



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

GECIANA ACELINO DOS SANTOS

**O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA
PARAÍBA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO**

CAMPINA GRANDE

2018

GECIANA ACELINO DOS SANTOS

**O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA
PARAÍBA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Ardigleusa Alves Coelho

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237a Santos, Geciana Acelino dos.
O acesso a serviços de saúde nas macrorregiões de saúde da Paraíba sob a ótica do usuário [manuscrito] : / Geciana Acelino dos Santos. - 2018.
19 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coelho , Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Serviços de saúde .

21. ed. CDD 610.73

GECIANA ACELINO DOS SANTOS

**O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA
PARAÍBA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 15/06/2018.

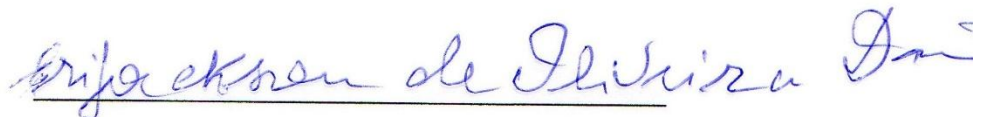
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ardigleusa Alves Coelho (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Cláudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Especialista Erijackson de Oliveira Damião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, o autor da minha vida e do meu destino, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À professora Ardigleusa pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação, pela dedicação, paciência, pela riqueza de suas orientações e pela oportunidade concedida.

Aos meus pais, a quem rogo todas as noites a minha existência, pelo amor, carinho e apoio e por não medirem esforços abdicando de tantas coisas, para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos meus avós maternos Benedita e João, meus avós paternos (*in memoriam*) Severino e Maria das Neves, meus irmãos Geovane e Gerliane, por acreditarem em mim e que com dedicação me trouxeram esperança para seguir. Minha sobrinha Ana Cecília, por ter trazido para minha vida mais um motivo para continuar. Meu namorado José Neto pelo carinho, paciência e pela capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Aos meus amigos, em especial, Alcione e Vitória, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas ao longo do curso, valeu a pena, todo sofrimento, todas as renúncias. Estamos colhendo os frutos do nosso empenho.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

Aos professores do Curso de Enfermagem da UEPB, que contribuíram ao longo desses quase cinco anos e acompanharam a minha jornada.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando necessário.

A todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Metodologia.....	8
2.1. Tipo de estudo	8
2.2. Cenário da pesquisa	8
2.3. População e amostra	9
2.4. Instrumentos de medida e fontes de dados	9
2.5. Variáveis e dimensões de análise.....	9
2.6. Análise dos dados	9
2.7. Aspectos éticos	10
3. Resultados e discussão	10
4. Considerações finais	16
5. Referências.....	17

O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO

Geciana Acelino dos Santos¹

RESUMO

Buscou-se analisar o acesso aos serviços de saúde da Paraíba sob a ótica do usuário. Estudo transversal, que utilizou dados do banco da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, Brasil, 2013. A amostra foi constituída de 4892 usuários das equipes de atenção primária na Paraíba. Observa-se que 98,3% dos usuários referiu levar até 60 minutos até a unidade; acesso fácil/muito fácil (81,6%). Quanto ao horário de funcionamento 82% referiu que o horário é divulgado. A maioria não gostaria que houvesse horários alternativos (atendimento mais cedo pela manhã 80,6%; à noite 70,6%; sábados 59,2%; horário do almoço 88,4%; domingos 88,5% e; atendimento até às 18 horas 71,9%). No que se refere à marcação de consulta, 82,6% informou realizar a marcação na unidade de saúde; 51,7% vai à unidade marcar a consulta; 40,9% pegar ficha sem ficar na fila; 29,7% disse ficar na fila para pegar ficha. Após a marcação da consulta, pouco mais da metade (54,5%) não realiza o atendimento em qualquer dia da semana em qualquer horário; 83,5% relatou não realizar em qualquer dia, em horários específicos; 87,2% respondeu não ter dias específicos fixos, nem qualquer horário; 66,7% consegue marcar para o mesmo dia, sendo realizado por ordem de chegada (93,6%). Há diferenças entre as macrorregiões de saúde quanto ao acesso aos serviços. A maioria das variáveis alcançaram avaliação positiva, mostrando a organização do sistema de saúde na Paraíba, contribuindo com indicadores que evidenciam a efetivação do acesso.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vem ao longo de sua história obtendo avanços expressivos em sua atuação, muito embora ainda haja dificuldades que vem sendo enfrentadas e que impedem a garantia do acesso e atenção de qualidade à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2012).

