

Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema

Health services accessibility in a city of Northeast Brazil

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha ¹
Ligia Maria Vieira-da-Silva ¹

Abstract

In order to analyze the implementation of measures targeting accessibility to primary health care in a municipality (county) in the State of Bahia, Brazil, a single case study was performed with two levels of analysis: system and services organization. The data were obtained from semi-structured interviews, observation of routine care, and document analysis. Of the four health units analyzed, three showed intermediate-level implementation of measures targeting accessibility. The Family Health Units showed better performance, due to measures for patient reception and referral to specialized services, but they revealed problems with scheduling of appointments. Despite having defined primary care as the portal of entry into the system and the implementation of a help desk for setting appointments with specialists, there are persistent organizational barriers in the municipality. A specific policy is recommended to improve accessibility, aimed at organization of the services supply in order to change the health care model.

Health Services Accessibility; Decentralization; Health Evaluation

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Para tanto, a descentralização da gestão foi estrategicamente induzida pela formulação e instituição das normas operacionais e de assistência à saúde, editadas entre 1993 e 2002, que buscaram consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da atenção à saúde ^{1,2,3}. Mais recentemente, a edição do pacto pela saúde propôs novas diretrizes para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização e a organização do sistema, por meio da atenção básica, como caminho para a consolidação do SUS ⁴.

Essas iniciativas têm sido apoiadas e influenciadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁵, com a adoção de princípios para a construção da atenção primária dos serviços de saúde dirigida por valores de dignidade humana com ênfase na proteção e promoção da saúde. Existem, inclusive, evidências, no plano internacional, que revelam a contribuição da atenção primária na melhoria da saúde individual e coletiva, e os ganhos indiretos, como a redução dos custos do sistema e das desigualdades entre os subgrupos populacionais ^{6,7}.

No Brasil, a reorganização das ações no nível local não transcorreu de forma homogênea. Primeiro, devido ao pequeno porte de grande parte

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

A. B. O. Cunha
Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama s/n,
Salvador, BA
40110-040, Brasil.
acunha@ufba.br

dos municípios que enfrentaram dificuldades no planejamento e na organização dos seus sistemas⁸; depois, pela distribuição desigual da oferta de recursos humanos e da capacidade instalada⁹ e, por fim, pelas características dos governos municipais e da gestão dos sistemas locais¹⁰.

Ao tempo em que se observam progressos nas diversas áreas^{11,12} e elevadas taxas de utilização dos serviços evidenciadas nas últimas PNADs (*Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios*)¹³, persistem problemas relacionados aos diversos componentes da acessibilidade aos serviços de saúde, no sentido discutido por Donabedian¹⁴, que a considera como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes.

Avaliações recentes financiadas pelo PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), em diversas regiões do país, revelaram que, entre as dimensões avaliadas, a acessibilidade, compreendendo a localização das unidades e os dias e horários de atendimento, foi a que obteve menor satisfação por parte dos usuários¹⁵. Na mesma linha, outro estudo que investigou a efetividade do sistema de atenção básica a partir das dimensões “acesso às ações de atenção básica/Programa Saúde da Família (PSF)” e “integralidade” do cuidado concluiu que, entre os municípios paulistas investigados, apenas 23,5% deles garantiam acesso e integralidade aos serviços, e, aproximadamente, 33% dos mesmos não apresentam nem uma nem outra dimensão¹⁶. A investigação realizada por Escorel et al.¹⁷ em dez capitais com PSF implantado revelou, a partir do acompanhamento de usuários aos serviços, a existência de barreiras de acesso decorrentes de horários inadequados e dificuldades em atender à demanda espontânea. Estudo de caso realizado em cinco municípios do Estado da Bahia analisando a descentralização da gestão revelou que houve ampliação da cobertura assistencial em todos os municípios analisados. Entretanto, o acesso aos serviços encontrava barreiras tanto na atenção básica quanto na alta e média complexidade¹⁰. Outros estudos que abordam essa temática concentram-se na descrição das características de utilização ou em estimativas de cobertura dos serviços relacionadas à ampliação da oferta dos mesmos^{18,19}, assim como na avaliação de algumas variáveis da organização dos serviços enquanto componentes da acessibilidade^{10,15,16}.

A articulação entre as dimensões da acessibilidade, tanto em relação à organização dos ser-

viços quanto aos aspectos geográficos, mediada pelos recursos de poder dos usuários, não tem sido enfatizada, assim como a análise das razões pelas quais esses problemas persistem. Visando contribuir para o esclarecimento acerca de quais componentes da acessibilidade têm dificultado a utilização dos serviços por parte dos usuários, o presente estudo buscou avaliar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica, através de um estudo de caso em um município onde a descentralização da gestão da atenção à saúde encontrava-se em estágio avançado de organização.

Metodologia

Caracterização do caso

Foi realizado estudo de caso único em um município do Estado da Bahia, em Gestão Plena do Sistema de Saúde desde 1998. Trata-se de um município de médio porte com população aproximada de 300 mil habitantes. A partir de 1998, houve uma ampliação da rede de serviços, tendo, como foco, a reorganização da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família. Em 2001, esse município havia sido classificado por investigação avaliativa, da qual o presente estudo faz parte, como em estágio avançado da descentralização¹⁰. Desde 2003, o município assumiu também a gestão dos serviços de alta complexidade, ofertando seus serviços para mais de 70 municípios da região, ampliando as referências intermunicipais formalmente estabelecidas. Assim, no ano de 2008, o município contava com 38 unidades de saúde da família com cobertura em torno de 67% da população, sete unidades básicas de saúde, seis centros de especialidades, uma central de marcação de consultas e um centro de atenção médica especializada. O município contava ainda com um hospital municipal geral, com assistência materno-infantil para o acompanhamento de pré-natal de alto risco e UTI neonatal.

