

Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Factors affecting access to the Family Health Strategy teams in Brazil

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. marciagma@id.uff.br

² Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. elisete.casotti@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Enfermeira do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. luisa.dutra@gmail.com

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. monicatcmachado@gmail.com

⁵ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. patty.fidelis@hotmail.com

Márcia Guimarães de Mello Alves¹, Elisete Casotti², Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira³, Mônica Tereza Christa Machado⁴, Patty Fidelis de Almeida⁵, Marcos Paulo Fonseca Corvino⁶, Juliana Marin⁷, Regina Fernandes Flauzino⁸, Luiz Albérico Araújo Montenegro⁹

RESUMO O artigo analisa o acesso às equipes certificadas pelo Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, tendo por categoria central o acesso potencial e duas dimensões: acolhimento e disponibilidade. A partir de questões selecionadas dos instrumentos da Avaliação Externa do Programa, geraram-se escores e três estratos. Os resultados confirmam que os fatores favoráveis ao acesso potencial foram: localização na região Sudeste, em capitais e municípios de maior porte e com maior número de equipes por unidade. Apesar dos progressos, os resultados indicam a necessidade de políticas e ações voltadas à qualificação da atenção prestada, especialmente nos municípios de pequeno porte.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT *The article aims to analyze access to teams certified by National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. The category studied was the potential access with two dimensions: embracement and availability. Data obtained from selected issues of instruments of External Evaluation of the program were sources of information and generate scores and three strata. The results show that favorable factors to the potential access were located in the Southeast, in capitals, bigger towns, and larger number of teams by health unit. Despite progresses, the results address to the need for policies and actions to qualify the care provided, especially in small towns.*

KEYWORDS *Health services evaluation; Health services accessibility; Primary Health Care; Family health.*

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem, entre as suas diretrizes, a construção de um parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica (AB) e o estímulo ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados por essas equipes (BRASIL, 2011A). A AB é considerada como a porta de entrada do sistema de saúde e deve ser acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, além de coordenadora da continuidade do cuidado (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Starfield (2002) considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada, oferecendo cuidados focados na pessoa ao longo do tempo e não sobre a doença, provendo atenção a todas as condições e coordenando a assistência em outros níveis de atenção, quando necessário. Para a autora, na APS, o acesso deveria ser universal e não necessariamente relacionado ao problema/necessidade, uma vez que este pode não ter sido ainda identificado e definido. A definição de um serviço de APS como porta de entrada dependeria, segundo a mesma autora, tanto da acessibilidade (estrutura), como, por exemplo, da localização geográfica do serviço, horários e dias de funcionamento, como também da utilização de fato (processo) que a população faz do mesmo.

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011B, P.01), sendo a AB uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde.

O componente 'Avaliação Externa' do PMAQ-AB consistiu no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade da atenção em saúde. Foram verificadas a estrutura e as condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando à acessibilidade, à ambiência, às condições de trabalho e à disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos. A organização do processo de trabalho com vistas ao acesso e à qualidade das ações foi abordada sob a perspectiva do profissional e do usuário, considerando a implantação de alguns dispositivos, tais como o acolhimento, a agenda compartilhada, as ferramentas de gestão do cuidado, dentre outros. A unidade de análise foi a EqAB e seu local de trabalho, a UBS (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A complexidade do conceito de acesso encontra-se na diversidade de definições apresentadas por variados autores. Donabedian (1973) utilizou o termo "acessibilidade" definindo-o como as características dos recursos em saúde que facilitam ou obstruem sua utilização pelos potenciais usuários. O conceito de acessibilidade ampliou a noção de acesso para além da disponibilidade de recursos em um dado local e hora, e, em certa medida, incorpora a dimensão acolhimento (MASCARENHAS, 2003). Donabedian (1973) classificou os fatores que influenciam a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde em dois grupos: sócio-organizacionais e geográficos que, embora distintos, apresentam correlações importantes. Os elementos sócio-organizacionais englobam todas as características dos recursos de saúde não relacionados aos elementos espaciais tais como: atributos do profissional de saúde (sexo, cor, especialização, tipo de remuneração) e estratégias formais e informais de admissão de pacientes que podem se utilizar de mecanismos de exclusão pela cor, status econômico ou diagnóstico. O segundo grupo de fatores que pode dificultar ou facilitar a acessibilidade, de acordo com esse mesmo autor, refere-se aos elementos geográficos, incorporando a

⁶Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) - Niterói (RJ), Brasil. corvino.m@gmail.com

⁷Mestre em Saúde Coletiva (UFF). Professora na Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) - Niterói (RJ), Brasil. jubsmarin@yahoo.com.br

⁸Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) - Niterói (RJ), Brasil. rflauzino@uol.com.br

⁹Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Substituto do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) - Niterói (RJ), Brasil. luz.montenegro@gmail.com

ideia de que o espaço pode criar resistências à movimentação do usuário. A distância até o serviço de saúde, o tempo de deslocamento e o tempo gasto na busca pelos cuidados são algumas das medidas desses elementos. Estudos sobre itinerários terapêuticos têm trabalhado com esses elementos, destacadamente o acesso/acessibilidade, ainda que com diferentes abordagens teórico-metodológicas (CABRAL ET AL., 2011).

Por meio de revisão da literatura, Hulka e Wheat (1985) evidenciaram os fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde. Uma das categorias identificadas foi o 'status de saúde' ou necessidade de saúde. As evidências sugerem que a utilização dos serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção da necessidade, sendo este o principal fator na determinação do uso. Os fatores capacitantes, segundo esses autores, envolvem os recursos que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços de saúde. Abrangem recursos familiares, tais como renda e cobertura por planos de saúde e outros vinculados à oferta de serviços como: disponibilidade de profissionais, exames, tempo de espera pelo serviço, etc.