O acesso à atenção básica foi ampliado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 (BARBOSA; COIMBRA JÚNIOR, 2000) e vem se expandindo consideravelmente desde então.

A Estratégia de Saúde da Família está implantada em 94,4% dos municípios brasileiros, possui 40.453 equipes e 64,2% de cobertura populacional. No estado da Paraíba, a ESF está presente em 222 dos municípios paraibanos, com um total de 1.337 equipes e cobertura populacional de 93,5% (BRASIL, 2016).

¹Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.

Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (BRASIL, 2006), assumindo esta a função de porta de entrada do SUS que se refere à utilização dos serviços de atenção básica, por meio do qual as pessoas buscam o primeiro atendimento de atenção à saúde, exceto em casos de urgência (MARÍN; MORAVICK; MARCHIOLI, 2014).

A utilização dos serviços de saúde é resultado de um conjunto de determinantes que envolve as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários, o perfil epidemiológico e, ainda aspectos relacionados àqueles que prestam o serviço (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Não há uma definição precisa para o termo acesso, “que muitas vezes é utilizado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. É um conceito que muda entre autores e que varia ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Alguns utilizam o termo acesso, outros utilizam acessibilidade, sendo muitas vezes empregados de forma ambígua e intercalados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Donabedian (2003) o acesso relaciona-se com o grau de facilidade ou dificuldade em que o usuário obtém os serviços. Sendo assim, refletindo nas características do sistema de saúde, que pode aumentar ou diminuir os obstáculos encontrados pelos usuários. Ele identifica duas dimensões de acessibilidade: a sócio organizacional que inclui todas as características relacionadas à oferta de serviços e, a geográfica que diminui ou aumenta a capacidade de as pessoas utilizarem os serviços e envolve distância e tempo de locomoção até a unidade.

Andersen (1995) prioriza o termo acesso e o apresenta como um elemento dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços e referindo-se à entrada no serviço e o recebimento de cuidados subsequentes.

Penchansky & Thomas (1981) utilizam o termo acesso e focam no ajuste entre os usuários e o sistema de saúde, identificando várias dimensões para compor o conceito de acesso, como *disponibilidade* de serviços em relação às necessidades; *acessibilidade*, que caracteriza como o ajuste entre a distribuição geográfica dos serviços e os usuários; *acolhimento*, que representa a forma de organização dos serviços para receber os usuários e a capacidade com que estes se adaptam; *aceitabilidade*, relaciona as atitudes de usuários e profissionais à cerca das características e práticas de cada um.

No que se refere às regras constitucionais que garantem a todos os cidadãos o direito a uma assistência à saúde em concordância com os princípios e diretrizes do SUS, o acesso aos serviços de saúde representa um marco de ampla referência para o estudo dos seus

avanços e dificuldades, podendo ser considerado o primeiro passo na busca do atendimento às necessidades de saúde da população (MARÍN; MORAVICK; MARCHIOLI, 2014) e um dos atributos fundamentais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2010).

Visando melhoria na qualidade do acesso aos serviços de saúde, em 2011 foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) com o objetivo de incentivar a ampliação e melhoria do acesso e da qualidade da assistência buscando ofertar “um padrão de qualidade que pudesse ser comparado a nível nacional, regional e local, de maneira que permitisse maior transparência e efetividade das ações” (BRASIL, 2012). Este programa é resultado de um processo de pactuação e negócio entre as três esferas de gestão do SUS (BELLO; CARVALHO; FARIAS, 2015).

O PMAQ está organizado em 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. Cada ciclo é executado a cada 24 meses. A fase 1 do PMAQ é denominada de adesão e contratualização, na qual as equipes de saúde da atenção básica, as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família aderem ao Programa. A certificação constitui a fase 2, nela está contida a Avaliação Externa, avaliação do desempenho dos indicadores pactuados na fase 1 e verificação da realização da autoavaliação das equipes de atenção básica. A última fase diz respeito a recontratualização (BRASIL, 2015).

