

# Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro

Access, scope and resoluteness of primary health care in northeastern Brazil

Acceso, alcance y capacidad resolutiva de la atención básica en salud en el nordeste brasileño

Katyucia Oliveira Crispim de Souza<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-1645-4459>

Caíque Jordan Nunes Ribeiro<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-9767-3938>

José Yuri Silva Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-9299-7298>

Damião da Conceição Araújo<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-1116-170X>

Marcus Valerius da Silva Peixoto<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-9047-5875>

Lislaine Aparecida Fracoli<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>

Allan Dantas dos Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6529-1887>

## Como citar:

Souza KO, Ribeiro CJ, Santos JY, Araújo DC, Peixoto MV, Fracoli LA, et al. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE01076.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0010766>



## Descritores

Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Estratégia saúde da família; Análise espacial

## Keywords

Primary health care; Health services accessibility; Family health strategy; Spatial analysis

## Descriptores

Atención primaria de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Estrategia de salud familia; Análisis espacial

## Submetido

1 de Maio de 2021

## Aceito

7 de Dezembro de 2021

## Autor correspondente

Katyucia Oliveira Crispim de Souza  
Av. Marechal Rondon, s/n, 49100-000, São Cristóvão,  
SE, Brasil.  
E-mail: katyucia\_kk@hotmail.com

## Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Paula Hino  
(<https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de  
São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Analisar espacialmente os indicadores relacionados às dimensões ao acesso, à abrangência e à resolutividade dos serviços ofertados pela atenção básica à saúde nos municípios da região Nordeste do Brasil.

**Métodos:** Estudo ecológico com técnicas de análise espacial, utilizando as médias aritméticas e desvios padrão dos dez indicadores de desempenho pactuados no terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, cujas unidades de análise foram os 1.794 municípios da região Nordeste do Brasil.

**Resultados:** Nenhum estado atingiu o parâmetro mínimo nas dimensões “Resolutividade” e “Abrangência da oferta dos Serviços”. Na dimensão “Acesso e Continuidade do Cuidado”, houve agrupamentos espaciais baixo-baixo para atendimentos de consultas por demanda espontânea e alto-alto para atendimentos de consulta agendada. Na dimensão “Resolutividade”, foi possível observar aglomerados espaciais alto-alto em municípios do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. Na dimensão “Abrangência da oferta dos Serviços”, verificou-se agrupamentos baixo-baixo em municípios do Maranhão, Piauí e Ceará.

**Conclusão:** A análise espacial permitiu observar que ainda persistem dificuldades no acesso da população aos serviços da atenção básica na região Nordeste do Brasil, o que acarreta também na diminuição do poder de abrangência e resolutividade deste nível de atenção.

## Abstract

**Objective:** To spatially analyze the indicators related to access, scope and resoluteness of services offered by Primary Health Care dimensions in the cities of northeastern Brazil.

**Methods:** This is an ecological study using spatial analysis techniques, using the arithmetic means and standard deviations of the ten performance indicators agreed in the third cycle of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB - *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*), whose units of analysis were the 1,794 cities from northeastern Brazil.

**Results:** No state reached the minimum parameter in the “Resoluteness” and “Service offer scope” dimensions. In the “Access and continuity of care” dimension, there were low-low spatial cluster for consultations on spontaneous demand and high-high for appointments with scheduled consultations. In the “Resoluteness” dimension, it was possible to observe high-high spatial clusters in cities in Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco and Alagoas. In the “Service offer scope” dimension, low-low clusters were found in cities of Maranhão, Piauí and Ceará.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

**Conclusion:** Spatial analysis allowed us to observe that there are still difficulties in the population's access to PC services in northeastern Brazil, which also leads to a decrease in the power of coverage and resoluteness of this level of care.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar espacialmente los indicadores relacionados con las dimensiones del acceso, alcance y capacidad resolutive de los servicios ofrecidos por la atención básica en salud en los municipios de la región nordeste de Brasil.

**Métodos:** Estudio ecológico con técnicas de análisis espacial, utilizando los promedios aritméticos y desviaciones típicas de los diez indicadores de desempeño pactados en el tercer ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, cuyas unidades de análisis fueron los 1.794 municipios de la región nordeste de Brasil.

