacentes e rurais remotos (62,5% e 70,5%, respectivamente). Em ambas as tipologias, a região Nordeste teve o pior desempenho. Nesse sentido, a maioria das unidades avaliadas não dispunha dos itens básicos necessários (acesso à internet e telefone) para o desenvolvimento das ações.

Nos ‘recursos materiais’, os critérios ‘insumos e medicamentos para atendimento de urgência e emergência’ apresentaram pior desempenho

em ambas as tipologias. Os percentuais de inadequação para medicamentos chegaram a 95%, e para insumos superaram 98%.

Com relação a dispor de todos os ‘testes diagnósticos’ na unidade, apenas 14,3% dos municípios rurais remotos estavam adequados, e 23,5% dos rurais adjacentes. A região Sul teve o melhor desempenho nos municípios rurais adjacentes e remotos (38,2% e 66,7% de adequação, respectivamente).

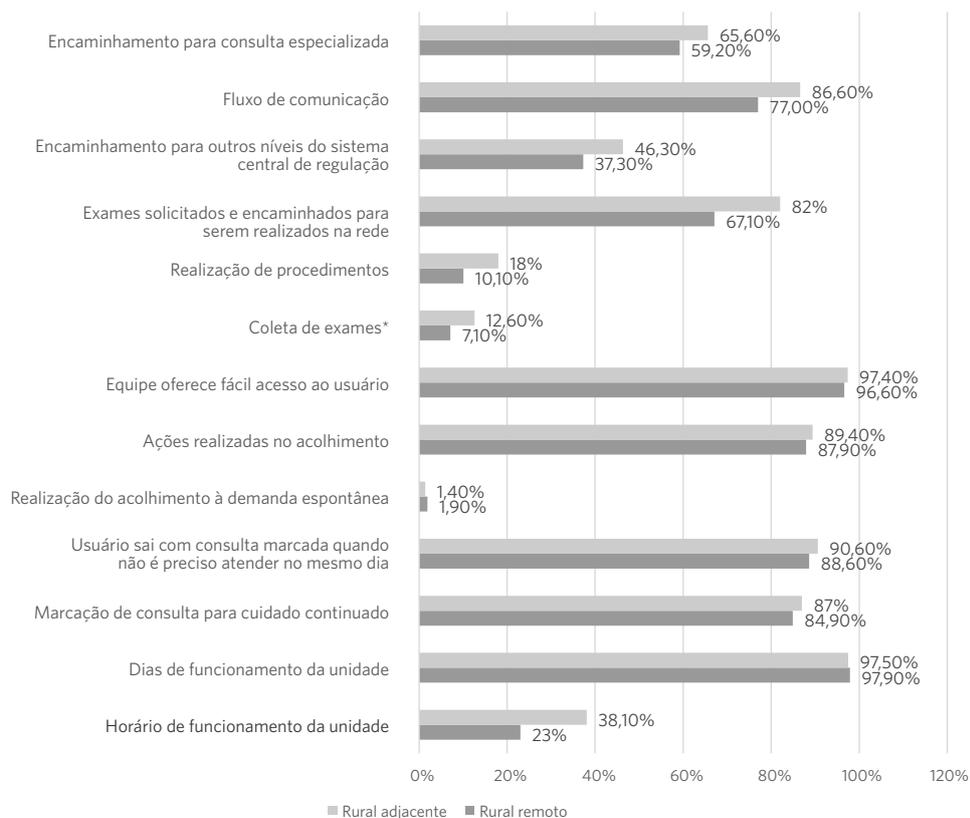
No tocante aos ‘imunobiológicos na unidade de saúde’, a maior parte das unidades de municípios rurais adjacentes (85%) estava inadequada, não apresentando todos os imunobiológicos. A região Sudeste apresentou 89,1% de inadequação, enquanto a região Sul teve o melhor desempenho (79,6% de inadequação), mesmo que ainda muito insatisfatório. Nas

unidades de municípios rurais remotos, 81,4% das unidades estavam inadequadas. Sudeste também apresentou o maior percentual de inadequação (87,2%).

Quanto ao subcomponente ‘recursos humanos’, relacionado à composição da equipe mínima (médico, enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), houve percentual de adequação maior nos municípios rurais adjacentes (74,3%), comparados aos rurais remotos (68,1%).

No componente organização dos serviços, visualizado no *gráfico 2*, os critérios com menor desempenho foram: horário de funcionamento; realização de acolhimento; coleta de exames; realização de procedimentos; e encaminhamento para outros níveis.