Este estudo será pautado em uma das etapas de certificação das equipes de atenção básica – a Avaliação Externa, que se caracteriza como um momento em que será realizado um conjunto de ações para avaliar as condições de acesso e de qualidade aos serviços de saúde oferecidos pelos municípios e equipes de atenção básica participantes do PMAQ (BRASIL, 2013). Nesta perspectiva, o presente artigo tem como objetivo analisar o acesso a serviços de saúde da Paraíba sob a ótica do usuário.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em municípios da Paraíba. Foram utilizados dados do banco da Avaliação Externa do PMAQ realizada, no Brasil, em 2013.

2.2 Cenário da pesquisa

Unidades de Saúde de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde, cujas equipes de saúde da família aderiram ao PMAQ-AB segundo ciclo, em 2013, localizadas nos municípios Paraibanos. Na Paraíba, a adesão foi de 1.229 EAB situadas em 222 municípios.

2.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 114.615 usuários de equipes com adesão ao PMAQ segundo ciclo. Em cada equipe foram entrevistados 4 usuários, cujos critérios de inclusão para realização da entrevista foram: estar presente na Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar qualquer tipo de procedimento no momento da coleta de dados e ter frequentado o serviço de saúde há, pelo menos, 1 ano.

A amostra foi constituída por 4892 usuários das equipes de APS que aderiram ao PMAQ-AB em municípios Paraibanos.

2.4 Instrumentos de medida e fontes de dados

Os dados foram obtidos do banco - Microdados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, de domínio público, disponibilizado em março de 2015, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde do Brasil, no site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo (BRASIL, 2017).

2.5 Variáveis e dimensões de análise

Para análise dos dados, foram incluídas as dimensões e variáveis consideradas pelos pesquisadores como sinalizadores do acesso à rede de serviços de saúde de atenção primária segundo o modelo teórico de Donabedian (2003) cujo acesso é definido a partir de duas dimensões de acessibilidade: sócio – organizacional e a geográfica.

As variáveis selecionadas para o estudo foram três dimensões do questionário Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário (III.3 – informações sobre o usuário; III.5 – acesso aos serviços de saúde e; III.6 – marcação de consultas na unidade de saúde). As dimensões III.5 e III.6 foram agrupadas segundo a acessibilidade sócio-organizacional e geográfica. Além das variáveis do questionário, foram incluídos os extratos dos municípios Paraibanos por macrorregião de saúde – João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

2.6 Plano de análise

As análises de frequências foram realizadas utilizando o Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 21). Os resultados foram apresentados em tabelas, com a proporção dos eventos encontrados para os municípios Paraibanos, subdivididos entre as duas dimensões sinalizadoras do acesso (Donabedian, 2003).

Para agrupamento das variáveis foram adotadas as seguintes definições:

- Acessibilidade sócio-organizacional: refere-se à todas as características relacionadas à oferta de serviços.

- Acessibilidade geográfica: refere-se à distância e tempo de locomoção até a unidade.

As variáveis selecionadas no banco para cada dimensão do modelo teórico foram:

Acessibilidade geográfica: Quanto tempo o usuário leva de sua residência até a unidade de saúde; chegar até a unidade de saúde é (fácil/muito fácil, razoável ou difícil/muito difícil).

Acessibilidade sócio-organizacional: Divulgação de horário de funcionamento da unidade; marcação de consulta na unidade de saúde; horários alternativos para facilitar o atendimento do usuário (mais cedo pela manhã, até às 18 horas, à noite, aos sábados, no horário do almoço e aos domingos); formas de marcação de consultas (por telefone, internet, vai à unidade para marcar e pelo ACS).

O teste qui-quadrado de proporções foi usado para verificar diferenças entre as macrorregiões de saúde dos municípios Paraibanos e o acesso a serviços de saúde. Adotou-se a $p < 0,05$. Foram excluídos da análise os valores referentes a resposta “não sabe/não respondeu” e “não se aplica”.