**Resultados:** Ningún estado alcanzó el parámetro mínimo en las dimensiones "capacidad resolutive" y "alcance de la oferta de servicios". En la dimensión "acceso y continuidad del cuidado", hubo agrupamientos espaciales bajo-bajo en atención de consultas por demanda espontánea y alto-alto en atención de consultas agendadas. En la dimensión "capacidad resolutive", fue posible observar aglomerados espaciales alto-alto en municipios de Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco y Alagoas. En la dimensión "alcance de la oferta de los servicios", se verificaron agrupamientos bajo-bajo en municipios de Maranhão, Piauí y Ceará.

**Conclusión:** El análisis espacial permitió observar que aún persisten dificultades en el acceso de la población a los servicios de atención básica en la región nordeste de Brasil, lo que también conlleva una reducción del poder de alcance y capacidad resolutive de este nivel de atención.

## Introdução

No Brasil, o recente interesse em avaliar a qualidade da atenção básica à saúde (AB), tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, para o aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A qualidade do serviço de saúde era mensurada pelo grau de satisfação do usuário sobre o cuidado médico, no entanto, essa avaliação passou a englobar o grau potencial de recuperação da saúde do usuário, o acesso facilitado aos serviços necessários para a população e a redução da atenção secundária desnecessária.<sup>(1)</sup>

A AB corresponde ao nível de atenção à saúde preferencial para a entrada do usuário no sistema público de saúde, ofertando serviços que ultrapassam limites da clínica, atuando como coordenadora das redes de atenção à saúde (RAS). Devido a sua articulação com os demais níveis de atenção e sua proximidade com a população, é fundamental para a garantia do acesso, abrangência e resolutividade do cuidado. Dada a sua heterogeneidade e magnitude, a avaliação da AB não é restrita a uma prerrogativa de nível federal, requer esforços conjuntos de instituições e profissionais diversos, com perspectivas diferenciadas possibilitando uma visão ampla e rigorosa acerca de sua diversidade e efetividade.<sup>(2)</sup>

O acesso universal aos serviços de saúde é um dos princípios que sustentam o SUS desde a sua criação a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Contudo, estudo tem apontado para barreiras impostas aos usuários, como as filas para marcação de consultas e aten-

dimentos e dificuldades na garantia da resolutividade e continuidade da assistência. Apesar de assegurado constitucionalmente, ainda se convive com fatores limitantes ao acesso aos serviços da AB, que são majoritariamente associados ao contexto socioeconômico ou às barreiras geográficas e aos avanços correlacionados à ampliação dos serviços oferecidos pela AB.<sup>(3)</sup>

Além disso, a abrangência da oferta de serviços da atenção básica envolve os aspectos individuais e coletivos da promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas. Para isso, é essencial que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estejam organizadas para disponibilizarem aos usuários o acesso aos serviços com uma cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade, evitando encaminhamentos desnecessários de usuários para outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde.<sup>(4)</sup>

Nesse contexto, o exercício de práticas de cuidado e de gestão utilizando tecnologias complexas e variadas podem auxiliar no manejo das necessidades da população de maior frequência e relevância em seu território. A análise espacial constitui uma estratégia em que é possível observar e reconhecer as condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência bem como os padrões dos indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes a fim de promover um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e gestão.<sup>(5,6)</sup>

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar espacialmente os indicadores relacionados às dimensões ao acesso, à abrangência e à resolutividade dos serviços ofertados pela atenção básica à saúde nos municípios da região Nordeste do Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo ecológico com técnicas de análise espacial e uso de dados secundários provenientes do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujas unidades de análise foram os municípios do Nordeste do Brasil.

O Nordeste é uma das cinco regiões do Brasil e é composta por nove estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Possui uma extensão territorial de 1.554.257 km<sup>2</sup>, a qual abriga cerca de 53.081.950 habitantes e 1.794 municípios.<sup>(7)</sup>

Foram utilizados como unidades de análise os municípios do Nordeste cujas equipes de atenção básica (AB) participaram do terceiro ciclo do PMAQ-AB que ocorreu entre 2015/2019. O PMAQ-AB foi criado em 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa é composto por fases que compõem um ciclo de melhoria contínua do acesso e da qualidade da AB, são elas: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização. Na fase de Certificação, as equipes participantes são avaliadas considerando a avaliação externa de desempenho das equipes, a avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e a verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