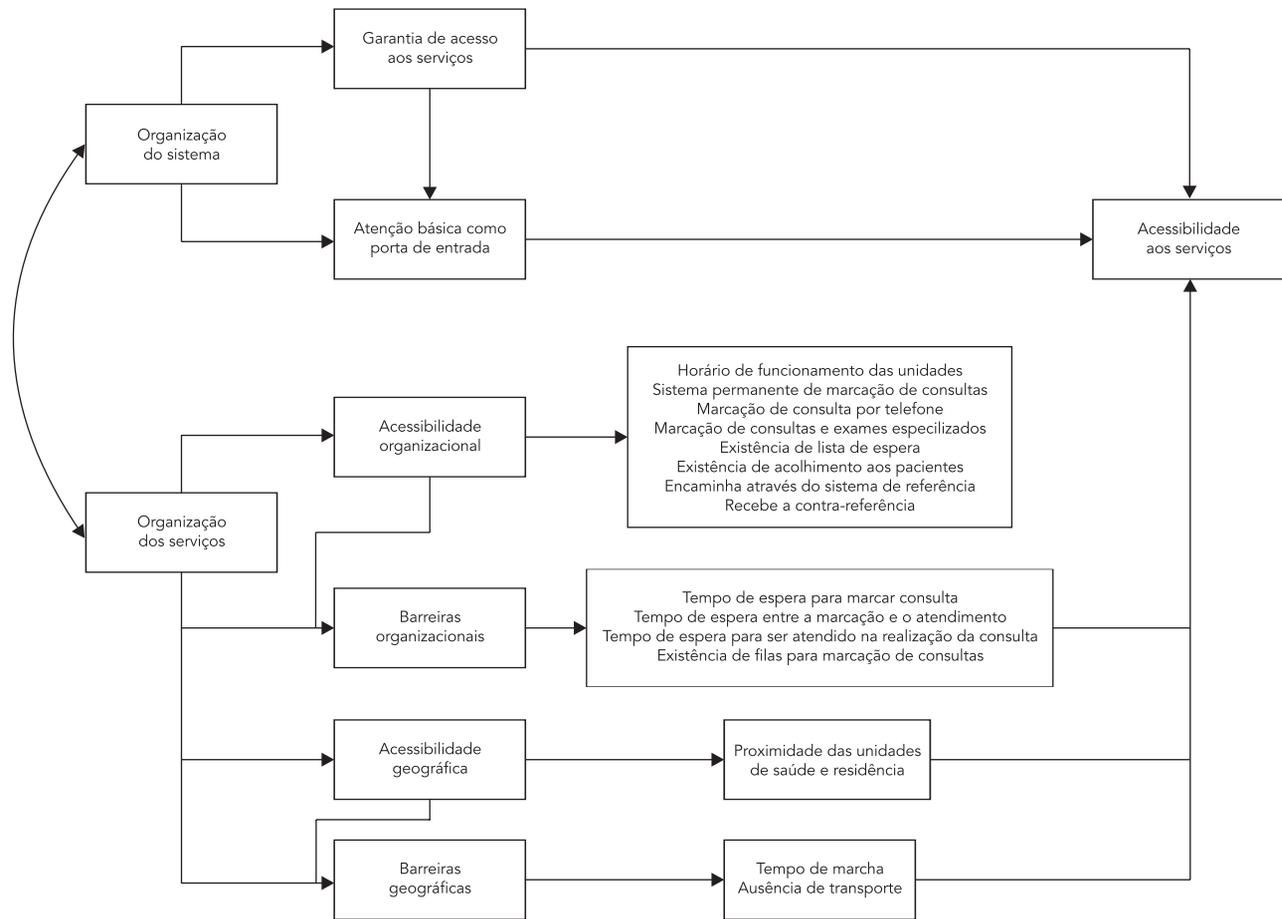
Elaboração do modelo teórico

A análise foi precedida da elaboração de um modelo teórico-lógico, incorporando dimensões e critérios relacionados à acessibilidade a serviços de saúde. Esse modelo corresponde a uma “imagem-objetivo”, que funciona como referência para apreciação do grau de implantação da organização dos serviços e do componente “acessibilidade” (Figura 1).

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o

Figura 1

Modelo teórico lógico para a análise da implantação de ações voltadas para a acessibilidade a serviços de saúde, em um município do Estado da Bahia, Brasil, 2006.



processo de busca e obtenção do cuidado. Para Donabedian¹⁴, trata-se daquelas características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários. É considerada como uma característica adicional à mera presença ou disponibilidade de um serviço em um lugar e em um determinado momento. Para sistematizar tal conceito, Donabedian¹⁴ sugere a observação de duas dimensões que estão em contínua interação: (a) a acessibilidade sócio-organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços, tendo em vista à plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento; (b) a acessibilidade

geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades.

De acordo com a imagem-objetivo da organização de um sistema municipal de saúde, a garantia do acesso a diferentes níveis de cuidados decorre da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população²⁰. Nesse sentido, a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolutividade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

Matriz da imagem-objetivo da acessibilidade

Foi derivada do modelo teórico matriz de dimensões e critérios composta por duas dimensões: (1) organização do sistema e (2) organização dos serviços. Para cada uma dessas dimensões, foram estabelecidos critérios formulados com base na revisão de literatura sobre o tema. Para cada critério selecionado, foi feita a descrição do padrão esperado que corresponderia à situação considerada como “satisfatória”, bem como as situações consideradas como “intermediária” e “insatisfatória”, com as respectivas pontuações. Tendo em vista que o foco do estudo era a atenção básica, foi atribuído maior peso à organização local dos serviços (75 pontos) em relação à dimensão “organização do sistema” (25 pontos), (Tabela 1).

Em relação à organização do sistema, os critérios analisados foram: (a) a existência de diretriz da política local de saúde relacionada com a garantia de acesso; (b) definição clara da atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde, viabilizando o acesso aos diversos níveis do sistema.