Em publicações mais antigas, Andersen (1968), bem como Aday e Andersen (1974), já estabeleciam três condições, relacionadas às características da população, que determinavam a utilização de serviços de saúde: os componentes 'predisponentes', os 'capacitantes' e a 'necessidade'. Andersen e Newman (2005) referem-se a esses componentes como determinantes individuais da utilização dos serviços de saúde. Dois desses determinantes vão ao encontro das definições apresentadas por Hulka e Wheat (1985), ou seja, (i) a utilização dos serviços de saúde, que está relacionada à percepção dos indivíduos sobre sua condição, sintomas e incapacidades; e (ii) os componentes ou fatores capacitantes, que envolvem a disponibilidade de recursos nos serviços de saúde e a capacidade por parte dos indivíduos de acessá-los. São estes - utilização dos

serviços e fatores capacitantes - os que se adequam ao trabalho aqui apresentado. Já os fatores predisponentes (ANDERSEN; NEWMAN, 2005), incorporam características demográficas da população que antecedem o surgimento do problema de saúde e predis põem os indivíduos a utilizarem serviços de saúde como, por exemplo, idade, gênero, classe social e cor. Para esses autores (2005), o acesso se refere à entrada do usuário no serviço de saúde e à continuidade da atenção, envolvendo a disponibilidade dos serviços de saúde onde e quando o usuário necessitar, com clara definição da porta de entrada.

Outros autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; PAVÃO; COELI, 2008) destacaram também a importância da utilização dos serviços de saúde, delimitando o acesso em dois tipos: acesso potencial e acesso realizado. O primeiro, objeto de estudo deste artigo, caracteriza-se pela presença de fatores capacitantes do uso de serviços, ou seja, os meios disponíveis para obtenção dos cuidados de saúde, enquanto o segundo representa a utilização de fato desses serviços.

Penchansky e Thomas (1981) propuseram cinco dimensões para análise do acesso potencial aos serviços de saúde: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, capacidade de pagamento pelos serviços e aceitabilidade. A primeira dimensão, disponibilidade de serviços de APS, expressa a relação entre volume, tipo de serviços e recursos existentes em APS e as necessidades dos usuários. A acessibilidade geográfica aos serviços relaciona a distância e a distribuição geográfica dos serviços à localização dos pacientes. A dimensão da acomodação/acolhimento expressa a relação entre a organização dos recursos e a adaptação/acomodação dos usuários: sistemas de agendamento de serviços, visitas domiciliares, etc. A capacidade de compra refere-se aos custos dos serviços e à possibilidade de copagamento por parte da clientela, que varia em função das modalidades de pagamento, existência de planos

privados, dentre outros. A quinta dimensão representada pela aceitabilidade dos serviços caracteriza-se pela satisfação dos usuários com sua organização.

Posteriormente, Kringos *et al.* (2010) acrescentaram duas outras dimensões do acesso: a utilização dos serviços de APS, que indica o real consumo desses serviços, e a equidade no acesso, referente à adequação entre a provisão de serviços e as necessidades de saúde.

Neste artigo, ‘acesso’ é compreendido como “possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário” (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006, P. 976). As dimensões selecionadas para abordar o tema foram ‘disponibilidade’ e ‘acolhimento’, correlacionando-as com os fatores condicionantes do acesso, com base no banco de dados e o que mais se aproximava do modelo de análise construído.

De acordo com Assis e Jesus (2012), a disponibilidade corresponde ao alcance do usuário aos serviços de que necessita, incluindo-se a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, dentre outros. O acolhimento, segundo esses autores, compreende as ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca: desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta. Como tecnologia leve (MERHY, 2002), o acolhimento direciona estratégias de atendimento que resultem em ações de saúde mais ágeis e resolutivas, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009). Propõe uma reorganização do processo de trabalho com garantia do direito de acesso aos serviços e humanização das relações estabelecidas.

Para o Ministério da Saúde, o

acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais

entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011C, P. 19) e, por isso, destaca que qualquer análise precisa considerar o que acontece em cada espaço. Identifica que a ampliação/facilitação do acesso; a postura, atitude e tecnologia de cuidado; e a (re)organização do processo de trabalho em equipe são dimensões constitutivas do acolhimento. (BRASIL, 2011C, P. 19).

Assim, o objetivo deste estudo foi o de analisar o acesso às equipes da Atenção Básica certificadas pelo Programa em todo o território brasileiro, tomando como base as dimensões ‘Disponibilidade’ e ‘Acolhimento’, na perspectiva estrutural e organizacional, a partir das variáveis existentes no instrumento de coleta de dados, identificando posteriormente os fatores condicionantes que interferem na qualidade do acesso.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado nos dados secundários pertencentes ao componente da ‘Avaliação Externa’ disponíveis no banco do PMAQ-AB (FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013). Para este estudo, foram considerados os dados de questões dos ‘Módulos I - Observação na Unidade de Saúde’ e ‘II - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde’. O universo analisado é representativo apenas para as equipes que aderiram voluntariamente ao Programa e suas respectivas unidades de saúde. No total, foram entrevistadas 17.202 equipes (16.566 de Saúde da Família e 636 de Atenção Básica parametrizadas) em 3.944 municípios brasileiros, correspondentes a 51% das equipes implantadas no país no ano de 2012, atuando em 14.111 unidades básicas de saúde (UBS) (FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013).

Para a análise, identificaram-se, dentre as questões disponíveis nos instrumentos

citados, aquelas consideradas pelos autores como coerentes com as dimensões de ‘acesso’ escolhidas – ‘disponibilidade’ e ‘acolhimento’. Em seguida, definiram-se parâmetros com base nas atividades previstas para desenvolvimento no âmbito da Atenção Básica, afim de pontuar cada questão.