As variáveis utilizadas neste estudo foram os 10 indicadores de desempenho das equipes de atenção básica pactuados no terceiro ciclo:

- a. Dimensão Acesso e Continuidade do Cuidado: Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante (Parâmetro 0,45 consultas/habitante/trimestre); Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea (Parâmetro 40%

das consultas de médicos e enfermeiros/trimestre); Percentual de atendimentos de consulta agendada (Parâmetro 25-35% das consultas de médicos e enfermeiros/trimestre); Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada (Parâmetro 0,90/trimestre); Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero (Parâmetro 0,075 exame/população/trimestre); Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Parâmetro 3,75% atendimento de primeira consulta odontológica programática/trimestre).

- b. Dimensão Resolutividade: Percentual de encaminhamentos para serviço especializado (Parâmetro 5 a 20% encaminhamentos médicos para serviço especializado/trimestre); Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas (Parâmetro 0,5-1 tratamento concluído/trimestre).
- c. Dimensão Abrangência: Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica (Parâmetro 70 no trimestre); Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal (Parâmetro 70 no trimestre).

Os dados referentes aos indicadores foram obtidos no site do PMAQ – Portal do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)).<sup>(8)</sup>

Para cada indicador, foi calculado a média e o desvio padrão (DP) dos resultados obtidos pelas equipes avaliadas, de modo que a unidade de análise fossem os municípios do Nordeste do Brasil, considerando os respectivos parâmetros mínimos e/ou as médias definidas pelo programa para cada indicador. O Índice de Moran Global univariado foi calculado para verificar se a distribuição espacial dos indicadores ocorre de forma aleatória no espaço. Em seguida, foi realizada análise univariada por meio de indicadores locais de autocorrelação espacial – *Local Indicator of Spatial Autocorrelation* (LISA), cujo objetivo é avaliar se o espaço é uma variável relevante para o fenômeno estudado a partir da produção de valores específicos para cada área territorial que identifica áreas de aglomerados (*clusters*) com padrões significativos de associação espacial com seus vizinhos.<sup>(9)</sup>

A análise da distribuição dos resultados do LISA permite classificar a variável de interesse em quatro

*clusters*: alto/alto, ou seja, observações com valores acima da média, com vizinhança também acima da média; baixo/baixo, que significam aquelas abaixo da média com vizinhos também na mesma situação; alto/baixo e baixo/alto que representam, respectivamente áreas de valores baixos cercadas por valores alto e por áreas de valores altos cercadas de valores baixos.<sup>(9)</sup>

Foram utilizados os programas TerraView (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, SP, BR, versão 4.2.2) e GeoDa (GeoDa Center for Geospatial Analysis, Chicago, EUA, versão 1.8.12) para construção dos mapas utilizando a base cartográfica, em formato shapefile, no sistema de projeção geográfica latitude/longitude (Sistema Geodésico de Referência - SIRGAS 2000) da região Nordeste disponível no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<sup>(7)</sup>

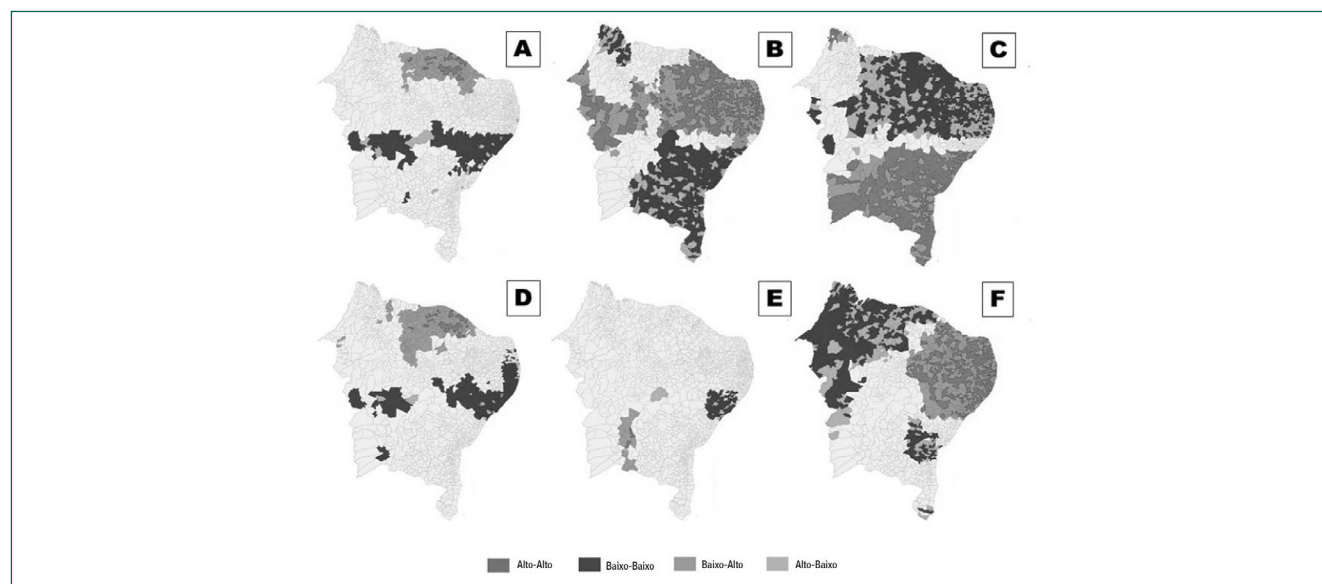
Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários de domínio público, este estudo prescindiu da necessidade de submissão de projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados

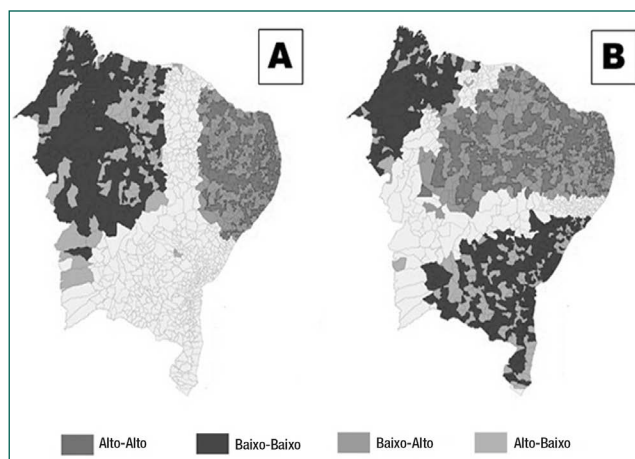
O total de equipes de AB que aderiram voluntariamente e participaram do terceiro ciclo do PMAQ-

AB foi de 16.215 equipes, distribuídas em 1.752 municípios do Nordeste. Foram excluídas da análise 42 municípios que não aderiram ao terceiro ciclo do programa. Destaca-se que nenhum estado atingiu o parâmetro mínimo nas dimensões “Resolutividade” e “Abrangência da oferta dos Serviços”. Na dimensão “Acesso e Continuidade do Cuidado”, nenhum estado atingiu o parâmetro mínimo para o indicador de percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, diferentemente do percentual de atendimentos de consulta agendada, em que todos os estados obtiveram valores acima do parâmetro estabelecido.

A análise univariada dos indicadores da dimensão “Acesso e Continuidade do Cuidado” apontou presença de agrupamentos espaciais com padrão baixo-baixo nos municípios localizados no estado de Sergipe, norte da Bahia e sul do Maranhão para os indicadores de média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante (Figura 1A) e índice de atendimentos por condição de saúde avaliada (Figura 1D). Foi observado também nesses mesmos estados, agrupamentos com padrão baixo-baixo para o indicador de percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea (Figura 1B), tendo esse padrão invertido (alto-alto) quando ana-



**Figura 1.** Aglomerados espaciais demonstrados pela análise de Moran dos indicadores da dimensão “Acesso e Continuidade do Cuidado” (A): Análise Moran para o indicador Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; (B): Análise Moran para o indicador Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; (C): Análise Moran para o indicador Percentual de atendimentos de consulta agendada; (D): Análise Moran para o indicador Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; (E): Análise Moran para o indicador Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; (F): Análise Moran para o indicador Cobertura de primeira consulta odontológica programática