A dimensão organização dos serviços foi caracterizada por aspectos relacionados à acessibilidade organizacional e geográfica. Na primeira, observam-se as características do atendimento que facilitam o contato dos usuários com os serviços, a saber: (a) horário de funcionamento das unidades; (b) sistema de marcação de consultas; (c) sistema de marcação de consultas por telefone; (d) sistema de marcação de consultas especializadas; (e) existência de lista de espera; (f) existência de práticas de acolhimento; (g) encaminhamento para outro serviço através do sistema de referência; (h) retorno para o serviço de origem com a contra-referência. Assim como a existência de barreiras organizacionais: (a) tempo de espera para marcar consulta; (b) tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento; (c) tempo de espera para ser atendido na realização da consulta; (d) existência de filas para marcação de consultas.

Na acessibilidade geográfica, foram avaliadas: (a) distância entre a residência e a unidade de saúde; (b) distância entre a residência e o Centro de Atenção Especializada (CAE) e laboratório; (c) existência de transporte.

As características da gestão municipal foram descritas em relação à implantação das ações voltadas para acessibilidade aos serviços. Foram observadas as características do gestor no que diz respeito à liderança e à formação na área de saúde coletiva; características da produção de serviços – aumento da oferta de serviços; existência de política de recursos humanos – contratação de novos profissionais e melhoria

da infra-estrutura – e aumento da capacidade instalada.

A seleção das unidades se deu a partir da indicação da equipe de Coordenação da Atenção Básica. Foi sugerida a indicação de quatro unidades que apresentassem perfil distinto quanto à organização dos serviços e envolvimento dos profissionais de saúde, caracterizadas como satisfatória e não satisfatória. Esse processo resultou na escolha de quatro unidades, duas organizadas a partir das ações do PSF (unidades de saúde da família – USF 1 e 2) e duas unidades básicas tradicionais (unidades básicas de saúde – UBS 1 e 2).

Foram realizadas 55 entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro previamente elaborado, envolvendo profissionais e trabalhadores das unidades investigadas e usuários residentes nas áreas de cobertura das unidades, distribuídos da seguinte forma: quatro gestores do nível central, cinco trabalhadores de saúde, sete médicos, cinco enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e 22 usuários.

Quanto aos usuários, foram selecionados 22 indivíduos que se encontravam na sala de espera das unidades visitadas ou haviam tentado utilizá-las nos últimos 15 dias e foram localizados a partir de indicações dos ACS. Cabe destacar que ao menos um representante das categorias profissionais citadas foi entrevistado em cada unidade.

Também foram analisados os seguintes documentos: (a) *Plano Municipal de Saúde* (2002-2005); e (b) *Relatórios de Gestão* (2004 e 2005). Ainda foram realizadas observações diárias, nas quais foram registradas impressões do pesquisador e estratégias da pesquisa.

Com base nas entrevistas e demais informações e em função da imagem-objetivo (Tabela 1), foi aferido grau de implantação das ações voltadas para a melhoria da acessibilidade aos serviços. Foram atribuídos pontos aos critérios com base nas evidências, oriundas das falas dos agentes, da observação e dos documentos investigados e tendo em vista a pontuação máxima prevista para aquele critério na matriz da imagem-objetivo (Tabela 1). A classificação final do grau de implantação para cada critério correspondeu, assim, à proporção (%) da pontuação máxima prevista dividida em tercís, da seguinte forma: (a) insatisfatória ($\leq 33,3\%$); (b) intermediária ($> 33,3$ e $\leq 66,6\%$); (c) satisfatória ($> 66,6\%$).

Todos os informantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Informado, tendo sido assegurado o sigilo tanto dos entrevistados quanto do município analisado, conforme aprovado

Tabela 1

Matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade a serviços de saúde em município selecionado do interior da Bahia, Brasil.

Dimensão	Critério	Pontos máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Organização do sistema (25 pontos)	1. Garantia de acesso como diretriz de governo	5	Acesso não aparece como prioridade nem nos planos nem no relatório de gestão (0)	Acesso aparece como diretriz, mas não há referência a ações voltadas para sua implantação nos relatórios de gestão (2,5)	Acesso aparece como uma diretriz de governo nos planos de saúde e se traduz em ações concretas descritas nos relatórios de gestão (5)
	2. Rede básica: porta de entrada aos demais níveis	20	Não há orientação sobre a porta de entrada aos serviços, ficando a cargo dos usuários se dirigirem ao local que desejarem atendimento (0)	A organização dos serviços tem se dado prioritariamente para os usuários de zonas rurais e periféricas, através do PSF e das UBS, sem referência aos demais níveis (10)	A atenção básica como proposta de reorganização do sistema de saúde, viabilizando a referência para os diversos níveis do sistema, através das USF e UBS (20)
	Subtotal dimensão	25			
Organização dos serviços Acessibilidade organizacional (60 pontos)	1. Horário de funcionamento das unidades	5	USF ou UBS funcionando em apenas um turno (0)	USF ou UBS funcionando dois turnos (2,5)	USF funcionando dois turnos ininterruptamente (5) e ou UBS funcionando em três turnos (5)
	2. Sistema de marcação de consultas	5	USF marcando de 1 a 3 dias ou de modo indireto (ACS, triagem e grupos) e UBS marcando 1 a 3 dias na semana com horário fixo (0)	USF com marcação diária com horário fixo (manhã ou tarde) ou de modo indireto (ACS, triagem e grupos) e UBS marcando diariamente em horário fixo (2,5)	USF com marcação diária, sem horário fixo para a demanda espontânea, através de grupos e demandas dos ACS, e ou UBS com marcação diária sem horário fixo, além das demandas dos ACS (5)
	3. Marcação de consulta por telefone	5	USF e UBS não fazem marcação por telefone (0)	USF faz marcação por telefone para alguns procedimentos, e na UBS, apenas para demandas de outras unidades de saúde (2,5)	USF com marcação para todos os serviços e programas feitos pelos usuários e UBS com marcação feita pelos usuários e outras unidades de saúde (5)
	4. Marcação de consultas e exames especializados	5	USF e UBS: solicitações recolhidas em dias e horário determinado pelo SAME, organizados segundo ordem de chegada dos usuários, sem priorização de casos, sendo que o usuário deve retornar para saber a data do agendamento (0)	USF e UBS: solicitações recolhidas todos os dias pelo SAME da unidade, priorizados segundo critérios de gravidade/necessidade por profissionais de nível superior. Usuário deve retornar para saber a data do agendamento (2,5)	USF e UBS: solicitações recolhidas todos os dias pelo SAME da unidade, priorizados segundo critérios de gravidade/necessidade por profissionais de nível superior, e a marcação é comunicada pelo ACS ou pela unidade (5)