2.7 Aspectos Éticos

A presente pesquisa utilizou dados secundários de domínio público disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo e como não haverá a identificação de nenhum participante da pesquisa, dispensa-se a apresentação deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída, em sua maioria (85,6%) por mulheres. A faixa etária predominante foi entre 20 a 49 anos (65,8%). Entre os usuários, 38,2% informou ter ensino

fundamental incompleto e apenas 21,3% concluiu o ensino médio. Quanto à renda, 49,6% referiu ser beneficiário de programa de geração de renda (Bolsa Família).

Para análise do acesso aos serviços de saúde da Paraíba, a partir das macrorregiões de saúde, foram incluídos 4892 usuários que participaram da fase de avaliação externa do ciclo II do PMAQ na Paraíba.

Tabela 1. Análise do tempo de deslocamento da residência e o trajeto até a unidade segundo as macrorregiões de saúde, Paraíba, 2013.

		Macrorregião de saúde				Total	<i>p valor</i>
		João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa		
Tempo de deslocamento da residência para UBS n=4892							
Até 60 min	n	2160	1401	688	559	4808	0,273
	%	44,9	29,1	14,3	11,6	98,3	
Acima de 60 min	n	48	21	12	3	84	
	%	57,1	25,0	14,3	3,6	1,7	

Fonte: PMAQ – Avaliação Externa, 2013.

No que se refere à distância da residência até a unidade, a Tabela 1 mostra que 98,3% dos usuários levam até 60 minutos para chegar à unidade. Entre estes usuários, a maioria (44,9%) faz parte da macrorregião de saúde de João Pessoa. A distância da residência para a unidade de saúde é um fator de extrema importância para a efetivação do acesso, assim como mostra o estudo de Limão et al (2018). Outro estudo realizado por Pontes et al (2010) mostrou que quanto mais próximo da residência, mais fácil será o acesso e menor serão os gastos com deslocamento.

Observa-se nesse sentido a efetivação do princípio da regionalização em que o sistema se organiza tendo como base o território e a população, visando a oferta de serviços e utilização dos recursos (AGUIAR, 2011).

Tabela 2. Análise do trajeto até a unidade segundo as macrorregiões de saúde, Paraíba, 2013.

		Macrorregião de saúde				Total	<i>p valor</i>
		João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa		
Chegar até essa unidade de saúde é: n=4892							
Muito fácil/fácil	n	1705	1200	597	488	3990	0,000
	%	42,7	30,1	15,0	12,2	81,6	

Razoável	n	273	151	58	48	530
	%	51,5	28,5	10,9	9,1	10,8
Difícil/muito difícil	n	264	72	45	26	372
	%	71,0	19,4	12,1	7,0	7,6

Fonte: PMAQ – Avaliação Externa, 2013

Em relação ao grau de facilidade ou dificuldade de chegar até a unidade de saúde a maioria (81,6%) informou ser fácil/muito fácil chegar à unidade, com destaque para os usuários da macrorregião de João Pessoa (42,7%). É possível observar que as barreiras geográficas, influenciam diretamente na busca pelos serviços. O acesso nessa dimensão obteve boa avaliação, sendo as unidades localizadas próximo às residências dos usuários em que nelas são adscritos.

Tabela 3. Análise quanto ao horário de atendimento e funcionamento alternativo da unidade saúde por macrorregião de saúde, Paraíba, 2013.

Variáveis	Macrorregião				Total*	p valor
	João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa		
Divulgação do horário de funcionamento da UBS (n=4692)						
Sim	n	1726	1199	601	475	4001
	%	43,1	30	15	11,9	82
Não	n	397	163	62	69	691
	%	57,5	12	9	10	18
Opinião sobre funcionamento alternativo da UBS para facilitar o atendimento						
Atendimento mais cedo pela manhã (n=4892)						
Sim	n	571	197	116	67	951
	%	60,0	20,7	12,1	7,0	19,4
Não	1637	1225	584	495	3941	3455
	%	41,5	31,0	14,8	12,7	80,6
Atendimento à noite (n=4892)						
Sim	n	814	205	285	133	1437
	%	56,6	14,3	19,8	9,3	29,4
Não	n	1394	1217	415	429	3455
	%	40,3	35,2	12,0	12,4	70,6
Atendimento à tarde até às 18 horas n=4892)						
Sim	n	753	321	190	113	1377
	%	54,7	23,3	13,8	8,2	28,1
Não	n	1455	1101	510	449	3515
	%	41,4	31,3	14,5	12,8	71,9
Atendimento aos sábados (n=4892)						
Sim	n	1090	417	307	180	1994
	%	54,7	20,9	15,4	9	40,8
Não	n	1118	1005	393	382	2898
	%	38,6	34,7	13,6	13,2	59,2
Atendimento no horário do almoço (n=4892)						
Sim	n	343	107	88	31	569