**Figura 2.** Aglomerados espaciais demonstrados pela análise de Moran dos indicadores da dimensão “Resolutividade”

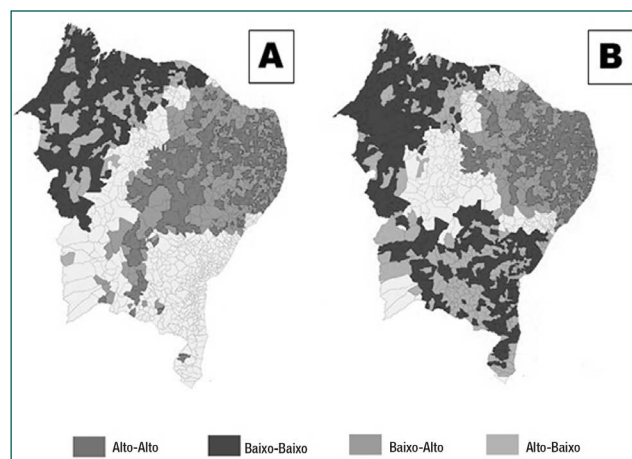
(A): Análise Moran para o indicador Percentual de encaminhamentos para serviço especializado; (B): Análise Moran para o indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

lisado o indicador de percentual de atendimentos de consulta agendada (Figura 1C).

A análise do indicador de razão de coleta de material citopatológico do colo do útero (Figura 1E) apresentou um agrupamento baixo-baixo principalmente no estado de Sergipe. Já o indicador da cobertura de primeira consulta odontológica programática (Figura 1F) apresentou um padrão alto-alto nos estados de Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte.

A análise do indicador de Percentual de encaminhamentos para serviço especializado da dimensão “Resolutividade”, foi observado aglomerados espaciais alto-alto nos municípios do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, e aglomerados baixo-baixo principalmente no Maranhão, Piauí e Bahia (Figura 2A). Em relação à equipe de saúde bucal, o percentual de serviços ofertados apresentou um padrão baixo-baixo para Sergipe, Bahia e norte do Maranhão e um padrão alto-alto para o Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas (Figura 2B).

Em relação aos indicadores da dimensão “Abrangência da oferta dos Serviços”, verificou-se agrupamentos baixo-baixo no Maranhão, Piauí e Ceará quando avaliados os percentuais de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica (mede o quantitativo de serviços ofertados para a população em relação ao total de serviços e ações na atenção



**Figura 3.** Aglomerados espaciais demonstrados pela análise de Moran dos indicadores da dimensão “Abrangência da Oferta dos Serviços”

(A): Análise Moran para o indicador Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica; (B): Análise Moran para o indicador Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

básica) e da Saúde Bucal (mede o quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população). Em contrapartida, os estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe apresentaram municípios com padrão alto-alto (Figura 3).

## Discussão

Um importante critério de monitoramento do desempenho da AB são os indicadores definidos pelo PMAQ-AB, os quais se referem a alguns dos principais focos estratégicos deste nível de atenção. Os indicadores consideram um conjunto de aspectos passíveis de mensuração independentemente do contexto no qual estão inseridos e seu acompanhamento regular promove complementação de informações sobre a oferta de serviços com o objetivo de refletir o esforço das equipes de saúde e da gestão na melhoria da qualidade da AB.<sup>(10)</sup>

Os indicadores do PMAQ-AB foram categorizados em três grandes dimensões: acesso, resolutividade e abrangência. O acesso diz respeito ao quantitativo e à natureza dos atendimentos prestados pela equipe de saúde. A resolutividade refere-se à capacidade das equipes em reconhecer e solucionar as necessidades e demandas do território dentro da

própria AB. Por último, a dimensão abrangência reflete a diversidade de recursos disponíveis para suprir as necessidades locais, e a forma com que considerando a forma como esses recursos são oferecidos e a efetividade dessas ações.<sup>(11)</sup>

De acordo com os parâmetros assistenciais sugeridos pelo SUS, a média de consultas médicas por habitantes por ano é de duas a três consultas e de 0,5 a uma consulta de enfermagem por hab/ano, com tempo estimado de três consultas por hora. O estudo revelou presença de agrupamentos espaciais com padrão baixo-baixo nos municípios localizados no estado de Sergipe, norte da Bahia e sul do Maranhão para o indicador de média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante. Neste contexto, os municípios destes locais e seus vizinhos estão com os indicadores abaixo da média, o que pode estar associado ao número reduzido desses profissionais nas equipes de saúde da família da região Nordeste em comparação a outras regiões.<sup>(12)</sup>