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Dimensão	Critério	Pontos máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória	
Acessibilidade organizacional (60 pontos)	5. Lista de espera	5	Nas USF e UBS, não há substituição dos pacientes faltosos (0)	Nas USF e UBS, há substituição informal dos faltosos sem sistematização dessa rotina (2,5)	Nas USF e UBS, a lista de espera existe, e a substituição do paciente faltoso é feita de modo sistemático (5)	
	6. Acolhimento aos pacientes	5	Nas USF e UBS, não é realizada nenhuma escuta ou priorização de pacientes, e existem problemas com a recepção e o atendimento (0)	Nas USF e UBS, a escuta é realizada por profissional de nível médio, listando casos para subsidiar a triagem da demanda espontânea por profissionais de nível superior (2,5)	Na USF e UBS, o acolhimento da demanda espontânea e do usuário é feito por profissional de nível superior, elegendo-se as prioridades, orientando e encaminhando os demais pacientes, com boa relação com a recepção (5)	
	7. Encaminha através do sistema de referência	5	USF e UBS: não existe rotina para o encaminhamento dos pacientes entre os serviços da atenção básica e especializada (0)	USF e UBS: o encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde é feito através da guia de solicitação de consulta especializada ou exame, sem relatório da situação por escrito (2,5)	USF e UBS: o encaminhamento dos pacientes entre os serviços é realizado através de relatório, por escrito, em formulário próprio, para qualquer especialidade com a garantia de atendimento solicitado (5)	
	8. Recebe a contra-referência	5	USF e UBS: o retorno de informações para o médico da unidade de origem não é realizado (0)	USF e UBS: o retorno de informações para o médico da unidade de origem se dá pelo próprio paciente (2,5)	O retorno de informações é feito através de ficha de contra-referência para o médico de origem (5)	
	9. Tempo de espera para marcar consulta	5	USF e UBS: mais de 2 horas (0)	USF e UBS: de uma hora a 2 horas (2,5)	USF e UBS: menos de uma hora (5)	
	10. Tempo de espera entre a marcação e o atendimento	5	USF e UBS: mais de 14 dias (0)	USF e UBS: entre cinco e 14 dias (2,5)	USF e UBS: até 5 dias (5)	
	11. Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta	5	Mais de 3 horas (0)	De uma hora e meia a 3 horas (2,5)	Menos de uma hora e meia (5)	
	12. Filas para marcação de consultas PSF e UBS	5	Existem filas que se iniciam na madrugada (0)	Existem filas que se iniciam a partir das 7 horas e com duração entre 1 e 3h (2,5).	Não há filas (5)	
	Acessibilidade geográfica (15 pontos)	13. Distância da residência do usuário para a USF/UBS	5	Tempo de marcha acima de 30' (0)	Tempo de marcha entre 15 e 30' (2,5)	Tempo de marcha inferior a 15' (5)
		14. Distância da residência para o CAE e laboratório	5	Tempo de marcha acima de 60' (0)	Tempo de marcha entre 30' e 60' (2,5)	Tempo de marcha inferior a 30' (5)
		15. Existência de transporte	5	Não existe transporte da residência do paciente até a USF, UBS, hospital ou CAE (0)	Existe apenas para o hospital ou CAE (2,5)	Existe para as unidades, hospital e CAE (5)
		Subtotal dimensão	75			
	Total dimensões	100				

ACS: agentes comunitários de saúde; CAE: Centro de Atenção Especializada ; PSF: Programa Saúde da Família; SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística; UBS: unidades básicas de saúde; USF: unidades de saúde da família.

pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Bahia (CEPISC/UFBA).

Resultados

O município estudado, em 2005, encontrava-se na gestão plena do sistema. Existia, naquele momento, um projeto de governo voltado para a reorganização do Sistema Municipal de Saúde, incorporando a garantia de acesso universal como uma das diretrizes da referida reorganização setorial (Planos Municipais 1997-2001; 2002-2005). Entre as principais ações relacionadas a essa diretriz, estavam o aumento no número de profissionais, serviços, equipamentos e unidades de atenção básica, a estruturação da rede de assistência especializada e a criação de centrais de marcação de consultas e de centros especializados. À exceção dessa última, as demais medidas relacionavam-se com a ampliação da oferta de serviços. Quanto à capacidade de governo, esse município apresenta continuidade administrativa desde 1997, tendo, como gestores, profissionais de saúde com qualificação técnica em saúde coletiva, reconhecida experiência profissional e militância no movimento pela reforma sanitária.

A proposta evidenciava também que a reorganização da atenção básica como porta de entrada aos serviços, articulada a uma central de marcação de consultas especializadas, deveria funcionar como facilitador do uso dos serviços pelos usuários, aumentando a acessibilidade. Essa situação pode ser ilustrada no comportamento de uma das entrevistadas, moradora de bairro central, que admitiu ter utilizado o endereço de membros da família residentes em área cadastrada pelo PSF para marcar consultas especializadas e obter atendimento. Cabe ressaltar que os critérios analisados nessa dimensão obtiveram pontuação máxima na análise (100%) e, portanto, não foram utilizados para a aferição do grau de implantação.

Por outro lado, na análise da *organização dos serviços*, persistiam problemas de acessibilidade tanto em relação às características do atendimento quanto pela existência de barreiras organizacionais e geográficas, nas quatro unidades de saúde investigadas. Esses obstáculos estiveram presentes, com maior intensidade, nas unidades básicas de saúde tradicionais, cuja pontuação global nessa dimensão foi de 28% na UBS 1, considerada de nível insatisfatório e 40,6% na UBS 2, com nível intermediário. Parte desses resultados está relacionada às características do atendimento nas unidades estudadas, com a ausência de ações voltadas para o acolhimento, a não utilização de lista de espera para a substituição dos

faltosos e a fragilidade do sistema de referência e contra-referência, além das distâncias geográficas entre essas unidades e a residência dos usuários (Tabela 2; Figuras 2 e 3).