Gráfico 2. Adequação do componente organização dos serviços, segundo tipologia de município rural. Brasil, 2017-2019



Fonte: elaboração própria com base nas informações dos módulos I e II, avaliação externa do 3º ciclo, PMAQ-AB. Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

Quando avaliado se o funcionamento da unidade se dava nos cinco dias da semana, em dois turnos (aqui considerando dois turnos aquelas unidades que funcionam a partir de 6 horas por dia) e no horário do almoço, o percentual de adequação foi de 38,1% nas unidades de municípios rurais adjacentes e 23% nas unidades de municípios rurais remotos. Nessa categoria, a região Sudeste esteve com os maiores percentuais de adequação tanto em municípios rurais adjacentes (64,5%) quanto em rurais remotos (43,6%).

Foi inferior a 2% o percentual de equipes que referiram realizar o ‘acolhimento à demanda espontânea’ nos cinco dias da semana e nos dois turnos de funcionamento, em ambas as tipologias. Em contrapartida, a grande maioria das equipes relatou realizar o acolhimento em apenas um turno nos cinco dias da semana, tanto para as equipes de municípios rurais adjacentes (97,6%) quanto para rurais remotos (96%). A região Norte teve percentual inferior comparado ao das outras regiões, mesmo com percentual superior a 90% de adequação.

Para ‘coleta de exames’ (sangue, fezes, urina e eletrocardiograma), o percentual de adequação foi maior nos municípios rurais adjacentes (12,6%), diminuindo nos rurais remotos (7,1%). A região Sudeste teve o maior percentual nesse critério, com 13,4% em rurais remotos e 21,4% nos rurais adjacentes.

No critério ‘realização de procedimentos’, foi maior a proporção de equipes adequadas nos municípios rurais adjacentes (18%) e menor nos rurais remotos (10,1%). Esse critério teve a classificação intermediária (realização de procedimentos essenciais), sendo maior que 80% nos municípios rurais remotos. As regiões com menores adequações foram Norte, com 9,4% nos rurais adjacentes, e as regiões Sul (0%) e Nordeste (8,4%) nos rurais remotos.

O critério ‘Encaminhamento para outros níveis do sistema’ obteve 46,3% de adequação nos municípios rurais adjacentes e 37,3% nos rurais remotos, sendo menor na Região Norte (31,2% e 18,6%, respectivamente).

## Discussão

Os resultados apontaram critérios com percentual de adequação muito baixo. Percebe-se que os critérios do componente organização dos serviços apresentou maior número de adequação, enquanto os elementos estruturais tiveram mais critérios inadequados.

O número de ambientes numa unidade de saúde, definido pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>, visa a contemplar a demanda por cuidado da população adscrita. Nesta pesquisa, foram poucas as unidades que estiveram adequadas quanto aos critérios avaliados. A falta de estrutura física adequada pode levar ao uso de espaços inadequados para o atendimento à população e comprometer o trabalho das equipes. Como destaca Ribeiro et al.<sup>19</sup>, os ambientes que proporcionam informações, privacidade, humanização, resolutividade, oferta e disponibilização de serviços são espaços da estrutura física das unidades, que poderão melhorar a acessibilidade e proporcionar maior proximidade do usuário com o serviço.

Um estudo de revisão apontou que realidades internacionais também expõem a necessidade de investir em tecnologias de informação e comunicação em zonas rurais, a exemplo do telessaúde e do prontuário eletrônico, visando ampliar acesso, coordenação, continuidade e práticas de cuidado<sup>27</sup>.

No Brasil, alguns estudos confirmam a realidade encontrada nos resultados da presente pesquisa. Fausto et al.<sup>28</sup> encontraram um uso incipiente de ferramentas de tecnologias da informação e comunicação em alguns municípios rurais remotos da região amazônica, os quais sofrem com falhas de conectividade, falta de energia e limitação de transmissão via rádio.

No cenário internacional, em estudo desenvolvido no Canadá, foi verificado que usuários rurais dedicam mais tempo buscando informações sobre fontes de cuidado que os urbanos. Estes utilizam, principalmente, o telefone como mecanismo de obtenção de informações, com um provedor local de cuidados para acesso aos serviços de saúde e sobre a

urgência de seu problema. Verificou-se que os que buscam informações apresentam mais facilidades em acessar os serviços de saúde<sup>29</sup>.

Foi alto o percentual de unidades que não apresentavam todos os imunobiológicos, e parte significativa dessas unidades nem sequer ofertava a vacinação. É necessário pontuar que a oferta de imunobiológicos na unidade de saúde faz parte do Programa Nacional de Imunização (PNI), formulado em 1973 pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, a AB desenvolve papel central na imunização das pessoas, sendo uma ação estratégica e efetiva nesse nível de assistência<sup>30</sup>.