Cada pergunta (aqui denominada ‘item’) originou uma variável dicotômica (sim/não) com base nas suas opções de resposta e nos critérios estabelecidos como ‘ótimos’ no tocante ao desempenho. A cada item atendido, segundo os critérios, foi atribuído 1 (um) ponto. O escore total de cada dimensão correspondeu à soma dos valores atribuídos às questões. Assim, a dimensão ‘acolhimento’ com 15 questões variou entre 0 a 15 pontos; a dimensão ‘disponibilidade’ com 39 questões variou de 0 a 39 pontos e o escore de ‘acesso’, construído a partir da soma destas duas dimensões, com 54 questões no

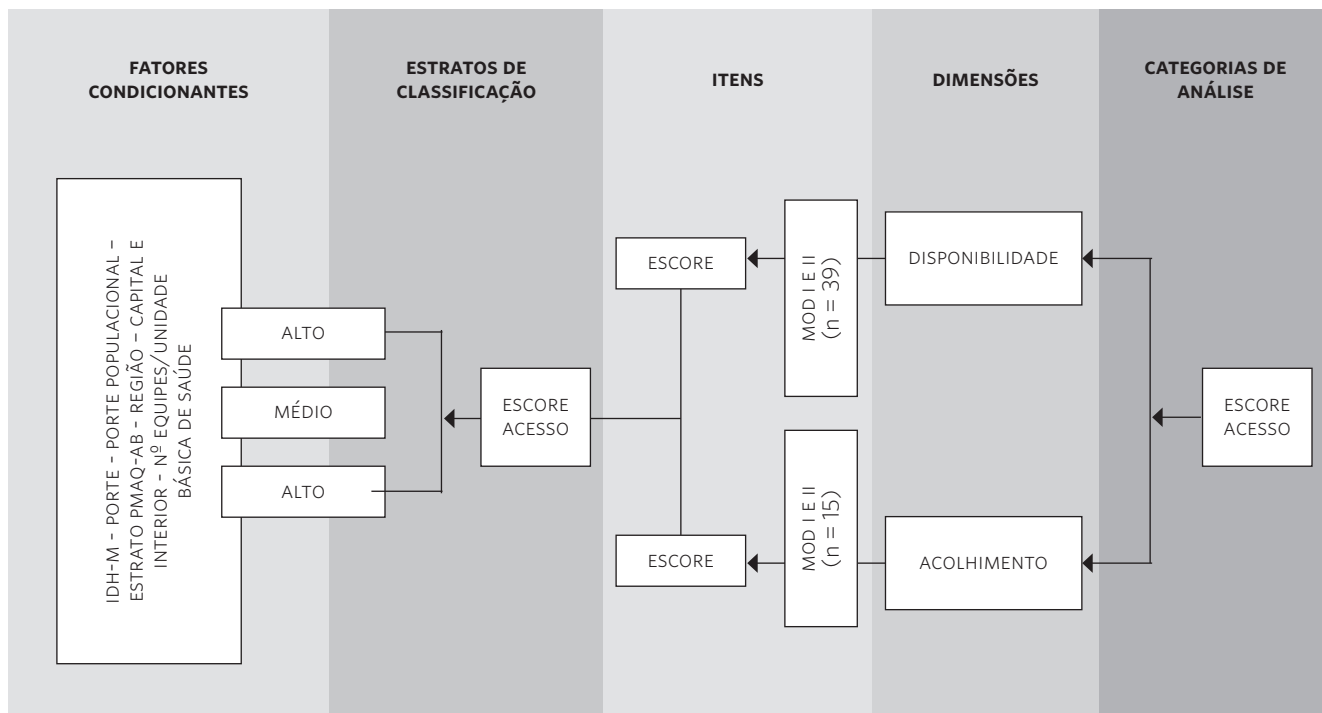
total, variou de 0 a 54 pontos.

A classificação do acesso em ‘baixo’, ‘médio’ e ‘alto’, foi definida de acordo com os tercis de distribuição dos pontos das questões somadas. Os pontos de corte para a dimensão ‘acolhimento’ foram 0 a 8 (baixo), 9 a 11 (médio) e 12 a 15 (alto) e para a dimensão ‘disponibilidade’ foram 0 a 24 (baixo), 25 a 29 (alto) e 30 a 39 (alto). Já para ‘acesso’, os valores limites foram 0 a 33 (baixo), 34 a 39 (médio) e 40 a 54 (alto). Na *figura 1*, resume-se o modelo de construção das dimensões e de análise.

Para análise da distribuição das equipes, segundo os estratos de acesso gerados, foram selecionados os fatores listados abaixo e construídas tabelas de contingências:

1. Regiões do Brasil: Norte (categoria de referência), Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste;

Figura 1. Modelo de construção das dimensões e das categorias de análise



Fonte: Elaboração própria

2. Ser capital ou não (categoria de referência);
3. Porte populacional: até 20 mil habitantes (categoria de referência); de 20.001 até 200.000 habitantes e acima de 200.000 habitantes;
4. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M 2010): muito baixo e baixo = 0 a 0,599 (categoria de referência); médio = 0,600 a 0,699; alto = 0,700 a 0,799; muito alto = igual ou maior que 0,800 (PNUD, 2013);
5. Estratos para certificação do PMAQ-AB: adotada a classificação proposta pelo Departamento de Atenção Básica (DAB). A definição dos seis estratos foi feita com base em índice que varia de zero a dez e porte populacional. O índice é composto por cinco indicadores: 1. Produto Interno Bruto (PIB) per Capita; 2. Percentual da população com plano de saúde; 3. Percentual da população com Bolsa Família; 4. Percentual da população em extrema pobreza; e 5. Densidade demográfica. Os indicadores são ponderados com peso 2 (Produto Interno Bruto per Capita) ou 1 (todos os demais).
6. Os estratos são: 1 = pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 = pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 = pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 = pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 5 = pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 = população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85 (BRASIL, 2014A). A categoria de referência foi o estrato 1;
7. Número de equipes por unidade: 1 equipe (categoria de referência); 2 a 3 equipes; 4 ou mais equipes;
8. Tempo de trabalho na equipe do profissional respondente: menos de 1 ano (categoria de referência), 1 ano, 2 anos, 3 a 5 anos, 6 ou mais anos.