A classificação das USF também em nível intermediário demonstra que a conduta das ações entre essas e as UBS não são muito distintas. A USF 1 foi classificada com 50,6% de implantação de ações em função da imagem-objetivo traçada, enquanto a USF 2 obteve 45,3%. Os aspectos que mais contribuíram para a baixa pontuação dessas unidades foram dificuldades para a marcação de consultas e deficiências no sistema de referência e contra-referência, além dos longos tempos de espera para o atendimento (Tabela 2; Figuras 2 e 3). Contudo, quando se observam apenas os critérios relacionados às características do atendimento, as USF apresentam melhor desempenho, muito em função da existência de lista de espera, de estratégias para o acolhimento e da melhor organização do sistema de referência e contra-referência.

Ainda que em todas as unidades tenham sido apontados problemas na organização do sistema de referência e contra-referência, a situação é mais grave nas UBS. Nelas, a regra é o encaminhamento de pacientes a outros profissionais e serviços através da própria solicitação do procedimento, porém sem garantia de atendimento. O retorno desse processo para as unidades de origem raramente acontece quando se trata das UBS tradicionais, revelando grande fragilidade na implantação desse critério. No caso das USF, o retorno, quando é feito, dá-se pelo próprio paciente.

O sistema de marcação de consultas revelou-se, em três das unidades investigadas, como um obstáculo à utilização dos serviços. Na USF 1, a marcação de consultas para a demanda espontânea era realizada apenas através da solicitação dos ACS, e no caso da USF 2, a partir da triagem/acolhimento. Já nas UBS, havia marcação diária, contudo, em uma, era possível marcar diariamente sem restrições de horário, e, em outra, apenas em horários específicos, no início de cada turno.

Já a marcação de consultas e exames especializados era realizada através de uma central e mostrou-se mais sensível como facilitadora do acesso para os pacientes das USFs. Isso se deu pelo fato de existir, nessas unidades, um profissional responsável pela priorização segundo gravidade/necessidade de cada caso, o que não acontece nas UBS em que o encaminhamento se dava por ordem de chegada. Contudo, a priorização era referida pelos profissionais como de grande dificuldade, pois nem sempre as solicitações estavam acompanhadas do relatório do

Tabela 2

Escores obtidos por duas unidades de saúde da família (USF) e duas unidades básicas tradicionais (UBS), segundo dimensão e critérios relacionados à organização dos serviços voltados para a acessibilidade em município do Estado da Bahia, Brasil, 2006.

Dimensão	Critérios	USF (1)		USF (2)		UBS (1)		UBS (2)		Pon- tuação máxima
		Pontos	%	Pontos	%	Pontos	%	Pontos	%	
Organização dos serviços										
Acesso organizacional										
Característica do atendimento	Horário de funcionamento das unidades	5	100,0 *	4	80,0 *	3,5	70,0 *	3,5	70,0 *	5
	Sistema de marcação de consultas	1,5	30,0 **	1,5	30,0 ***	1,5	30,0 ***	5	100,0 *	5
	Marcação de consulta por telefone	-	-	-	-	-	-	2	40,0 ***	5
	Marcação de consultas e exames especializados	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	1	20,0 **	1	20,0 **	5
	Existência de lista de espera	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	-	-	-	-	5
	Existe acolhimento aos pacientes	4	80,0 *	2,5	50,0 ***	-	-	-	-	5
	Encaminha através do sistema de referência	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	2	40,0 ***	2	40,0 ***	5
	Recebe a contra-referência	2	40,0 ***	1,5	30,0 ***	0,5	10,0 **	0,5	10,0 **	5
	Subtotal (1)	19,0	47,5 ***	16,5	41,2 ***	8	20,0 **	14,0	35,0 ***	40
	Barreiras organizacionais	Tempo de espera para marcar consulta	1	20,0 **	2	40,0 ***	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***
	Tempo de espera entre a marcação e o atendimento	3	60,0 ***	2,5	50,0 ***	3	60,0 ***	4	80,0 *	5
	Tempo de espera para ser atendido na realização da consulta	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	5
	Existência de filas para marcação de consultas	2,5	50,0 ***	2,5	50,0 ***	1,5	30,0 **	2,5	50,0 ***	5
	Subtotal (2)	9,0	45,0 ***	9,5	47,5 ***	10	40,0 ***	11,5	57,5 ***	20
	Subtotal (1+2)	28,0	46,6 ***	26,0	43,3 ***	16,0	26,6 **	25,5	42,5 ***	60
Acesso geográfico										
Características geográficas	Distâncias da residência para a UBS/USF	5	100,0 *	3	60,0 ***	2,5	50,0 ***	-	-	5
	Distância da residência para o centro de atenção especializada e laboratório	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	Existência de transporte	5	100,0 *	5	100,0 ***	5	100,0 *	5	100,0 *	5
	Subtotal (3)	10	66,6 *	8	53,3 ***	5	33,3 **	5	33,3 **	15
	Pontuação total (1+2+3)	38	50,6 ***	34	45,3 ***	21	28,0 **	31	40,6 ***	75