Os resultados apontaram para altos percentuais de unidades que não dispunham de todos os testes rápidos, em ambas as tipologias rurais. A realização de testes rápidos na unidade de saúde pode possibilitar o diagnóstico precoce e início imediato do tratamento, ampliando as chances de cura<sup>16</sup>. Assim como foi insatisfatório o percentual de equipes que referiam coletar exames na unidade em ambas as tipologias rurais, sendo inferior nas equipes de municípios rurais remotos. Em estudo de Rodrigues et al.<sup>31</sup>, que avaliaram um município rural remoto do estado do Acre, a maioria dos exames que eram realizados na unidade ou em municípios vizinhos precisava ser encaminhada para a capital do estado, atrasando a chegada do resultado para o usuário. Essas situações dificultam o diagnóstico e o acompanhamento adequado na rede de cuidados, com consequentes danos à saúde das pessoas.

Foram encontrados baixos percentuais de equipes que realizavam na unidade de saúde todos os procedimentos investigados. A maioria das equipes realizava os procedimentos essenciais (retirada de ponto, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis/intramusculares), em detrimento dos procedimentos de maior complexidade (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvido, extração de unha, medicações injetáveis endovenosas e inserção de DIU).

Essa realidade já era vivenciada pelas equipes no 2º ciclo do PMAQ-AB do estado de

Pernambuco, as quais apresentaram resultados insatisfatórios com relação à coleta de exames na unidade e à realização de procedimentos<sup>16</sup>.

Outro ponto importante para a oferta adequada de cuidado na APS é a presença de profissionais para compor as equipes mínimas de trabalho (médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde e auxiliar/técnico de enfermagem). Houve municípios com equipes incompletas, porém, tais profissionais são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho na unidade, principalmente em municípios rurais e pequenos onde a APS é, muitas vezes, o único nível de serviço existente.

Na Austrália, as comunidades mais isoladas ou remotas tinham menor oferta de médicos, por isso, apresentam maiores dificuldades para atrair serviços de APS<sup>32</sup>. No Brasil, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, foi apontado como provedor da mão de obra profissional constante em um município rural remoto do Acre. A saída desses profissionais não contou com fixação de substitutos no município, levando à falta de profissional médico por longos períodos. Consequentemente, a alta rotatividade afetava a qualidade do serviço, gerava a quebra de vínculo dos usuários com os profissionais e com o serviço, que passava a ser procurado com menor frequência<sup>31</sup>.

Já com relação ao funcionamento das unidades, percebeu-se que quase todas funcionavam nos cinco dias da semana, porém, isso mudava ao se avaliar se esse funcionamento se dava em mais de um turno e no horário do almoço. Essa realidade pode contribuir para a redução da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, pois esse pode ser o único serviço de saúde disponível. A esse respeito, em um distrito sanitário de uma capital brasileira, os usuários consideraram o horário de funcionamento como facilitador do acesso ao serviço de APS<sup>20</sup>. Em contrapartida, no contexto rural, os usuários tendem a enfrentar problemas de acesso e resolutividade com relação, entre outros fatores, ao horário de funcionamento da unidade<sup>17</sup>. O horário em que o serviço funciona irá impactar em todas

as ações, no acesso às atividades desenvolvidas pelas equipes e na utilização pelos usuários.

No presente estudo, nos horários em que o acolhimento estava presente, os usuários se deparavam com uma organização do processo de trabalho que favorecia seu acesso aos cuidados com a oferta de diversas ações. O acolhimento é apontado como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso visando à inclusão dos usuários nos cuidados de saúde, sendo atendidas não só as demandas programadas ou agendadas<sup>33</sup>. Para isso, é importante que a equipe se organize e avalie as melhores formas de estruturar e implementar o acolhimento à demanda espontânea em sua unidade, os fluxos necessários, profissionais responsáveis e encaminhamentos.

No entanto, em estudo desenvolvido por Garnelo et al.<sup>17</sup>, é destacada a dificuldade das equipes em diminuir 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.

Outro desafio é a inexistência ou o baixo número de serviços de saúde especializados em municípios pequenos e rurais, com destaque para encaminhamentos feitos pelos serviços de APS<sup>34</sup>. Em estudo sobre as modalidades de atendimentos especializados em municípios rurais remotos do semiárido, destacou-se a falta de serviços especializados privados e públicos, que reflete nas frequentes viagens intermunicipais de usuários à capital e às sedes da macrorregião de saúde em busca de atendimento especializado<sup>35</sup>. No presente estudo, havia reduzido número de equipes com acesso às centrais de marcação de exames e leitos, demonstrando a baixa articulação das equipes com outros pontos de atenção à saúde.

Ao analisar o tempo de espera para consulta especializada em um município de pequeno porte, os autores identificaram longo tempo de espera, que em algumas situações superou 12 meses, e a articulação se dava com a capital do estado, que ficava a uma distância de 700 km do município estudado<sup>34</sup>. O processo de

descentralização trouxe aos municípios a responsabilidade pela organização e gestão em saúde, elevando, assim, seus custos em relação a municípios de maior porte<sup>36</sup>.