	%	60,3	18,8	15,5	5,4	11,6	0,000
Não	n	1865	1315	612	531	4323	
	%	43,1	30,4	14,2	2,3	88,4	
Atendimento no domingo (n=4892)							
Sim	n	513	187	163	92	955	
	%	53,7	19,6	17,1	9,6	19,5	0,000
Não	n	1695	1235	537	470	3937	
	%	43,1	31,4	13,6	11,9	80,5	

Fonte: PMAQ – Avaliação Externa, 2013. *Percentual referente ao total de eventos em cada variável

Quanto à divulgação do horário de funcionamento 82% dos usuários entrevistados referiu que a unidade divulga, sendo este, fator importante quanto a procura pelos serviços.

Considerando o horário de funcionamento, foram realizadas algumas perguntas oferecendo horários alternativos que facilitassem o atendimento, na tabela 3 mostra que a maioria dos usuários, em todas as macrorregiões de saúde, não gostaria que houvesse esses horários. Para que o atendimento começasse mais cedo (80,6%); atendimento até às 18 horas (71,9%); atendimento à noite (70,6%); atendimento aos sábados (59,2%); atendimento no horário do almoço (88,4%); atendimento aos domingos (80,5%).

O atendimento até às 18 horas, à noite ou aos finais de semana, facilitaria a busca pelos serviços por parte da população masculina, que muitas vezes não têm horários compatíveis com os de funcionamento das unidades. Diante disso destacamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa facilitar e ampliar o acesso aos serviços por parte dessa população, realizando assim, uma proposta inclusiva (BRASIL, 2009). Destaca-se ainda, um dos objetivos da avaliação externa, que visa fortalecer as ações e estratégias do serviço, buscando contribuir na melhoria e qualidade da atenção básica à saúde que está sendo ofertada à população (BRASIL, 2013).

Tabela 4 – Análise da marcação de consulta na unidade de saúde por macrorregião de saúde, Paraíba, 2013.

Marcação de consulta na Unidade de Saúde (n=4892)		Macrorregião de saúde				Total	<i>p valor</i>
		João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa		
Sim	n	1866	1221	559	395	4041	
	%	46,2	30,2	13,8	9,8	82,6	0,000
Não	n	342	201	141	167	851	
	%	40,2	23,6	16,6	19,6	17,4	

FONTE: PMAQ – Avaliação Externa, 2013

Quando questionados sobre a marcação de consulta na unidade de saúde, 82,6% dos usuários afirmaram que a unidade de saúde faz marcação de consulta. As formas de marcação de consulta encontram-se na tabela 5.

Tabela 5 - Formas de marcação de consulta na unidade de saúde segundo as macrorregiões de saúde, Paraíba, 2013.

Formas de Marcação de Consulta		Macrorregião de saúde				Total	<i>p valor</i>
		João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa		
Marcação da consulta na unidade de saúde por telefone (n=4041)							
Sim	n	17	19	5	0	41	0,048
	%	41,5	46,3	12,2	0,0	1,0	
Não	n	1849	1202	554	395	4000	
	%	46,2	30,1	13,9	9,9	99,0	
Marcação da consulta na unidade de saúde pela internet (n=4041)							
Sim	n	6	0	0	0	6	0,072
	%	100	0,0	0,0	0,0	0,1	
Não	n	1860	1221	559	395	4035	
	%	46,1	30,3	13,9	9,8	99,9	
Vai à unidade de saúde e marca o atendimento (n=4041)							
Sim	n	973	731	155	231	2090	0,000
	%	46,6	35	7,4	11,1	51,7	
Não	n	893	490	404	164	1951	
	%	45,8	25,1	20,7	8,4	48,3	
O agente comunitário de saúde marca a consulta (n=4041)							
Sim	n	129	134	19	20	302	0,000
	%	42,7	44,4	6,3	6,6	7,5	
Não	n	1737	1087	540	375	3739	
	%	46,5	29,1	14,4	10	92,5	
Tem que pegar ficha sem ficar na fila (n=4041)							
Sim	n	783	421	286	162	1652	0,000
	%	47,4	25,5	17,3	9,8	40,9	
Não	n	1083	800	273	233	2389	
	%	45,3	33,5	11,4	9,8	59,1	
Fica na fila para pegar ficha (n=4041)							
Sim	n	535	329	231	106	1201	0,000
	%	44,5	27,4	19,2	8,8	29,7	
Não	n	1331	892	328	289	2840	
	%	46,9	31,4	11,5	10,2	70,3	