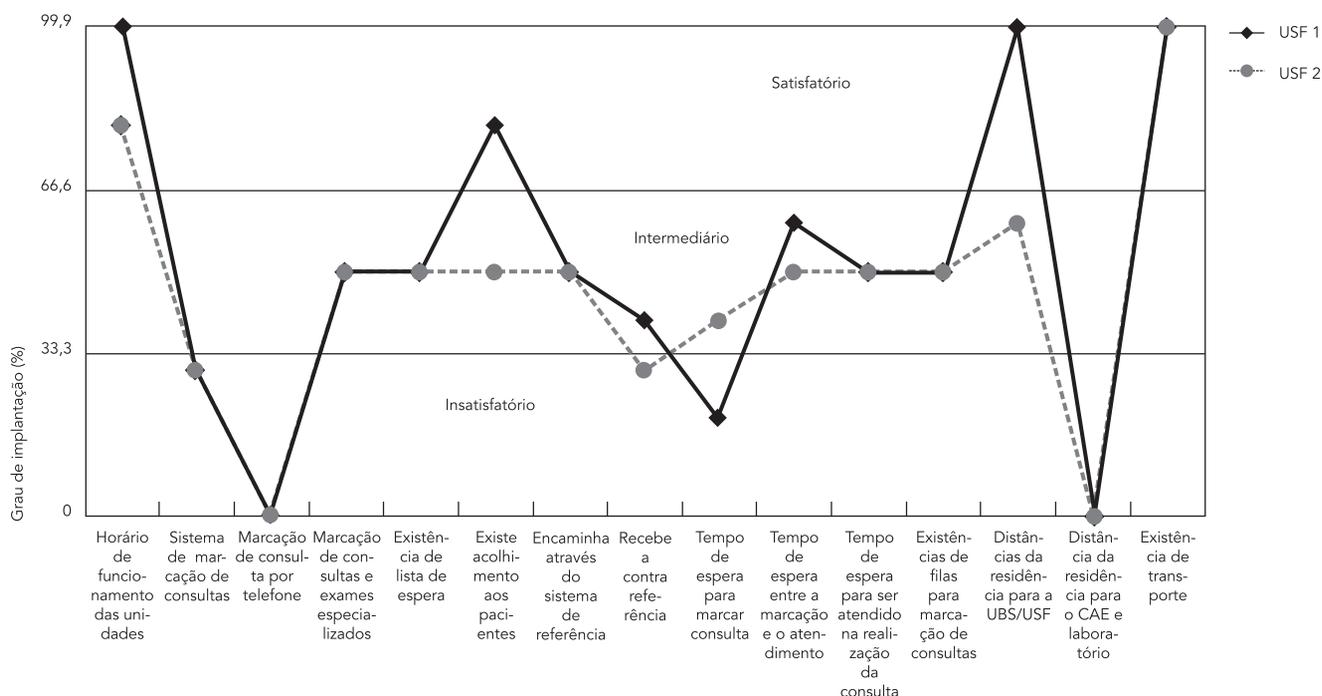
* Satisfatório;

** Insatisfatório;

*** Intermediário.

Figura 2

Classificação do grau de implantação da acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão (organização dos serviços), em duas unidades de saúde família (USF), em um município do Estado da Bahia, Brasil, 2006.



CAE: Centro de Atenção Especializada; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade de saúde da família.

caso para orientar a classificação de risco ou de necessidades.

A existência de práticas voltadas para o *acolhimento* só foram referidas pelos profissionais das USFs, e ainda assim, fortemente relacionadas ao processo de triagem administrativa, utilizada para priorizar os usuários oriundos da demanda espontânea. Em uma das unidades (USF 2), os usuários confundiram tal atividade com a marcação de consultas, pois, ao não serem atendidos no dia, suas consultas eram marcadas para outro dia. Ou seja, o espaço de marcação de consultas foi substituído pelo restrito horário da triagem da demanda espontânea. Esse fato pode significar rechaço à demanda nas USFs para aqueles que não conseguem o atendimento, assim como para aqueles que procuraram a unidade em outros horários.

Na UBS 2, única unidade onde havia um sistema de marcação permanente funcionando, pode ser observado um menor tempo de espera entre a marcação e o atendimento, porque, nessa unidade, a marcação da consulta se dava em

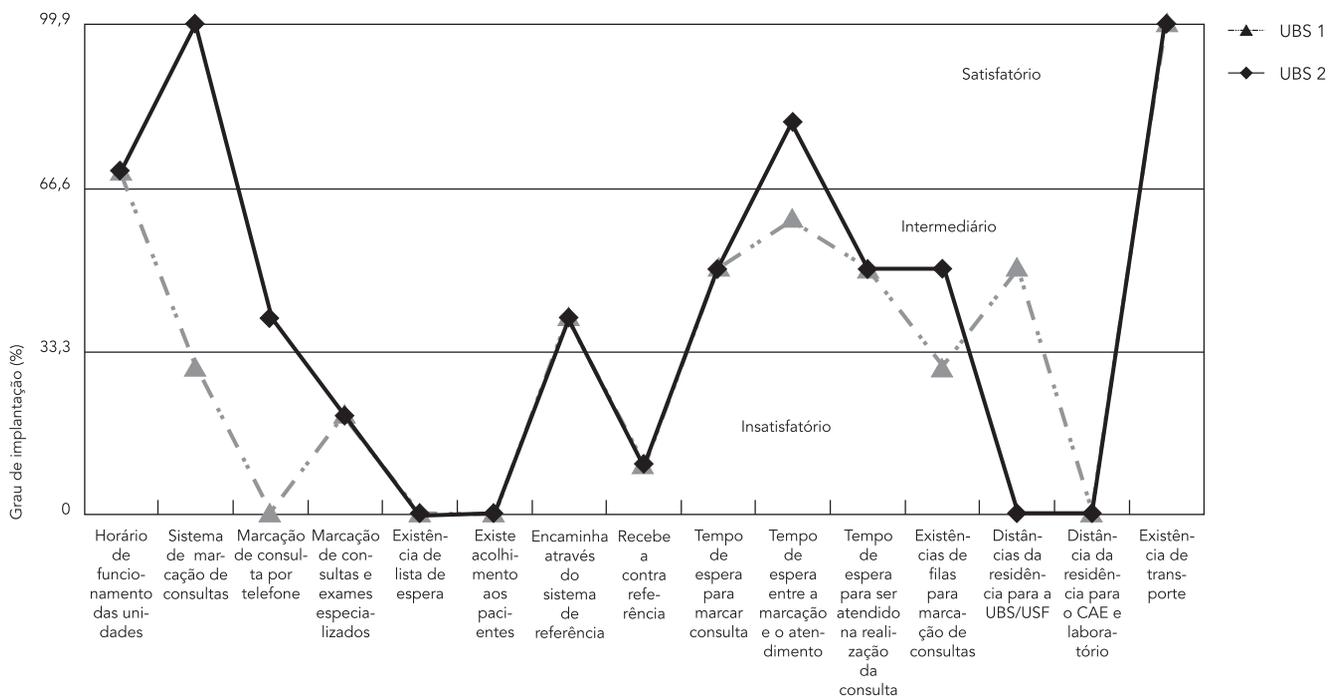
todos os dias e em qualquer horário, desde que houvesse vaga para a semana em curso, o que geralmente acontecia. O fato de, em todas as unidades, o modo de organização das consultas ser a ordem de chegada, o tempo de espera para o atendimento ficava entre duas e três horas, visto que os usuários chegavam à unidade uma hora antes do horário do atendimento.