Um modelo de regressão logística multinomial foi usado para avaliar a associação multivariada dos fatores condicionantes em relação aos estratos de acesso. A regressão logística multinomial é um método de classificação que generaliza uma regressão logística para problemas multiclasse, ou seja, com mais de dois possíveis resultados discretos. Esse modelo é usado para prever as probabilidades dos diferentes resultados possíveis de uma variável dependente categórica distribuída (no nosso caso, 'acesso', 'disponibilidade' e 'acolhimento') a partir de um conjunto de variáveis independentes, por meio da razão de chances (GREENE, 1993). A razão de chances avalia quão fortemente a presença ou ausência de uma dada propriedade de uma variável está associada com a presença ou ausência de outra propriedade da mesma variável, numa dada população (GREENE, 1993). A categoria 'baixo acesso' foi considerada como referência para a variável dependente. O programa utilizado para todas as análises foi o SPSS® 20.0 e Excel® 2010.

Resultados e Discussão

No quadro 1, é possível observar que, no tocante à dimensão 'acolhimento', tem sido mais frequente a realização de visitas domiciliares (99,6%), de escuta e avaliação dos usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente (97,2%), e a reserva de vagas para atendimento no mesmo dia para usuário com necessidade (92,2%).

Entretanto, ainda que seja esperado o estabelecimento de mecanismos que assegurem

Quadro 1. Percentual de equipes da Saúde da Família (n = 17.202) que atenderam aos critérios propostos para as variáveis que compõem a dimensão 'acolhimento' - Brasil, 2012

Mód.	Questão	Critério (resposta considerada)	%
II	A equipe realiza visita domiciliar?	Sim	99,6
II	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	Sim	97,2
II	Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?	Sim	92,2
II	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?	Sim	83,5
II	Acolhimento à demanda espontânea - Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	Sim	80,0
I	Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	Sim	79,0
II	Com que frequência acontece?	Sim, para 'Em 5 dias ou mais'	70,5
II	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim	70,2
II	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	Sim, para 'Em qualquer dia da semana em qualquer horário' ou 'Em qualquer dia da semana em horários específicos'	70,0
II	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim	46,3
II	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua equipe são atendidas por esta equipe?	Sim, para 'Todos os dias'	42,9
II	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	Sim	38,0
I	Infraestrutura da unidade de saúde: Nº de salas de acolhimento.	Sim, por ter pelo menos 1 sala	36,6
I	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Sim	30,2
II	Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: Marca usuários na agenda: do médico; do enfermeiro; do dentista; de outro profissional; Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema; Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta; Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação; Prescrição de alguma medicação; Outro(s)	Sim, para sete ou mais ações	21,1

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

a acessibilidade e o acolhimento nas unidades de saúde (BRASIL, 2012), menos da metade das equipes entrevistadas referem ter condições consideradas adequadas para realizar tal 'acolhimento', tais como: disponibilidade de sala específica (36,6%); existência de protocolos para acolhimento (38%), capacitação dos profissionais para essa atividade (46,3%). Também chama a atenção que apenas 21,1% das equipes informaram desencadear ações a partir do acolhimento. Dessas ações, a menos frequente foi a marcação na agenda do enfermeiro (0,5%), menor inclusive do que a opção relacionada com a marcação na agenda de outros profissionais (0,9%), contrariando a atribuição prevista, de realização de consulta de enfermagem, na

Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Observa-se, por fim, que apenas 30,2% das equipes garantem acesso a pessoas portadoras de deficiência e 42,9% aos residentes fora da área de abrangência de sua equipe.

Quanto à dimensão 'disponibilidade', conforme se observa no *quadro 2*, a maior parte das equipes informou que suas unidades funcionam na hora do almoço (99,5%) e oferecem pelo menos dois turnos de atendimento (94,9%), predominantemente pela manhã e à tarde (94,8%). Outra ação frequentemente relatada pelas equipes foi o exame citopatológico realizado por 97,2% das equipes.

Dentre as ações menos disponíveis está a realização de testes diagnósticos de gravidez, HIV e sífilis na unidade (1,6%). Ao analisar a

Quadro 2. Percentual de equipes da Saúde da Família (n = 17.202) que atenderam aos critérios propostos para as variáveis que compõem a dimensão 'disponibilidade' - Brasil, 2012

Mód.	Questão	Critério (resposta considerada)	%
I	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Pelo menos 'Algumas vezes'	99,5
II	A equipe de Atenção Básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	97,2
I	Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Dois ou mais	94,9
I	Quais os turnos de atendimento?	Manhã e tarde	94,9
I	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	Pelo menos 5 dias	94,8
II	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	Sim	93,4
II	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de planejamento familiar?	Sim	91,9
I	Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?	16 h ou mais	91,7
II	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	91,6
II	A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários que necessitam de cuidado contínuo?	Sim	91,0
I	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	Pelo menos 8 horas	89,9
II	A equipe de Atenção Básica disponibiliza: Preservativos masculinos (camisinha); Preservativos femininos; Medicamentos contraceptivos (anti-concepcionais)?	'Sim' para pelo menos preservativo masculino e anticoncepcionais	86,3

Quadro 2. (cont.)