Fonte: PMAQ – Avaliação externa, 2013. *Percentual referente ao total de eventos em cada variável

Na tabela 5, chama atenção o fato de que quando o usuário necessita de marcar uma consulta ele normalmente tem que pegar ficha. Sendo assim, 40,9% dos usuários entrevistados referiu que a ficha pode ser entregue sem a necessidade de o usuário ficar na fila, para outros tem que ficar na fila para pegar a ficha (29,7%), e que apenas um pequena quantidade de consulta pode ser feita por telefone (1%), pela internet (0,1%) ou pelo ACS (7,5%) evidenciando que estas formas de marcação de consulta não fazem parte da rotina da unidade de saúde, o que de acordo com Fausto et al (2014) pode ser uma prática incomum na rotina das unidades.

A marcação de consulta previamente realizada é um mecanismo que humaniza a prestação dos serviços, como mostra um estudo realizado em Porto Alegre por Ramos e Lima (2003), em que esta marcação permite identificar casos que envolvem risco e grupos específicos que requerem atenção mais redobrada.

Ir até a unidade continua sendo o sistema de marcação de consultas mais utilizado, porém, é importante destacar que a informatização é um importante recurso que permite o acesso com maior rapidez e eficiência.

Tabela 6. Análise da realização das consultas após marcação na unidade de saúde segundo as macrorregiões de saúde, Paraíba, 2013.

Variáveis		Macrorregião de saúde				Total	p valor	
		João Pessoa	Campina Grande	Patos	Sousa			
Normalmente a consulta pode ser feita em qualquer dia da semana, em qualquer horário (n=4473)								
Sim	n	853	538	307	339	2037	0,000	
	%	41,9	26,4	15,1	16,6	45,5		
Não	n	1139	770	343	184	2436		
	%	46,8	31,6	14,1	7,6	54,5		
Normalmente pode ser feita em qualquer dia da semana, em horários específicos (n=4473)								
Sim	n	429	146	126	38	739		0,000
	%	58,1	19,8	17,1	5,1	16,5		
Não	n	1563	1162	524	485	3734		
	%	41,9	31,1	14	13	83,5		
Normalmente pode ser feita em dias específicos fixos, em qualquer horário (n=4473)								
Sim	n	278	150	95	50	573	0,010	
	%	48,5	26,2	16,6	8,7	12,8		
Não	n	1714	1158	555	473	3900		
	%	43,9	29,7	14,2	12,1	87,2		
Normalmente é para o mesmo dia (n=4818)								
Sim	n	1356	808	572	476	3212		0,000
	%	42,2	25,2	17,8	14,8	66,7		
Não	n	826	594	107	79	1606		
	%							

	%	51,4	37	6,7	4,9	33,3	
A consulta é: (n=4892)							
Com hora marcada	n	68	49	13	3	133	
	%	51,1	36,8	9,8	2,3	2,7	
Em horários/turnos definidos do dia	n	56	23	1	0	80	
	%	70	28,8	1,3	0,0	1,6	
Por ordem de chegada	n	2046	1323	663	549	4581	0,000
	%	44,7	28,9	14,5	12	93,6	
Encaixe	n	10	3	3	4	20	
	%	50	15	15	20	,4	
Outro(s)	n	28	24	20	6	78	
	%	35,9	30,8	25,6	7,7	1,6	