Apesar da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ter se consolidado antes na região Nordeste, um estudo comparativo do desempenho do programa nesta região com a do Sul, apontou que as equipes de saúde da família do Sul eram compostas por 12% de médicos, 10% de enfermeiros, 22% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 56% por outros profissionais, enquanto as equipes do Nordeste dispunham de 7% de médicos, 7% de enfermeiros, 13% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 73% de outros profissionais.<sup>(12)</sup> A falta de insumos e de medicamentos necessários ao processo de trabalho, a precariedade das unidades de saúde e a dificuldade de fixação de profissionais médicos principalmente no Nordeste, são pontos essenciais para compreender a dificuldade na oferta de serviços, principalmente em municípios de pequeno porte em regiões historicamente desfavorecidas.

No mesmo estudo, em relação aos atendimentos, na região Sul eram atendidas três pessoas a cada hora, enquanto no Nordeste eram realizados quatro atendimentos por hora pelo médico do programa de saúde da família.<sup>(12)</sup> O atendimento de consultas por demanda espontânea é um forte indicador do acesso avançado em saúde. Este método de organizar o agendamento permite que os usuários

procurem e recebam cuidados do seu profissional referenciado no momento mais conveniente as suas necessidades, geralmente no dia em que se procura o atendimento. Não se divide a agenda por períodos exclusivos a cada especialidade, mantêm-se a agenda aberta e seus horários são preenchidos a cada dia.<sup>(13)</sup>

O referenciamento das emergências para outros níveis de atenção, a impossibilidade de atendimento das demandas agudas quando busca auxílio, dentre outras situações, dificultam o acesso do usuário ao sistema de saúde, principalmente no nível primário, expondo a dificuldade de resolutividade da demanda de saúde. É importante salientar que nenhum estado atingiu o parâmetro mínimo para o indicador de percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea. Em contrapartida, todos os estados obtiveram valores acima do parâmetro estabelecido no percentual de atendimentos de consulta agendada.<sup>(13)</sup>

A longitudinalidade do cuidado é outra medida operacional de avaliação do acesso avançado e desempenha papel importante na garantia do cuidado pela formação de uma fonte contínua de atenção a partir da presença de vínculo e confiança entre usuários e profissionais de saúde, o que permite conhecer o usuário de maneira integral, desde comportamentos, hábitos e o contexto em que está inserindo, possibilitando o planejamento adequado do cuidado e das intervenções. É alcançada quando o usuário recebe acompanhamento do seu profissional referenciado sempre que for necessário, podendo ser prejudicada pelas barreiras impostas ao acesso como o acúmulo de consultas agendadas.<sup>(14,15)</sup>

A região Nordeste é reconhecida pela alta taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), chegando a 381,8/100 mil habitantes no ano de 2011, acima da média nacional de 378,0/100 mil habitantes e atrás somente da região Sudeste com 382,1/100 mil habitantes. A análise do indicador índice de atendimentos por condição de saúde avaliada apontou concentrados de desempenho baixo-baixo nos estados de Alagoas, Pernambuco e Paraíba e desempenho Baixo-Alto nos estados do Ceará e Piauí. Os números elevados de DCNT na região podem estar relacionados às piores condições de vida e acesso aos serviços de

saúde, situação que dificulta o controle dessas doenças e seus fatores de risco, refletindo no desempenho dessas equipes.<sup>(16,17)</sup>

Por meio da análise do indicador “Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero”, observou-se aglomerados de padrão baixo-baixo, principalmente no estado Sergipe, que está relacionado ao baixo número de exames citopatológicos realizados. Isto pode estar relacionado à baixa disponibilidade da realização dos exames ou baixa procura/adesão por parte das mulheres, sendo necessária a propagação do conhecimento sobre a realização do exame citopatológico, do uso do preservativo e da imunização como forma de prevenção da infecção por HPV, bem como, a busca por mulheres que não comparecem as unidades de saúde para realização do exame.<sup>(18)</sup>

Em 2018, o estado apresentou uma Taxa de Cobertura Anual (TCA) de exames citopatológicos de 7,34% e uma média de 6,08 óbitos/100 mil mulheres por neoplasia maligna de colo de útero, sendo um dado preocupante principalmente pela tendência de aumento dos casos câncer de colo de útero nas faixas etárias de 15 a 19 anos. O câncer do colo de útero é o terceiro tumor maligno mais frequente nas mulheres e a quarta causa de morte por câncer desse mesmo grupo no Brasil. Este tipo de câncer apresenta grande impacto nos índices de morbimortalidade, podendo ser facilmente controlado pela detecção precoce.<sup>(18)</sup>