II	Quantidade de profissionais da equipe mínima de Atenção Básica: Médico; Enfermeiro; Cirurgião-dentista; Técnico de enfermagem; Auxiliar de enfermagem; Técnico em saúde bucal; Auxiliar em saúde bucal; Agente comunitário de saúde; Técnico em laboratório; Microscopista.	Se respondeu pelo menos 1 profissional de cada, exceto ACS = 4; Se tem Saúde Bucal: CD + [ASB ou TSB]. Técnico em laboratório e microscopista apenas na região Norte	84,0
II	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?	Sim	83,5
II	A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico?	Sim	82,2
II	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	Sim	81,5
II	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?	Sim	80,4
II	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	Sim	80,0
II	A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?	Sim	78,5
II	A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares?	Sim	77,0
II	A equipe de Atenção Básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa-Família?	Sim	74,8
II	Com que frequência acontece o acolhimento?	5 dias ou mais	70,5
II	A equipe realiza visita domiciliar? A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio?	Se Sim a ambas	70,4
II	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?	Sim	70,2
II	Em quais turnos é feito o acolhimento?	Sim para todos	68,9
II	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Práticas corporais; Atividade física; Outro(s)?	Se Sim para pelo menos duas opções	63,6
II	A equipe de Atenção Básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde?	Sim	62,8
II	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose do usuário?	Sim	60,9
II	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim	53,9
II	A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório?	Sim	52,7
I	Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? Consultas médicas; Consultas de enfermagem; Consultas odontológicas; Dispensação de medicamentos pela farmácia; Recepção aos usuários; Realização de curativos; Vacinação; Acolhimento; Outro(s)	Sim para todos	49,3
II	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) para hanseníase do usuário?	Sim	45,2

Quadro 2. (cont.)

I	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim; Sim, algumas vezes	39,0
II	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Até 4.000 pessoas sob responsabilidade de cada equipe	34,1
II	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Sim	18,7
II	A equipe de Atenção Básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde: Drenagem de abscesso; Sutura de ferimentos; Retirada de pontos; Lavagem de ouvido; Extração de unha; Nebulização/inalação; Curativos; Medicações injetáveis intramusculares; Medicações injetáveis endovenosas; Outro(s)?	Sim para todos	17,2
I	Imunobiológicos disponíveis na unidade: BCG-ID; Dupla tipo adulto - dT; Febre amarela; Influenza sazonal; Hepatite B; Meningocócica C; Pneumocócica 23 valente; Poliomielite; Pneumocócica 10; Tríplice viral; Tríplice bacteriana; Tetravalente; Vacina oral de rotavírus humano.	Se todas estão sempre disponíveis, exceto febre amarela (apenas para a região Norte)	7,9
II	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação saudável; Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica; Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus; Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; Tuberculose; Hanseníase; Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; Nenhuma das anteriores.	Sim para todas as ações enumeradas, exceto a opção 'Nenhuma das anteriores'	6,1
I	Testes diagnósticos disponíveis na unidade: Gravidez; HIV; Sífilis; Plasmódio	Todas sempre disponíveis, exceto plasmódio (apenas para a região Norte)	1,6

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

opção 'sempre disponíveis', para o conjunto das equipes, observa-se que a disponibilidade dos testes foi de 14,7% para detecção do HIV, 5,3% para gravidez e 2,8% para sífilis.

Em seguida, a segunda menor proporção (6,1%) está relacionada com a abordagem de diferentes temas nas ações educativas e de promoção da saúde. As três temáticas mais ofertadas pelas equipes foram: prevenção e tratamento de diabetes (89,5%); de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (89,4%) e gestação/puerpério (87,4%). O desenvolvimento

dos temas tuberculose e hanseníase foi relatado por 54,2% e 51,1% das equipes, respectivamente. Poucas equipes relataram abordar a prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (24,5%), bem como de ansiolíticos e benzodiazepínicos (16,1%).

Outro item com reduzida pontuação pelas equipes refere-se a ter 'sempre disponível' o conjunto de imunobiológicos listados no PMAQ-AB (7,9%). Na análise isolada por imunobiológico, verifica-se que a maioria

está ‘sempre disponível’ para sete de cada dez equipes entrevistadas, com exceção da BCG-ID (57,8%), Febre amarela (50%), esta, recomendada na região Norte, endêmica da doença, e, por fim, a pneumocócica 23 valente (22,9%). A justificativa para a oferta restrita a algumas unidades básicas e de referência, no caso da BCG-ID, pode ser a exigência de treinamento profissional específico e a ideia de minimização da perda de doses seguindo a recomendação de não estar disponível em todas as unidades do território nacional. No caso da Pneumocócica 23, sua menor frequência deve-se ao fato de não estar recomendada pelo calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização, como é o caso da Pneumocócica 10 valente.

No tocante à realização de procedimentos/pequenas cirurgias na unidade, com vistas a medir a resolutividade da Atenção Básica, observa-se que, proporcionalmente, o procedimento mais executado e comprovado pelas equipes é a aplicação das vacinas do calendário de imunização (79,1%). Os procedimentos menos realizados são a lavagem de ouvido, drenagem de abscesso, sutura de ferimentos e extração de unha (55,5%, 53,5%, 48,8%, 39,5%, respectivamente).

Distribuição dos grupos de fatores condicionantes em cada estrato, por dimensões e categoria

Entretanto, nossa principal questão foi saber como se deu o desempenho, quanto ao acesso e suas dimensões ‘acolhimento’ e ‘disponibilidade’, das equipes de saúde de família que aderiram ao programa. Optamos, então, por estratificá-las, com base nos tercis de distribuição, em ‘baixo’, ‘médio’ e ‘alto’, para a categoria ‘acesso’ e suas dimensões, ‘acolhimento’ e ‘disponibilidade’.

Podemos observar na *tabela 1* que a distribuição das equipes não ocorre de forma homogênea entre os estratos, especialmente nas dimensões ‘acolhimento’ e

‘disponibilidade’. Para entender que fatores poderiam ter influenciado o ‘acolhimento’, a ‘disponibilidade’ e o ‘acesso’ às equipes, elegemos como prováveis variáveis explicativas: (i) ‘características espaciais’ – a distribuição por macroregiões; o fato de ser capital do estado ou não; (ii) uma ‘característica demográfica’ – o tamanho da população, segundo a classificação utilizada pelo DAB; (iii) ‘aspectos socioeconômicos’ – IDH-M e estratos propostos pelo PMAQ-AB; e, por fim, (iv) ‘características da própria equipe’ – número de equipes por unidade de saúde e tempo de serviço do profissional respondente.