A pior situação foi observada na UBS 1, onde a marcação se restringia a três dias na semana, com horário fixo, onde eram entregues fichas, e as filas começavam a partir das 6 horas. Aqui, os usuários esperavam cerca de duas horas para marcar, e em torno de uma semana para serem atendidos.

A abertura das unidades básicas em horário noturno poderia facilitar o uso por parte de trabalhadores, particularmente homens que tradicionalmente não procuram serviços de saúde da rede básica devido à incompatibilidade entre o horário de funcionamento e o trabalho. Contudo, na prática, o terceiro turno não funciona conforme previsto. Nas UBS, o terceiro

Figura 3

Classificação do grau de implantação da acessibilidade a serviços de saúde a partir da 2ª dimensão (organização dos serviços), em duas unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, em um município do Estado da Bahia, Brasil, 2006.



CAE: Centro de Atenção Especializada; USF: unidade de saúde da família.

turno correspondia ao horário das 17h às 21h. Foi observado que o início do horário de atendimento sofria a influência do profissional que estava atendendo, podendo variar das 16h às 18h30min, com horário de conclusão em torno das 19h45min.

Nas USF, a melhor acessibilidade geográfica observada foi na USF 1, principalmente devido à sua localização central em relação à sua área de abrangência, o que limitava um tempo de marcha no deslocamento entre a residência e a unidade inferior a 10 minutos. As distâncias entre a USF 2 e as residências eram superiores, com uma média de 15-20 minutos, situação semelhante à UBS 1. Contudo, era no deslocamento entre as residências e os serviços especializados e laboratório que estavam os maiores obstáculos referidos pelos usuários, com tempo superior a 40 minutos. Ainda que existisse a proposta de descentralizar as ações do laboratório central para as unidades de saúde, a mesma ainda não estava em curso no momento da pesquisa de campo.

Em que pese a existência de transporte urbano, usuários das diversas áreas revelaram que, quando precisavam se deslocar para a região central do município para outros procedimentos, faziam os percursos a pé, inúmeras vezes, devido à falta de recursos financeiros para o transporte.

Discussão

A análise realizada revelou que, apesar de o município estudado apresentar, em seus planos de saúde e relatórios de gestão, diretrizes de implantação e intervenções realizadas, essas ações não foram suficientes para problematizar adequadamente os obstáculos ao acesso.

Foram adotadas algumas medidas genéricas voltadas para a ampliação da oferta de serviços através da estratégia da saúde da família e outras específicas como a central de marcação de consultas e exames especializados, que resultaram em melhoria da acessibilidade. Contudo, quando analisadas as características do atendimento

nas unidades selecionadas, tendo por referência uma imagem-objetivo, foram observadas algumas semelhanças no padrão de funcionamento das mesmas, em que três unidades foram classificadas em estágio intermediário. Apenas a UBS 1 destacou-se negativamente, estando em nível insatisfatório.

Cabe ressaltar que o grau de implantação pode não estar relacionado com o modelo de funcionamento da USF ou UBS, isso porque a seleção por indicação dos gestores quanto ao desempenho das mesmas pode ter introduzido um viés.

Nas unidades, os principais obstáculos encontrados dizem respeito a problemas na estruturação do sistema de marcação de consulta, marcação de consulta por telefone e de referência aos serviços especializados. Especificamente, destaca-se ausência de ações voltadas para o acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas UBS. Em decorrência, persistiam problemas tradicionais como filas e longo tempo de espera para a realização de consultas e exames.

Merece destaque o insatisfatório nível de implantação do sistema de marcação de consultas em três das quatro unidades analisadas. Há que se problematizar, em particular, a realidade das USF quanto à dificuldade na marcação de consultas da demanda espontânea, pois, em muitas situações, o sistema resultava em rechaço à demanda, apesar do discurso do acolhimento. Segundo Paim²⁰, o modo de organização dos serviços, com base na oferta organizada de ações, tende a superar as formas tradicionais de reorganização da produção de ações de saúde, cabendo às unidades atender tanto indivíduos em busca de consultas e pronto atendimento (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais específicos (oferta organizada). A marcação de consultas por ACS ou apenas para grupos de risco oriundos de atividades coletivas, assim como o restrito horário da triagem, deve ser vista com cautela. Se, por um lado, ajuda a programar a oferta das unidades, por outro, gera frustração nos usuários que desejam que os “privilégios” dos grupos sejam estendidos a todos²¹. Perspectiva também debatida por Escorel et al.¹⁷ ao discutirem o PSF como porta de entrada aos serviços, em que apontam para a dificuldade na adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva, tendo em vista a programação das atividades para grupos de risco e as demandas por assistência individual.

Atenção especial deve ser dada às unidades tradicionais em que esse quadro é mais complexo. O trabalho pontual dos profissionais médicos,

que atendem em um horário restrito sem maior vínculo com os demais profissionais ou usuários, evidencia a baixa valorização do contato com o paciente e a ausência das ações de promoção da saúde e prevenção de doença. Essa realidade também foi referida por Villela et al.²² ao discutirem os desafios da atenção básica, apontando o quanto esse espaço de ação ainda é visto por médicos como uma ponte para o setor especializado e, assim, conduzem sua prática buscando essencialmente a clínica, o que tende a reduzir a potencialidade das ações realizadas.