Em relação ao indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática, os estados de Sergipe, Alagoas, Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte apresentaram desempenho alto-alto, com destaque para o estado de Pernambuco que atingiu cobertura média de 13% entre 2008 a 2014, chegando a 18,9% em municípios onde a proporção da população coberta era maior que 89,24%.<sup>(19)</sup> No entanto, 45,1% dos usuários têm dificuldade em acessar os serviços odontológicos na AB, e quando o conseguem, a continuidade do tratamento é impedida pelo tempo de espera na especialidade.<sup>(20)</sup>

Os resultados acima da média do indicador percentual de encaminhamentos para serviço especializado da dimensão “Resolutividade” nos municípios do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco,

Alagoas e Sergipe, indicam a eficiência da AB em exercer seu papel de porta de entrada e ordenadora do serviço de saúde ao identificar pacientes que necessitam de consulta e/ou procedimentos de complexidade tecnológica maior que o ofertado pela própria AB, refletindo numa maior expansão do cuidado.<sup>(21)</sup>

Em contrapartida, grande parte da demanda pelo serviço especializado é reflexo da má qualidade dos encaminhamentos e ocorre por condições prevalentes a AB referenciadas de maneira inadequada. Além disso, a articulação com profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) pode reduzir de maneira significativa o tempo de espera por atendimento especializado potencializando a capacidade de resolução da AB. De modo geral, o excesso de encaminhamentos para o serviço especializado pode indicar problemas estruturais e de comunicação dentro da rede de atenção à saúde, o que aumenta a espera por especialistas e esgota os cofres públicos com encaminhamentos desnecessários.<sup>(22,23)</sup>

No Brasil, a carteira de serviços é um dos mais importantes instrumentos organizacionais da AB, é responsável por ordenar todos os serviços preventivos, diagnósticos e terapêuticos necessários à saúde, bem como estabelecer a maneira adequada para a resolução dos problemas de natureza orgânica, funcional ou social. A carteira de serviços define o rol de serviços e ações encontrados nas unidades de saúde, esclarecendo compromissos e expectativas, além de orientar, qualificar e padronizar a rotina de atendimentos dos profissionais e das suas ações.<sup>(24,25)</sup>

A implementação da ESF tem impulsionado a capacidade de oferta de serviços e a cobertura populacional da AB, trazendo melhorias ao acesso dos serviços em locais com déficits históricos de atenção. No entanto, a desarticulação entre os níveis de saúde, a falta de credibilidade na organização da ESF e a prevalente cultura hospitalocêntrica com supervalorização do atendimento especializado em detrimento das ações de promoção e prevenção à saúde propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), configuram desafios para o desenvolvimento das ações da AB.<sup>(26,27)</sup>

Percebe-se que fatores limitantes para a organização do processo de trabalho dentro das unidades

de AB como, estrutura física inadequada, falta de materiais e equipamentos e a alta rotatividade de profissionais tem sido apontadas como pontos essenciais para a viabilização do trabalho das equipes de saúde da família e conseqüentemente para a oferta de serviços, principalmente em locais desfavorecidas como mostra os resultados deste estudo a partir de agrupamentos de indicadores abaixo da média no Maranhão, Piauí e Ceará quando avaliados os percentuais de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica e da Saúde Bucal, em comparação aos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe que apresentaram municípios com padrão acima da média.<sup>(27)</sup>

O estudo apresentou como principal limitação o uso de dados secundários, uma vez que envolveu fatores como dados de equipes não preenchidos em sua totalidade e a falta de dados de algumas equipes que não passaram por avaliação ou que não participaram do PMAQ-AB. A disponibilidade de informações válidas e confiáveis é crucial para a análise da situação de saúde e conseqüentemente para a tomada de decisões. A má qualidade da informação pode comprometer a qualidade dos processos de monitoramento e avaliação.<sup>(5)</sup> Diante do seu delineamento de caráter ecológico, outra limitação deste estudo é a incapacidade de definir a causa do problema, sendo necessária a condução de outros tipos de pesquisa dentro dessa perspectiva para investigar as hipóteses levantadas.