Em relação à dimensão ‘acolhimento’, as equipes concentram-se no estrato médio (41,1%) e na dimensão ‘disponibilidade’, no estrato mais baixo. Nesta última, ressalta-se a discrepância entre as distribuições do estrato mais alto (16,7%) e do mais baixo (44,1%).

A maior possibilidade de acesso concentra-se na região Sudeste (46,4%), influenciada pelo ‘acolhimento’ (42,5%) e ‘disponibilidade’ (34%), maiores nesta região em relação às demais. Do ponto de vista geográfico, outro fator que influenciou positivamente o acesso às equipes é estar na capital: 61,0% das equipes foram alocadas no estrato de maior acesso, sendo 52% em relação ao ‘acolhimento’ e 49,2% em relação à ‘disponibilidade’. Por outro lado, estar na região Norte (50%) e não estar em uma capital (37,1%) teve influência negativa no acesso.

Em relação ao tamanho da população, observou-se uma relação direta com o desempenho das equipes: as maiores proporções de equipes no mais alto estrato de ‘acolhimento’ (46,7%), ‘disponibilidade’ (43%) e ‘acesso’ (54,5%) estavam em locais com maior população; inversamente, as maiores proporções de equipes no menor estrato do acesso (44,9%) e suas dimensões, localizaram-se nas cidades com menos de 20 mil habitantes.

Em relação aos aspectos sócioeconômicos, os municípios que apresentavam IDH-M muito baixo e baixo apresentavam maiores proporções de menor acesso

Tabela 1. Equipes de Saúde da Família por estratos de acolhimento, disponibilidade e acesso, segundo fatores condicionantes - Brasil, 2012

Fatores condicionantes/estratos			Acolhimento			Disponibilidade			Acesso			Total	
			Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto		
Macrorregiões do Brasil	Norte	n	531	346	168	461	410	174	522	317	206	1045	
		%	50,8	33,1	16,1	44,1	39,2	16,7	50,0	30,3	19,7	-	
	Nordeste	n	2609	2215	735	2209	2521	829	2540	1975	1044	5559	
		%	46,9	39,9	13,2	39,7	45,2	14,9	45,7	35,5	18,8	-	
	Sudeste	n	931	2845	2794	1518	2817	2235	1288	2234	3048	6570	
		%	14,2	43,3	42,5	23,1	42,9	34,0	19,6	34,0	46,4	-	
	Sul	n	804	1270	845	808	1307	804	849	1064	1006	2919	
		%	27,5	43,6	28,9	27,7	44,8	27,5	29,0	36,5	34,5	-	
	Centro-Oeste	n	533	391	185	439	451	219	498	346	265	1109	
		%	48,0	35,3	16,7	39,6	40,7	19,7	44,9	31,2	23,9	-	
	Capital	Sim	n	404	1002	1523	393	1096	1440	397	742	1790	2929
			%	13,8	34,2	52,0	13,4	37,4	49,2	13,6	25,3	61,1	-
Não		n	5004	6065	3204	5042	6410	2821	5300	5194	3779	14273	
		%	35,1	42,5	22,4	35,3	44,9	19,8	37,1	36,4	26,5	-	
População do município	Até 20.000 hab	n	2315	2183	965	2279	2271	913	2452	1830	1181	5463	
		%	42,3	40,0	17,7	41,7	41,6	16,7	44,9	33,5	21,6	-	
	20.001 - 200.000 hab	n	2312	3053	1471	2323	3274	1239	2432	2686	1718	6836	
		%	33,8	44,7	21,5	34,0	47,9	18,1	35,6	39,3	25,1	-	
	200.001 hab ou mais	n	781	1831	2291	833	1961	2109	813	1420	2670	4903	
		%	15,9	37,4	46,7	17,0	40,0	43,0	16,5	29,0	54,5	-	
IDHM 2010*	Muito baixo e baixo	n	1331	926	283	1185	1018	337	1323	817	400	2540	
		%	52,4	36,5	11,1	46,7	40,1	13,2	52,1	32,2	15,7	-	
	Médio	n	2111	2209	909	2051	2377	801	2236	1908	1085	5229	
		%	40,4	42,2	17,4	39,2	45,5	15,3	42,8	36,5	20,7	-	
	Alto	n	1854	3212	2066	2024	3262	1846	2007	2662	2463	7132	
		%	26,0	45,0	29,0	28,4	45,7	25,9	28,1	37,3	34,5	-	
	Muito Alto	n	105	718	1469	892	864	409	125	547	1620	2292	
		%	4,6	31,3	64,1	41,2	39,9	18,9	5,4	23,9	70,7	-	
Estrato PMAQ	1	n	958	802	405	1053	950	270	991	668	506	2165	
		%	44,3	37,0	18,7	46,3	41,8	11,9	45,8	30,9	23,3	-	
	2	n	1040	919	314	986	1151	390	1130	773	370	2273	
		%	45,8	40,4	13,8	39,0	45,5	15,5	49,7	34	16,3	-	
	3	n	1078	1056	393	1095	1557	614	1078	931	518	2527	
		%	42,6	41,8	15,6	33,5	47,7	18,8	42,7	36,8	20,5	-	
	4	n	1019	1495	752	857	1346	610	1100	1327	839	3266	
		%	31,2	45,8	23,0	30,5	47,8	21,7	33,7	40,6	25,7	-	
	5	n	835	1271	707	552	1637	1968	897	1066	850	2813	
		%	29,7	45,2	25,1	13,3	39,4	47,3	31,9	37,9	30,2	-	
	6	n	478	1523	2156	4310	5311	2040	501	1170	2486	4157	
		%	11,5	36,6	51,9	37,0	45,5	17,5	12,1	28,1	59,8	-	

Tabela 1. (cont.)