Municípios com menos de 20 mil habitantes apresentam maior dificuldade em garantir o acesso de seus munícipes aos serviços da média e da alta complexidade, uma vez que esses serviços inexistem nesses municípios, sendo desafiadora a compra de serviços dessa modalidade. Enquanto tentativa de resolução de tal demanda, os municípios de pequeno porte tendem a assumir o desenvolvimento de ações de média e alta complexidade que extrapolam as pactuações realizadas<sup>37</sup>.

Corroborando os achados do presente estudo, Nunes et al.<sup>38</sup> mencionaram dificuldades enfrentadas por municípios rurais remotos na prestação de serviços especializados. Em diversos cenários, a oferta pelo SUS era desordenada e insuficiente, ou até mesmo as barreiras de acesso geográfico faziam com que gestores e pacientes contratassem serviços privados com recursos próprios. Tal realidade coloca os municípios num cenário ainda mais desfavorável no tocante à oferta de serviços de saúde. A articulação com outros níveis do sistema de saúde mostra-se ainda mais relevante para municípios menores e remotos, uma vez que esses, em sua maioria, apresentam apenas serviços de APS para o cuidado de seus habitantes.

## Conclusões

Os resultados apresentados evidenciam a importância de estudar municípios rurais e remotos, que se constituem, em sua maior parte, por municípios pequenos e isolados no que diz respeito à estruturação e organização da APS no Brasil.

Uma APS forte e resolutiva contribuirá para a melhoria da saúde dessa população. Para isso, é necessário que os aspectos relacionados à estrutura das unidades (materiais, equipamentos, estrutura física e profissionais capacitados)

estejam disponíveis de acordo com o que é preconizado pela Política de Atenção Básica. Além disso, o processo de trabalho precisa estar articulado com as reais necessidades da população e com os desafios inerentes à prática da APS em territórios rurais, remotos e pequenos.

Frente aos avanços nos estudos que têm como foco os municípios rurais e remotos, este estudo poderá contribuir com gestores e profissionais no entendimento das nuances em torno da estruturação e da execução do cuidado e para repensar práticas e estratégias de articulação com os demais níveis do sistema. É importante o desenvolvimento de outros estudos visando aprofundar o entendimento sobre a acessibilidade sócio-organizacional dos serviços de APS em municípios rurais, a fim de contribuir para a resolução dos aspectos que dificultam a prestação de cuidado integral à população.

Destaca-se, enquanto limitação deste estudo, a utilização apenas de dados quantitativos em um banco de dados fechado, uma vez que impossibilita o aprofundamento de

algumas informações que não estão dadas nos números, mas que podem ser extraídas com a utilização de outras metodologias de pesquisa. Assim como a qualidade dos dados fornecidos pelo banco utilizado.

## Colaboradores

Soares DJ (0000-0003-0739-2812)\* contribuiu para concepção teórico-metodológica do estudo, escrita, coleta, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)\* contribuiu para concepção teórico-metodológica do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Souza MKB (0000-0002-7895-4432)\* contribuiu para discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Bispo Júnior JP (0000-0003-4155-9612)\* contribuiu para a discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. URSS: Alma-Ata, 1978. [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)
2. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, et al. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2015;34(9):1531-1537. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0582>
3. Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Estratégia de Saúde da Família- evolução do modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 317-40.
4. Pinto Junior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciência saúde coletiva*. 2020;25(7):2883-2890. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202025725002018>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 mar 29; Seção I:71-76.
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 out 24; Seção I:48-55.
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22; Seção I:68-76.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
10. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, et al. Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 maio 20];13(15):1-33. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24228078/>
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Barbara Starfield. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
12. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110 p.
13. 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):725-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
14. Ministério da saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Ciclos do PMAQ AB – 3º ciclo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo>
15. Ministério da Saúde (BR). Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
16. 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;38(esp):182-194. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>
17. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):81-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
18. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(5):e00132215. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132215>
19. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev Eletr Enferm*. 2015;17(3):29436. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>

20. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):3047-3056. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>
21. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):124-131. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150017>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. 52 p.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. 164 p.
24. Luz LA. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016.
25. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
26. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção I:44.
27. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary health-care in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00310520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
28. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-1618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
29. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, et al. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health Place*. 2014;28:92-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
31. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do Norte do Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(131):998-1016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>
32. McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, et al. Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. *Rural Remote Health*. 2017;17(2):3925. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH3925>
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
34. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. *Rev Min Enferm*. 2015;19(1):72-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150006>

35. Almeida PF, Santos AMD, Cabral LMDS, et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural Remote Health*. 2021;21(4):6652. DOI: <https://doi.org/10.22605/rrh6652>
36. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1109-1120. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
37. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1619-1628. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>
38. Nunes FGS, Santos AM, Carneiro ÂO, et al. Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1386. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08805-6>

---

Recebido em 14/10/2023

Aprovado em 07/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Wallace Enrico Boaventura