Também, ainda se constitui em grande desafio para os gestores e profissionais a institucionalização de um sistema de referência e contra-referência. Em que pese a estruturação da rede de serviços, com a formalização da atenção básica como porta de entrada aos demais níveis do sistema, isso nem sempre ocorria. Essa situação também é referida por Pedrosa & Teles²³ como um dos impasses enfrentados pelas equipes de saúde da família na garantia dos serviços aos usuários.

Revelado como importante dimensão nas análises sobre a estruturação da atenção básica e do processo de trabalho, o “acolhimento”, nessa análise, limitou-se à triagem administrativa da demanda espontânea. As práticas de acolhimento variaram tanto em virtude da formação específica dos profissionais quanto da organização interna da unidade, tendo em vista o número de famílias e as demandas por atendimento.

A despeito do entendimento e da importância dada pelos gestores a esse modo de organização, não houve eco nas práticas dos profissionais. Alguns autores têm considerado, como estratégia capaz de preencher essa lacuna, a capacitação permanente dos trabalhadores de saúde, visando, principalmente, à criação de novas formas de organização do processo de trabalho da equipe, com incorporação de novas práticas assistenciais^{17,24,25,26}. Investigações adicionais, contudo, são necessárias visando investigar as razões para a persistência dessas práticas mesmo na presença de políticas voltadas para a reorganização do acolhimento.

Destaca-se o bom desempenho da acessibilidade geográfica que obteve classificação satisfatória para as unidades de saúde da família. Ou seja, a estratégia de saúde da família, ao colocar as equipes próximas ao local de moradia, facilitou o acesso^{27,28}. Isso pode ser visto como fruto da estratégia de descentralização que, além da ampliação no número de unidades, obedece a critérios de territorialização para sua implantação. Por outro lado, o mesmo não pode ser dito das unidades básicas tradicionais nem dos deslocamentos em busca da assistência especializada,

quando foram referidos longos percursos a pé, e ainda que existisse transporte urbano, em muitos casos, a falta de dinheiro para o transporte foi fator de impedimento à utilização, como revelado em outro estudo²⁹.

Tendo em vista o caráter qualitativo da investigação, esses resultados não podem ser extrapolados para o conjunto de unidades. Contudo, o registro de problemas na acessibilidade, mesmo naquelas unidades indicadas como de desempenho satisfatório pelos gestores, revela não apenas a inexistência de ações específicas voltadas para a sua resolução, como a pouca efetividade daquelas adotadas.

Considerações finais

Ainda que tenha sido evidenciada ampliação na oferta de serviços, o que pode explicar a melhoria na acessibilidade geográfica, persistem obstáculos relacionados ao modo de organização dos

serviços de saúde estudados. A presente investigação revelou que, diante da ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário dentro da rede básica, a acessibilidade sofre grande influência das características organizacionais das unidades, que traduzem os diferentes perfis profissionais e de gestão local. A elaboração de projetos de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade no âmbito municipal pode reduzir a variabilidade na condução das ações como tem sido evidenciado em outras experiências. Do mesmo modo, o aperfeiçoamento dos manuais para as unidades de saúde da família, estabelecendo a marcação de consultas para a demanda espontânea e a criação de listas de espera, pode contribuir para facilitar os contatos entre a unidade e a população. Por fim, a institucionalização de práticas mais articuladas, com clareza quanto às rotinas para o atendimento e encaminhamentos dos usuários na rede, tanto para as USF quanto para as UBS, pode repercutir positivamente nos resultados da acessibilidade.

Resumo

Com o objetivo de analisar a implantação de ações voltadas para a acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia, Brasil, foi realizado estudo de caso único a partir de dois níveis de análise: organização do sistema e dos serviços. Os dados foram obtidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, da observação das rotinas de atendimento e da análise documental. Das quatro unidades analisadas, três apresentaram nível intermediário de implantação de ações voltadas para a acessibilidade. As unidades de saúde da família tiveram melhor desempenho devido à presença de ações voltadas para o acolhimento e a referência a serviços especializados, porém apresentaram problemas para a marcação de consultas. Apesar do estabelecimento da atenção básica como porta de entrada ao sistema e da implantação da central de marcação de consultas especializadas, persistem barreiras organizacionais no município estudado. Recomenda-se a formulação de política específica para melhoria da acessibilidade voltada para a organização da oferta na perspectiva de mudança do modelo assistencial.

Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Descentralização; Avaliação em Saúde

Colaboradores

A. B. O. Cunha foi responsável pela concepção do desenho do estudo, coleta, análise e redação do artigo. L. M. Vieira-da-Silva contribuiu com a concepção do desenho, análise e revisão da versão final.

Agradecimentos

Este trabalho obteve apoio e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (processo: 14077/2003-2).

Referências

1. Ministério da Saúde. NOB-SUS 1993: Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
2. Ministério da Saúde. NOB-SUS 1996: Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
3. Brasil. Portaria MS/GM nº. 95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União 2001; 29 jan.
4. Brasil. Portaria MS/GM nº. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 22 fev.
5. World Health Organization. The world health report 2008 - primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
7. Starfield B, Shi L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health Serv Res* 2007; 42(6 Pt 1):2252-6.
8. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:985-96.
9. Rehen R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:431-55.
10. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:355-70.
11. Muniz JN, Palha PE, Monroe AA, Gonzáles RC, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 10:316-21.
12. Juliano IA, Assis MMA. Vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:493-505.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
14. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.
15. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703.
16. Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 24 Suppl 1:579-90.
17. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21: 164-76.
18. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:757-76.
19. Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:509-21.
20. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI; 2003. p. 567-86.
21. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S100-10.
22. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da Atenção Básica em saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1316-24.
23. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:303-11.
24. Solla JJP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 4: 493-503.
25. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1487-94.
26. Ramos DD, Lima, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
27. Teixeira C. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl: 153-62.
28. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:603-9.
29. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.

Recebido em 04/Ago/2009

Versão final rerepresentada em 24/Dez/2009

Aprovado em 19/Fev/2010