Fonte: PMAQ – Avaliação Externa, 2013. *Percentual referente ao total de eventos em cada variável

Quanto ao atendimento após a marcação da consulta, a Tabela 6 mostra que pouco mais da metade (54,5%) informou não ser realizado em qualquer dia da semana e em qualquer horário; 83,5% relatou não ser realizado em qualquer dia, em horários específicos; 87,2% respondeu não ter dias específicos fixos, nem ser em qualquer horário; 66,7% dos usuários conseguem marcar o atendimento para o mesmo dia, porém, o atendimento é realizado por ordem de chegada (93,6%). Esses achados contrariam o estudo realizado por Oliveira et al (2012), onde, o tempo entre a marcação e o atendimento foi superior a sete dias.

Cabe destacar que há diferenças entre as macrorregiões de saúde no que se refere ao acesso a serviços de saúde na opinião dos usuários, com exceção para marcação da consulta na unidade de saúde pela internet ($p = 0.072$), as demais variáveis que caracterizam a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reafirma a importância da participação dos usuários na avaliação do acesso aos serviços de saúde. Observou-se que a maioria das variáveis alcançou avaliação positiva e que de certa forma mostra que o sistema de saúde está organizado na Paraíba de modo a contribuir com indicadores que evidenciem a efetivação do acesso, entretanto há diferenças entre as macrorregiões de saúde na garantia do acesso a serviços de saúde. Porém, é sabido que há fragilidades. E, que o acesso não se limita ao contexto geográfico e sócio-organizacional. Sendo assim, importante que haja investimentos e esforços de gestores e profissionais de saúde para melhorias das ações que são destinadas à melhoria do acesso, por exemplo, maior divulgação do horário de funcionamento e cronograma de atendimento da unidade.

ABSTRACT

The aim was to analyze the access to the health services of Paraíba from the perspective of the user. A cross-sectional study using data from the Bank for the External Evaluation of the Program for Improving Access and Quality, Brazil, 2013. The sample consisted of 4892 users of the primary care teams in Paraíba. It is observed that 98.3% of users reported taking up to 60 minutes to drive; easy / very easy access (81.6%). Regarding the opening hours, 82% indicated that the timetable is disclosed. Most would not like to have alternate hours (early morning service 80.6%, evening 70.6%, Saturday 59.2%, lunch 88.4%, Sunday 88.5% and service until 18 hours 71.9%). Regarding the appointment of consultation, 82.6% reported performing the marking in the health unit; 51.7% will go to the unit to make the appointment; 40.9% pick up the chip without being in the queue; 29.7% said to stand in line to pick up the chip. After the appointment of the consultation, just over half (54.5%) do not perform care on any day of the week at any time; 83.5% reported not performing on any given day, at specific times; 87.2% answered not having specific fixed days, nor any timetable; 66.7% manage to score for the same day, being performed on a first-come, first-served basis (93.6%). There are differences between health macro-regions regarding access to services. Most of the variables reached a positive evaluation, showing the organization of the health system in Paraíba, contributing with indicators that show the effectiveness of access.

Keywords: Primary health care; access to health services; health services

5 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.

BARBOSA, S.C.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. A construção cultural da esquistossomose em comunidade agrícola de Pernambuco. In: BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEON, R. (Orgs.). Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.47-60.

BELLO, F.; CARVALHO, E.; FARIAS, S. Analysis of the Program for access and quality improvement in primary care in Recife, PE. *Rev Enferm UERJ* 2015; 23(1):122-7. doi: 10.5935/0103-1104.20140065

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 7 p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 7 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 61 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Pesquisa. Resolução CNS nº 510 2016.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38 N. especial, p.13-33, out 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HOUAISS, A. VILLAR, M. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

LIMÃO, N. P. et al. User satisfaction on the health care provided by the primary health care program in a state in northeastern Brazil. Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal), [S.l.], v. 3, n. 1, p. 59-68, maio 2018.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, 2014.

MENDES, A.C.G. A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2010.

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).

PENCHANSKY D.B.A, THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.

OLIVEIRA, L.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3047-3056. Salvador, 2012.

PONTES, A.N.M., et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 574-80.

RAMOS, D.D. & LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba – PDR PB. João Pessoa, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 190-S198, 2004.