Fatores condicionantes/estratos		Acolhimento			Disponibilidade			Acesso			Total	
		Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto		
Número de equipes por unidade	1 equipe	n	4213	5053	2395	734	1478	1241	4499	4394	2768	11661
		%	36,2	43,3	20,5	21,3	42,8	35,9	38,6	37,7	23,7	-
	2 ou 3 equipes	n	831	1321	1301	124	515	909	808	1062	1583	3453
		%	24,0	38,3	37,7	8,0	33,3	58,7	23,4	30,8	45,8	-
	4 equipes ou mais	n	135	480	933	1644	2084	1012	126	310	1112	1548
		%	8,7	31,0	60,3	34,7	44,0	21,3	8,1	20,1	71,8	-
Tempo de serviço do profissional de saúde	< 1 ano	n	1561	2000	1179	772	1048	623	1710	1681	1349	4740
		%	32,9	42,2	24,9	31,6	42,9	25,5	36	35,5	28,5	-
	1 ano	n	736	1036	671	779	1069	675	812	863	768	2443
		%	30,1	42,4	27,5	30,8	42,4	26,8	33,2	35,3	31,5	-
	2 anos	n	745	1032	746	1344	1912	1092	796	847	880	2523
		%	29,5	40,9	29,6	30,9	44,0	25,1	31,5	33,6	34,9	-
	3-5 anos	n	1351	1804	1193	872	1385	845	1406	1497	1445	4348
		%	31,1	41,5	27,4	28,2	44,6	27,2	32,3	34,4	33,3	-
	6 anos ou mais	n	991	1183	928	5411	7498	4247	948	1043	1111	3102
		%	31,9	38,2	29,9	31,5	43,7	24,8	30,6	33,6	35,8	-
	Total (Acesso ESF)	n	5384	7055	4717	461	410	174	5697	5936	5569	17202
		%	31,4	41,1	27,5	44,1	39,2	16,7	33,1	34,5	32,4	-

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

(52,1%), ‘disponibilidade’ (46,7%) e ‘acolhimento’ (52,4%). Os municípios com IDH-M muito altos apresentavam maior proporção de ‘acesso’ (70,7%) e ‘acolhimento’ (64,1%), com menor ‘disponibilidade’. Apresentaram mais alta ‘disponibilidade’, os municípios com IDH-M alto (25,9%).

Em relação aos estratos propostos pelo Programa que relaciona os cinco indicadores ponderados - Produto Interno Bruto (PIB) - per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica) e a população, observa-se que os mais altos escores de ‘acesso’ são encontrados nos municípios que estão no maior estrato (maior índice e maior população) (59,8%). Nesse

estrato também se encontra maior ‘acolhimento’ (51,9%), mas com disponibilidade ‘média’ (45,5%). Os municípios no estrato 1, de piores condições, encontram-se no estrato de menor ‘acesso’ (52,1%), ‘acolhimento’ (52,4%) e ‘disponibilidade’ (46,7%).

Em relação às características da equipe, as unidades básicas de saúde que abrigam quatro equipes ou mais de Saúde da Família têm melhor desempenho na categoria acesso (71,8%) e na dimensão ‘acolhimento’ (60,3%), refletido pelo maior percentual de equipes classificadas no estrato ‘alto’, mas com desempenho médio no tocante à ‘disponibilidade’ (44%). O tempo de permanência dos profissionais nas equipes não influenciou seu desempenho quanto ao acesso, com pouca diferença entre os estratos de análise.

Relação entre fatores condicionantes e estratos

Para analisar os fatores condicionantes da distribuição dos escores nos estratos elaborados, tomaram-se como referências as situações mais desfavoráveis, conforme se observa na *tabela 2*.

Comparado ao grupo com menor acesso (região Norte), a chance de estar no estrato 'médio' foi 2,3 vezes maior (1,91 - 2,73) na região Sudeste, 78% maior (1,46 -2,16) no Sul e 39% maior (1,18 -1,63) na região Nordeste. No tocante aos demais fatores, essa chance foi 34% maior (1,12-1,60) nos municípios com porte entre 20.001 e 200.000 habitantes e 29%

Tabela 2. Modelo de regressão multinomial para o escore de acesso potencial da população às equipes de Saúde da Família - BRASIL, 2012 *

	Acesso						
	Médio			Alto			
	Razão de Chances	IC 95%		Razão de Chances	IC 95%		
Macrorregiões do Brasil	Norte	1,00	-	-	1,00	-	-
	Nordeste	1,39	1,18	1,63	1,16	0,96	1,41
	Sudeste	2,28	1,91	2,73	2,81	2,30	3,43
	Sul	1,78	1,46	2,16	1,77	1,42	2,20
	Centro-Oeste	1,01	0,82	1,25	0,99	0,77	1,26
Capital	Sim	1,18	0,93	1,47	1,35	1,06	1,69
	Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Porte	Até 20.000 hab.	1,00	-	-	1,00	-	-
	20.001 a 200.000 hab.	1,34	1,12	1,60	1,19	0,98	1,45
Populacional	200.001 hab. ou mais	1,29	1,01	1,65	1,13	0,86	1,47
	Muito baixo e baixo	1,00	-	-	1,00	-	-
IDMH 2010**	Médio	1,17	1,04	1,33	1,22	1,05	1,41
	Alto	1,37	1,15	1,63	1,64	1,34	2,00
	Muito Alto	2,94	2,13	4,06	6,79	4,89	9,43
Estrato PMAQ-AB***	1	1,00	-	-	1,00	-	-
	2	1,11	0,97	1,28	0,77	0,65	0,91
	3	1,12	0,90	1,40	1,09	0,85	1,40
	4	1,20	0,98	1,46	1,00	0,81	1,24
	5	1,13	0,89	1,44	1,12	0,86	1,46
	6	1,77	1,31	2,38	2,32	1,68	3,21
Nº de equipes por unidade	1 equipe	1,00	-	-	1,00	-	-
	2 ou 3 equipes	1,05	0,94	1,18	1,63	1,45	1,84
	4 equipes ou mais	1,17	0,90	1,51	2,91	2,29	3,69

Tabela 2. (cont.)