Como pontos positivos, o uso da análise espacial para compreender a distribuição local dos indicadores e o comportamento comparativo em relação aos outros municípios e estado permitiu a elaboração de cenários epidemiológicos que podem nortear ações de políticas públicas e outros estudos para o aprofundamento da temática. Apesar de ser amplamente empregado na área da epidemiologia, é observado um déficit de estudos que utilizem ferramentas de geoprocessamento na análise dos indicadores em saúde relacionados à oferta e qualidade dos serviços da AB. O geoprocessamento permite a identificação, localização, acompanhamento e monitoramento das populações, sendo assim, um instrumento valioso para a gestão em saúde, garantindo respaldo para a tomada de decisão, além de orientar as suas

ações por proporcionar uma visão ampla dos territórios e seus problemas, favorecendo o avanço do sistema de saúde de maneira integral, especialmente no contexto da AB.<sup>(28)</sup>

## Conclusão

A análise espacial permitiu observar que ainda persistem dificuldades no acesso da população aos serviços na AB na região Nordeste do Brasil, o que acarreta também na diminuição do poder de abrangência e resolutividade deste nível de atenção.

## Colaborações

Souza KOC, Ribeiro CJN, Santos JYS, Araújo DC, Peixoto MVS, Fracolli LA e Santos AD declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):208-23.
2. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc*. 2019;28(2):95-110.
3. Filho LA, Azevedo-Marques JM, Suarte NS, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde Debate*. 2019;43(121):605-13.
4. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11-24.
5. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp 1):118-37.
6. Chiaravalloti-Neto F. O geoprocessamento e saúde pública. *Arq Cien Saúde*. 2016;23(4):1-2.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 2021 Jan 24]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária (SAPS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.



- Informações sobre o 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2020 Abr 25]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)
9. Anselin L. Local Indicators of Spatial Association-LISA. *Geographical Analysis*. 1995;27(2):93-115.
  10. Carvalho MF, Vasconcelos MI, Silva AR, Meyer AP. Utilização de monitoramento e análise de indicadores na Atenção Primária à Saúde. *SANARE*. 2017;16(1):67-73.
  11. Lima JG, Giovannella L, Fausto MC, Bousqual A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):52-66.
  12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):669-81.
  13. Pires Filho LA, Azevedo-Marques JM, Duarte NS, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde Debate*. 2019;43(121):605-13.
  14. Cirino FM, Schneider Filho DA, Nichiata LY, Fracolli LA. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras MFC*. 2020;15(42):2111.
  15. Kessler M, Lima SB, Weiller TH, Lopes LF, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinality of Primary Health Care: an evaluation from the perspective of users. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):186-93.
  16. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
  17. Melo SP, Cesse EA, Lira PI, Rissin A, Cruz RS, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2019;24(8):3159-68.
  18. Martins MC, Carregosa KR, Anchieta MC, Batista JF, Andrade TR, Santos IH, et al. Tendência temporal da mortalidade por Câncer de Colo do Útero em Sergipe. *Res Soc Devel*. 2021;10(1):e29510111680.
  19. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*. 2015;39(104):88-101.
  20. Neves M, Giordani JM, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1809-20.
  21. Bernardino Junior SV, Medeiros CR, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(126):694-707.
  22. Silva SL, Ferla AA, Amorim JS. Influência da presença de fisioterapeuta na equipe do nasf no número de encaminhamentos e tempo de espera para realização de fisioterapia em serviço especializado. *Cad Educ Saúde Fisioterapia*. 2018;5(10).
  23. Vieira EW, Lima TM, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm*. 2015;19(1):65-78.
  24. Cunha CR, Harzheim E, Medeiros OL, D'Ávila OP, Martins C, Wollmann L, et al. Primary health care portfolio: assuring of integrality in the family health and oral health teams in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1313-26.
  25. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):783-96.
  26. Cecilio LC, Reis AA. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(8):e00056917.
  27. Senna M, Costa A, Silva L. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade Debate*. 2012;16(1):121-37.
  28. Bonifácio SR, Lopes EL. Mapeamento de agravos de saúde: uma aplicação da técnica de georreferenciamento com o uso do software Google Earth. *Int J Health Policy Manag*. 2019;5(2):1-16.