	Acesso						
	Médio			Alto			
	Razão de Chances	IC 95%		Razão de Chances	IC 95%		
Tempo de serviço	< 1 ano	1,00	-	-	1,00	-	-
	1 ano	1,03	0,91	1,16	1,09	0,94	1,26
	2 anos	1,05	0,93	1,19	1,34	1,16	1,54
	3 a 5 anos	1,03	0,93	1,15	1,23	1,09	1,39
	6 anos ou mais	1,07	0,95	1,20	1,32	1,15	1,51

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

Legenda: *Baixo acesso como referência.

**Muito baixo e baixo = 0 a 0,599; médio = 0,600 - 0,699; Alto = 0,700 - 0,799; Muito alto = igual ou maior que 0,800

***1 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 = Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 5 = Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 = Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

maior nos municípios com mais de 200.000 habitantes. Em relação ao desenvolvimento humano do município, a chance aumentou diretamente com os estratos considerados, sendo quase três vezes maior (2,13 – 4,06) nos municípios com IDH-M muito alto. Apenas os municípios classificados no estrato máximo do PMAQ-AB tiveram chance 77% maior (1,31 – 2,38) de estar no estrato médio de acesso. Não foi encontrada associação entre estar no estrato médio de acesso e os demais estratos do PMAQ-AB, com o número de equipes ou com o tempo de serviço do profissional respondente na equipe.

Ainda comparada ao grupo de menor ‘acesso’, a chance de estar no estrato ‘mais alto’ de ‘acesso’ foi 2,8 vezes maior (2,30 - 3,43) para os municípios da região Sudeste e 1,77 vezes maior (1,42 – 2,20) para os da região Sul. No tocante ao outro aspecto geográfico analisado, a chance de estar no estrato de maior acesso foi 1,35 vezes maior (1,06 – 1,69) nas capitais. Em relação aos aspectos socioeconômicos, essa chance

estava diretamente relacionada ao grau de desenvolvimento humano, sendo de quase sete vezes (4,89 – 9,43) a chance de estar nos municípios com IDH-M muito alto em relação aos de menor IDH-M. Apenas os municípios classificados no estrato 6 do PMAQ-AB tiveram chance 2,3 vezes maior (1,68 – 3,21) de estar classificado no estrato de maior acesso. Por outro lado, essa chance foi só de 0,77 (0,65 – 0,91) nos municípios do estrato 2, quando comparados com aqueles do estrato 1. Quanto maior o número de equipes, maior a chance de estar situado no estrato de maior acesso: municípios com 4 ou mais equipes tiveram chance 2,9 vezes maior (2,29 – 3,69) de estar neste estrato, quando comparados a municípios com apenas uma equipe. Não foi encontrada diferença em relação às diferentes categorias de tempo de serviço do profissional respondente na equipe. Entretanto, as equipes com 2 anos ou 6 anos ou mais de trabalho tiveram chance 1,3 vezes maior de estarem no estrato de maior acesso, em relação àquelas

com menos de 1 ano de trabalho. Quando se comparam os grupos de menor e de maior acesso, não se encontra associação em relação ao porte populacional, demais estratos do PMAQ-AB e estar há um ano na equipe.

Conclusões

A implantação da Estratégia Saúde da Família no país experimentou expansão de cobertura bastante expressiva a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios, sendo a cobertura atual estimada em 57% da população brasileira pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em junho de 2014 (BRASIL, 2014B). Esse diagnóstico desencadeou um conjunto de ações, sobretudo por parte do gestor federal, reconhecendo que municípios de maior porte exigem maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro.

Em anos mais recentes, tem-se observado a preocupação com aumento de cobertura aliada a estratégias para garantia de qualidade e fortalecimento das equipes de Atenção Básica em seus atributos essenciais, dentre os quais se destaca a dimensão

do acesso. Nessa perspectiva, se inseriu o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Ao se concentrar no ‘acesso’ potencial, objeto desta análise, pode-se concluir que o desempenho de equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, municípios de maior porte e com maior número de equipes por UBS apresentaram desempenho mais favorável para a obtenção dos cuidados. A afirmativa refere-se tanto à ‘disponibilidade’ ou abrangência, atributos fundamentais para a qualificação de uma atenção primária integral em saúde, como para o acolhimento, dimensão reconhecidamente importante para a conformação dos serviços de Atenção Básica como fonte regular de cuidados e criação de vínculo. Os resultados convergem para a necessidade de políticas e ações voltadas à qualificação da atenção prestada nos municípios de pequeno porte. Em síntese, condições favoráveis implicam melhor possibilidade de utilização dos serviços, contribuindo para a consolidação de uma porta de entrada acolhedora e resolutiva pela Atenção Primária em Saúde. Esta é uma aposta a ser feita e que poderá ser monitorada com o segundo ciclo do PMAQ-AB. ■

Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, New York, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.

ANDERSEN, R. *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago: University of Chicago, 1968. (Research Series, 25).

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 jul.2011a. Seção I, p. 79.

_____. Casa Civil. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interferederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção I, p.01.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. p. 19.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estratos para Certificação*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php>. Acesso em: 31 mar 2014a.

CABRAL, A. L. L. V. *et al*. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11. 2011, p. 4433-4442.

COELHO, M. O. JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.33, n.3, p. 440-452, 2009.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FAUSTO, M. C. R.; SOUZA JUNIOR, P. R.B. Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção

Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Mimeo. 2013.

GREENE, W. H. *Econometric analysis*. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1993.

HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization: the patient perspective. *Medical care*, Philadelphia, v.3, n. 5, p. 438-460, 1985.

KRINGOS, D. S. *et al*. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 10, n. 1, p. 65-78, 2010.

MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a implementação da Atenção Básica no município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família*. 2003. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface(Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad. Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013*. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013>. Acesso em 28 mar. 2014.

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

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4. 2006, p. 975-986.

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

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve