

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Évilin Costa Gueterres**

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À  
ATENÇÃO BÁSICA**

Santa Maria, RS

2020

**Évilin Costa Gueterres**

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresinha Heck Weiller

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS

2020

**Évilin Costa Gueterres**

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Enfermagem.**

Aprovado em 13 de março de 2020:

---

Teresinha Heck Weiller, Dr<sup>a</sup>  
(Presidente/orientadora)

---

Laís Mara Caetano da Silva, Dr<sup>a</sup>  
(Coorientadora)

---

Liane Beatriz Righi, Dr<sup>a</sup> (UFSM)  
(Membro Titular)

---

Jaqueline Garcia de Almeida Ballesteros, Dr<sup>a</sup> (EERP)  
(Membro Titular)

---

Jenifer Härter (Unipampa)  
(Membro Suplente)

Santa Maria, RS

2020

## **DEDICATÓRIA**

*À minha mãe, por todo amor e companheirismo transferido, por ter me guiado e me ajudar a ser parte da mulher que sou.*

*Aos meus irmãos por acreditarem nos meus sonhos e torcerem por eles.*

*Em especial ao meu filho, que resinificou minha vida e sonhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

- À minha mãe e irmãos.
- Ao meu companheiro.
- Às minhas amigas e amigos de longa data, por se fazerem presentes, mesmo na distância física.
- Às colegas, que viraram irmãs nesses últimos dois anos.
- À minha orientadora Teresinha Weiller pelo incentivo na construção do conhecimento e debates sobre a vida e ideais.
- À minha coorientadora Laís Mara Caetano da Silva pela disponibilidade e atenção.
- A todas as mulheres – em especial as mães e pesquisadoras que enfrentam diariamente inúmeros desafios para permanecerem no meio acadêmico e se tornam exemplos de força e perseverança.
- Aos atores sociais que lutam pela universidade pública, gratuita e de qualidade, os quais me propiciaram, direta ou indiretamente, vivenciar este momento.
- Aos profissionais dos serviços de Atenção Básica participantes da pesquisa, pelo empenho do tempo e conhecimento, o que contribuiu para o crescimento científico.
- Ao Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC/ UFSM) e seus participantes.
- Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria que contribuíram de inúmeras formas para obtenção deste título e qualificação acadêmica.
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pela bolsa de mestrado – Código de Financiamento 001.

*“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos, e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. **Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.**”*

Eduardo Galeano

## RESUMO

### ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Évilin Costa Gueterres

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresinha Heck Weiller

COORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Mara Caetano da Silva

De acordo com as evidências atuais os serviços de Atenção Básica se fazem imprescindíveis na qualidade e resolutividade da atenção à saúde, porém embora este nível de atenção esteja localizado no território dos sujeitos, tem-se uma fragmentação em relação ao acesso, fato este que carece de melhoria e qualificação. Observa-se uma fragilidade na literatura nacional em relação aos aspectos que influenciam no acesso aos serviços de Atenção Básica, sendo estes pouco avaliados e descritos. Com vistas a preencher esta lacuna a presente dissertação foi realizada com o propósito de avaliar os aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato na Atenção Básica em municípios da 10<sup>a</sup> CRS/RS. No que se refere à metodologia trata-se de um estudo descritivo transversal, de métodos mistos, que combina elementos de abordagem quantitativa e qualitativa. O cenário de pesquisa foram os serviços de Atenção Básica dos municípios da Fronteira Oeste/RS. Como fonte de dados utilizou-se as variáveis pertencentes ao banco de dados público do PMAQ-AB (2017/2018), a análise dos dados foi realizada de forma descritiva com distribuição de frequência absoluta e relativa. No que se refere a fase qualitativa teve-se como sujeitos os coordenadores dos serviços de Atenção Básica, a amostra A amostra do estudo deu-se por saturação teórica, e, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se como método de análise a Proposta Operativa de Minayo, incluiu-se na pesquisa os coordenadores que estivessem no serviço a mais de 12 meses. Os resultados apontam que, muito embora, diversos aspectos interfiram na qualidade do acesso de primeiro contato nos serviços de Atenção Básica não é possível identificar uma única estratégia para sua qualificação. Destaca-se que a organização e sistematização dos processos com olhar centrado nas necessidades dos sujeitos e dos territórios contribui na reorganização das práticas de atenção à saúde, e por conseguinte no acesso aos serviços de Atenção Básica. Conclui-se que existem múltiplos atores envolvidos na qualificação do acesso de primeiro contato, tornando possível o debate acerca da temática, visto que todos sujeitos são importantes para a construção e consolidação do SUS, o qual tem como um de seus princípios fundantes o acesso.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

### **ASPECTS INFLUENCE IN THE ACCESS OF FIRST CONTACT TO BASIC ATTENTION**

**AUTHOR:** ÉVILIN COSTA GUETERRES

**ADVISOR:** PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. TERESINHA HECK WEILLER

**COORIENTADOR:** PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. LAÍS MARA CAETANO DA SILVA

According to current evidence, Primary Care services are essential in terms of the quality and resolution of health care, however, although this level of care is located in the territory of the subjects, there is fragmentation with regard to the access, a fact that needs improvement and qualification. With regard to the aspects that influence access to Primary Care services, there is a fragility in the national literature, which is still poorly evaluated and described the aspects that influence the quality of first contact access. In order to fill this gap, this dissertation was carried out with the purpose of evaluating the aspects that influence the access of first contact in Primary Care in municipalities of the 10th CRS / RS. With regard to the methodology, this is a cross-sectional descriptive study, using mixed methods, combining elements of a quantitative and qualitative approach. The research scenario was the Primary Care services in the municipalities of Fronteira Oeste / RS. As data source, variables belonging to the public database of the PMAQ-AB (2017/2018) were used, the data analysis was performed in a descriptive manner with absolute and relative frequency distribution. Regarding the qualitative phase, the coordinators of the Primary Care services were considered as subjects, the sample occurred intentionally and the data were collected through semi-structured interviews. Minayo's Operational Proposal was used as the method of analysis, including coordinators who had been in the service for more than 12 months. The results show that, although several aspects interfere in the quality of first contact access in Primary Care services, it is not possible to identify a single strategy for their qualification. It is noteworthy that the organization and systematization of processes with a focus on the needs of subjects and territories contributes to the reorganization of health care practices, and therefore access to Primary Care services. It is concluded that there are multiple actors involved in the qualification of first contact access, making possible the debate about the thematic, since all subjects are important for the construction and consolidation of SUS, which has access as one of its founding principles.

**Keywords:** Primary Care; Primary Health Care; Health Services Evaluation; Access to Health Services.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos.....	42
Figura 02 – Projeto Sequencial Explanatório.....	53
Figura 03 – Dimensão territorial 10ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	55
Figura 04– Categorias e subcategorias.....	74
Figura 05– Zona de Fronteira e cidades gêmeas.....	87

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Ficha Documental.....	42
Quadro 02 – Extração de Dados.....	44
Quadro 03 – Categorias temáticas.....	47
Quadro 04 – Variáveis de avaliação da qualidade do acesso, módulo III PMAQ-AB.....	56
Quadro 05 – Indicadores de desempenho para equipes participantes.....	62
Quadro 06 – Quadro 06 – 2ª Lista de Certificação 3º Ciclo PMAQ-AB – 10ª CRS/ RS.....	65

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 – Cobertura de ESF e UBS dos municípios pertencentes à 10ª CRS/RS.....	56
Tabela 02 – Características socioeconômicas e demográficas dos usuários.....	65
Tabela 03–Variáveis relacionadas a satisfação do usuário frente ao acesso aos serviços de AB.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMAQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica AMAQ
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ -AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PREV-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
Reforsus	Reforço e Reorganização do Sistema Único de Saúde
SESP	Serviços de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
Unipampa	Universidade Federal do Pampa
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIS Fronteira	Sistema Integrado de Saúde na Fronteira

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Gueterres, Évilin

Aspectos que influenciam no Acesso de Primeiro Contato à Atenção Básica / Évilin Gueterres.- 2020. 112 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller Heck Weiller  
Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Atenção Primária à Saúde 2. Atenção Básica 3. Acesso aos Serviços de Saúde 4. Avaliação em Saúde 5. Acesso de Primeiro Contato I. Heck Weiller, Teresinha Heck Weiller II. Caetano da Silva, Laís Mara III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ÉVILIN GUETERRES, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUANTITATIVOS.....	22
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUALITATIVOS.....	22
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
3.1 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA .....	23
<b>3.1.1 Interpretações acerca do percurso de estruturação e reestruturação da AB no contexto mundial.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.2 Avanços e desafios que permeiam a Atenção Básica no Brasil .....</b>	<b>26</b>
3.2 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS DIVERSAS ABORDAGENS.....	31
3.3 AMPLIANDO SABERES FRENTE A AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	34
<b>4 ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>40</b>
4.1 AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA....	40
<b>5. PERCUSRO METODOLÓGICO.....</b>	<b>52</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	52
<b>5.1.1 Fase I – Abordagem Quantitativa.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1.2 Fase II– Abordagem Qualitativa.....</b>	<b>53</b>
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	53
5.3 FONTES DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
<b>5.3.1 Fase I – Fonte de dados do estudo .....</b>	<b>55</b>
<b>5.3.2 Fase II – Participantes do estudo .....</b>	<b>57</b>
5.4 AMOSTRA.....	57
<b>5.4.1 Fase I – Quantitativa.....</b>	<b>57</b>
<b>5.4.2 Fase II – Qualitativa.....</b>	<b>57</b>
5.5 COLETA DE DADOS.....	57
<b>5.5.1 Fase I – Quantitativa.....</b>	<b>57</b>
<b>5.5.2 Fase II – Qualitativa.....</b>	<b>58</b>
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
<b>5.6.1 Fase I – Quantitativa .....</b>	<b>58</b>
<b>5.6.2 Fase II – Qualitativa .....</b>	<b>59</b>

5.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	59
<b>5.7.1 Fase I – Quantitativa.....</b>	<b>60</b>
<b>5.7.2 Fase II – Qualitativa.....</b>	<b>60</b>
5.8 PRECEITOS ÉTICOS.....	60
<b>5.8.1 Fase I – Quantitativa.....</b>	<b>60</b>
<b>5.8.2 Fase II – Qualitativa.....</b>	<b>60</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
6.1 RESULTADOS FASE I – ABORDAGEM QUANTITATIVA .....	62
6.2 RESULTADOS FASE II – ABORDAGEM QUALITATIVA .....	69
<b>6.2.1 Reorganização dos serviços de Atenção Básica para garantir o acesso de primeiro contato.....</b>	<b>70</b>
<i>6.2.1.1 Dispositivos utilizados para superar a fragmentação do acesso.....</i>	<i>71</i>
<i>6.2.1.2 Acesso aos serviços de Atenção Básica em municípios fronteiriços.....</i>	<i>73</i>
<i>6.2.1.3 Análise Situacional como base para de sistematização do contexto.....</i>	<i>74</i>
<b>6.2.2 “Uma função de todos, tanto da gestão quanto dos profissionais e dos usuário”: Atores protagonistas da melhoria e qualificação do acesso de primeiro contato.....</b>	<b>75</b>
<i>6.2.2.1 Contribuições da gestão municipal frente ao acesso aos serviços de AB.....</i>	<i>75</i>
<i>6.2.2.2 Os profissionais de saúde como atores fundamentais na melhoria e qualificação do acesso.....</i>	<i>76</i>
<i>6.2.2.3 O usuário como ator gerador de mudanças.....</i>	<i>78</i>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>7.1 Reorganização dos serviços de Atenção Básica para garantir o acesso de primeiro contato.....</b>	<b>83</b>
<b>7.2 Atores protagonistas da melhoria e qualificação do acesso de primeiro contato .....</b>	<b>88</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>109</b>



## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação ilustra o percurso da idealização à projeção do projeto de pesquisa – acerca do acesso aos serviços de Atenção Básica – até sua execução. No decorrer do estudo estão expressas as bases teóricas pertencentes ao acesso aos serviços de saúde, assim como, o resgate histórico da Atenção Básica e da Avaliação em Saúde, temas estes pertinentes e que necessitam destaque e fortalecimento.

Esta pesquisa vai ao encontro da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde publicada no ano de 2018, a qual destaca a importância de se realizar a “Avaliação da oferta de ações e serviços de saúde da Atenção Básica frente às necessidades da população” e a “Análise dos fatores que interferem no acesso da população aos serviços da Atenção Básica” (BRASIL, 2018a).

É válido salientar que, no cenário nacional, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) no ano de 2018, apenas 30% da população contou com cobertura privada de saúde, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a única forma de acesso de 70 % dos brasileiros à assistência à saúde (BRASIL, 2018b).

A despeito do crescente número de usuários que utilizam o SUS, tem-se um aumento na fragilidade, em especial no que se refere à garantia do acesso. Tesser, Norman e Vidal (2018) apontam o aumento excessivo da população vinculada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), a falta de profissionais e/ou a sobrecarga de trabalho, horários restritos, burocracia e o subfinanciamento federal, o qual não dá subsídio para o alcance da universalidade e também não apresenta conformidade com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), conforme art. 196 que expressa o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988).

O SUS e AB vêm passando por constantes transformações em decorrência dos agentes envolvidos, sejam eles econômicos, políticos ou culturais, de acordo com o contexto apresentado, agentes estes potencializadores ou não das políticas vinculadas à saúde no território brasileiro (FIORATI, 2018).

No país, a temática em discussão mostra que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação: “não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei”. Embora a CF/1988 assegure a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. A garantia na legislação brasileira foi uma etapa alcançada na construção do SUS, porém, para se concretizar o direito à saúde, é

necessário ter como alicerce um modelo social, fundamentado na “solidariedade humana e na igualdade social” (ASSIS; JESUS, 2012).

A aproximação da autora com a temática em questão surgiu antes mesmo do contato com o meio acadêmico; deu-se em virtude das vivências como usuária do SUS, oportunidade em que o acesso aos serviços de Atenção Básica era frágil e cercado de barreiras geográficas e sócio-organizacionais. Posteriormente, enquanto acadêmica, em decorrência das atividades de extensão do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), tais fragilidades foram novamente vivenciadas, gerando assim novas inquietações no processo de formação profissional oportunizado pelo curso de graduação em enfermagem.

Ao ingressar no Programa de Residência em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), a compreensão sobre o acesso ao serviço de Atenção Básica modificou-se, pois foi possível ocupar o espaço de profissional em formação, atuando nos serviços, na qualidade de residente. Essa vivência permitiu a inserção no mundo do trabalho mediado por reflexões teórico-práticas.

A qualificação do acesso e diminuição das barreiras existentes foi parte das mudanças de cenário traçadas enquanto residente. Como estratégias de melhoria do acesso realizou-se a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco e vulnerabilidade, bem como cursos e capacitações com profissionais da rede dos serviços de saúde do município de Uruguai/RS. Cabe destacar que o Trabalho de Conclusão de Residência buscou identificar a relação entre implementação do Acolhimento com Classificação de Risco e a facilitação do acesso aos serviços de Atenção Básica no estado do Rio Grande do Sul.

Contudo, foi a inserção no **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/ UFSM)** e no **Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC/UFSM)** que tornou possível o desenvolvimento e a compreensão sobre o referencial acerca da temática, assim como, os processos envolvidos na oferta e qualificação do acesso.

Saliento que, como profissional enfermeira especialista em Saúde Coletiva e, principalmente, como usuária do SUS, acredito que o acesso à Atenção Básica deve ser visto como fundante na garantia do direito à saúde. Nesse sentido, este estudo visa contribuir, por meio dos seus resultados e proposições, para a qualificação do acesso nos serviços de Atenção Básica, uma vez que, destaca os aspectos que influenciam a sua existência, e também no saber de núcleo, visto que a enfermagem contribui com o campo da Atenção Básica, além da assistência à saúde, com a função de coordenação, imprescindível na qualificação do acesso.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) contribuiu de forma decisiva para a redemocratização da saúde nas décadas de 70 e 80 do século XX, ampliando a concepção de seguridade social, a qual foi incorporada na Constituição Federal de 1988, expressando os direitos sociais inerentes à cidadania. A saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido a partir da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da equidade, elegendo a Atenção Básica (AB)<sup>1</sup> como ordenadora do cuidado (FLEURY, 2009).

Nas diferentes propostas de reorganização dos serviços de saúde, tem-se atribuído à AB a função basilar de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema, uma vez que esta porta de entrada se encontra no território dos usuários (STARFIELD, 2002). Em 1994, como estratégia para ampliação e reorganização das práticas de trabalho na AB, foi implantado no cenário nacional o Programa Saúde da Família (PSF). Como resultante de reformulações neste modelo, com vistas a ampliar o acesso de primeiro contato, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual transforma o PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF), e tem como objetivo articular os demais níveis de atenção, para garantir a integralidade, a continuidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo, garantindo assim o acesso aos serviços de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A AB orienta-se por eixos estruturantes, descritos por Starfield (2002), os quais são distribuídos em quatro atributos essenciais, quais sejam: (1) Acesso de Primeiro Contato; (2) Longitudinalidade, (3) Integralidade; e (4) Coordenação da Atenção; e três atributos derivados, que qualificam as ações: (1) Orientação Familiar; (2) Orientação Comunitária; e (3) Competência Cultural. Este estudo dará ênfase ao atributo essencial acesso de primeiro contato (VIACAVA et al., 2018).

Como atributos essenciais tem-se o *acesso de primeiro contato*, o qual corresponde a acessibilidade ao serviço de saúde quando o indivíduo dela necessitar; a *longitudinalidade*, que relaciona-se à obtenção de atenção à saúde ao longo do tempo; a *integralidade*, que corresponde à oferta de serviços com base nas necessidades dos usuários; a *coordenação da atenção*, que visa a garantia da continuidade do cuidado e a responsabilização dos serviços no que se refere ao percurso do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (VIACAVA et al., 2018).

---

<sup>1</sup> A presente dissertação utilizou o termo Atenção Básica e filiou-se na sua concepção de sistema universal.

A família, como objeto de atenção, é avaliada por meio dos atributos derivados, os quais apresentam como base o contexto físico, econômico e cultural, com vistas a reconhecer as principais demandas de saúde da população e compreender o processo saúde-doença (VIACAVA et al., 2018).

Dentre os atributos descritos anteriormente, o acesso de primeiro contato – tema desta dissertação – preconiza que a AB se torne a “porta de entrada” do usuário aos serviços de saúde, garantindo o acesso e a acessibilidade. O acesso é definido como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar melhores resultados e a acessibilidade é um elemento estrutural fundamental para garantir a assistência ao usuário, a qual pode ser analisada por meio da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade (MILLMAN, 1993).

Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional, que diz respeito aos recursos que facilitam ou são barreiras para que o usuário utilize os serviços, e o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter assistência. Considerando a importância da AB, e sua potencialidade na atenção à saúde, ampliação e capilaridade no território nacional, fez-se necessária a institucionalização de processos avaliativos que permitissem detectar e corrigir precocemente aspectos deficitários, qualificando os serviços prestados, constituindo-se como um importante instrumento de gestão em saúde (SOUZA, 2018).

Com as mudanças no modelo assistencial e a ampliação da AB, repercutindo no acesso dos usuários aos serviços de saúde, ampliou-se de forma gradativa os processos avaliativos com potencial para modificar a operacionalização, organização e qualificação dos serviços de saúde (BRUNELLI, 2016). As dimensões continentais do Brasil impõem ao SUS a inevitabilidade de ações centradas em processos avaliativos, uma vez que, tem-se uma maior complexidade epidemiológica, necessidade de atender aos preceitos da universalidade do acesso, da qualificação dos processos e da viabilidade econômica (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

Destacando a avaliação dos serviços de saúde, instituiu-se, no âmbito do SUS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual se reveste de importância em decorrência de sua abrangência e capacidade de traçar, no âmbito nacional, o cenário da AB (GIOVANELLA, 2018, p.569). Devido ao seu caráter avaliativo, o PMAQ-AB é tido como uma ferramenta para mensurar a qualidade da atenção dispensada aos usuários. Apresenta como meta garantir o padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde,

com o intuito de repensar as práticas de gestão e a atenção instituídas nos serviços (BRASIL, 2012a).

O PMAQ-AB engloba diversos fatores, entre eles a gestão pública de qualidade, cabe ao gestor municipal em saúde planejar, acompanhar e avaliar todas as ações desenvolvidas, a implantação de tal programa contribuiu para o desenvolvimento de um padrão de qualidade equiparável no cenário nacional. Ribeiro e Scatena (2019) defendem que a avaliação em saúde deve produzir informações que gerem processos de discussão e respaldem a tomada de decisão de gestores e trabalhadores da saúde.

Buscando aprofundar sobre o tema do estudo, buscou-se em periódicos nacionais e internacionais, os aspectos que influenciam na qualidade do acesso de primeiro contato, oportunidade em que identificou-se uma lacuna do conhecimento. Ao abordar a temática de Avaliação do Acesso aos serviços de Atenção Básica, os autores buscaram avaliar e qualificar o processo, porém, não traçaram proposições ou discorreram sobre as estratégias de qualificação. Tal panorama ressalta a necessidade de o estudo abordar esses aspectos, contribuindo com a construção do conhecimento.

Com base nos estudos descritos, tem-se como **objeto de pesquisa** o acesso de primeiro contato nos serviços de Atenção Básica da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde/ Rio Grande do Sul (CRS/RS). Ainda, tem-se como **questão de pesquisa**: quais aspectos influenciam no acesso de primeiro contato nos serviços de Atenção Básica na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde/ Rio Grande do Sul (CRS/RS)?

Diante do exposto, a realização deste estudo se justifica a partir da necessidade de destacar os aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato dos usuários à AB, pois, para Campos et al. (2014), os estudos avaliativos apontam na resolutividade deste nível de atenção uma estratégia para suprir as demandas de saúde de uma determinada população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar os aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato na Atenção Básica em municípios da 10ª CRS/RS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUANTITATIVOS**

- Descrever as variáveis que influenciam no acesso dos usuários à AB;
- Identificar nos municípios da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS os serviços de AB que apresentaram avaliação positiva do atributo acesso de primeiro contato na avaliação do PMAQ-AB/ 2017 na perspectiva dos usuários.

### **2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUALITATIVOS**

- Identificar a organização das equipes para garantir o acesso dos usuários à AB;
- Sistematizar as estratégias utilizadas para garantir o acesso dos usuários à AB;
- Compreender o papel dos gestores, usuários e profissionais da AB para a efetivação do acesso de primeiro contato dos usuários aos serviços da AB de municípios da 10ª CRS/RS.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo visa fundamentar, com base na literatura, a presente dissertação. Está subdividido em três subcapítulos, o primeiro refere-se ao percurso histórico da construção e consolidação da Atenção Básica; o segundo trata do acesso aos serviços de saúde e suas diversas abordagens; e o terceiro subcapítulo discorre sobre a Avaliação em Saúde.

#### 3.1 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este referencial percorrerá os caminhos da Atenção Básica, apontando os marcos históricos da sua constituição, com base em suas transformações epistemológicas e conceituais. Torna-se, portanto, imprescindível a contextualização com base no período, nos sujeitos sociais, na cultura e nos objetivos em cada tempo histórico, possibilitando a compreensão dos eventos, e a identificação do conceito utilizado no período correspondente.

Salienta-se que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) utilizado na literatura denota inúmeras interpretações, sejam elas teóricas, ideológicas ou práticas. No Brasil, como proposta de um dispositivo de atenção integral à saúde, em conformidade com o recomendado pela RSB – e não apenas como uma estratégia de cobertura universal – adotou-se um modelo de APS integral e robusta, a qual visa o cuidado individual e coletivo, com base na promoção, prevenção e continuidade da atenção.

A priori, estes princípios e diretrizes que caracterizam uma APS integral e abrangente, vão ao encontro dos sistemas públicos universais. No que se refere a política nacional brasileira, a denominação Atenção Básica à Saúde (ABS) diferencia-se da denominação APS difundida mundialmente, pois conforme Cecílio (2018) o termo AB, no cenário nacional, visa uma diferenciação ideológica do reducionismo presente na concepção mundial de APS, uma vez que a AB não objetiva apenas ofertar uma atenção seletiva e limitada, mas sim promover o direito à saúde, à integralidade da atenção e ao combate de iniquidades sociais, ou seja, com vistas à um conceito ampliado do fazer saúde. Em consonância com o autor – embora os termos APS e AB sejam utilizados como equivalentes na literatura – a dissertação utilizar-se-á da denominação AB.

Entretanto, destaca-se que, após o Golpe do capital de 2016, que evidencia o rompimento do pacto social e a supressão de direitos civis, sociais e políticos, deram-se

ataques que objetivaram o desmonte do SUS. Neste contexto, a percepção de AB passou por mudanças substanciais, haja vista, suas ações de governo e não de Estado, destacando-se também que a concepção de sistema universal prevista no referencial teórico e metodológico da AB vai ao encontro da lógica de cobertura universal, descrita no referencial de APS, o que resulta em um descompasso entre o termo utilizado e a concepção teórica vigente (PAIM, 2018).

### **3.1.1 Interpretações acerca do percurso de estruturação e reestruturação da AB no contexto mundial**

A denominação APS foi utilizada pela primeira vez em 1920, no Relatório de Dawson, no Reino Unido, o qual elegia a APS como uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde. Este documento se configura como um marco histórico, na medida em que orientou a reorganização dos sistemas de saúde não só do Reino Unido, mas de diversos países, a exemplo do Brasil (LAVRAS, 2011).

Após à Segunda Guerra Mundial, em decorrência da incorporação tecnológica e dualidade entre serviços preventivos e curativos, elucidou-se a conveniência do pensar além da doença, uma vez que, a saúde era até então, focada no modelo hospitalocêntrico. Ampliou-se a concepção de saúde, a qual passou a ser caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “completo bem-estar físico, psíquico e social, não apenas a ausência de doença.” fato este que se configura como tentativa de quebra da hegemonia curativista (FERTONANI et al., 2015).

No que se refere a estruturação e consolidação da APS, a Declaração de Alma-Ata originária da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, em 1978, reitera a responsabilidade dos governantes com a saúde das suas populações, por meio da implementação de medidas sanitárias e sociais (MENDONÇA et al., 2018).

A concepção de cuidados primários expressa na Declaração de Alma-Ata os define como parte integrante dos sistemas de saúde e também do desenvolvimento socioeconômico da população, sendo a APS o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com os sistemas de saúde, buscando a aproximação entre território e usuários. As práticas de cuidado descritas mostram um conjunto de ações a serem preconizadas como, por exemplo: educação em saúde; saneamento; programa materno-infantil; planejamento familiar; e prevenção de doenças endêmicas (MEGIER et al., 2019).



Esta concepção de APS passou a ser criticada por parte das agências internacionais, devido ao seu caráter ser retratado como muito abrangente pelos governos conservadores da época, aliado ainda ao baixo desenvolvimento da economia mundial. Posterior a Declaração de Alma-Ata, em 1979, discutiu-se na Itália, mediada pela Fundação Rockefeller, uma perspectiva diferenciada de APS, dita como APS Seletiva (GIOVANELLA, 2018)

A especificidade seletiva da APS a caracteriza como um pacote de intervenções, com vistas a oferecer ações custo-efetivas a populações de países em desenvolvimento. Subsequente a esta proposta, tem-se quatro intervenções ofertadas a países pobres com auxílio do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), sendo elas: acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento; reidratação oral; aleitamento materno e imunizações, com a incorporação de alguns programas. Tem-se neste período uma concepção de APS reducionista, baseada no custo-efetividade, desconsiderando assim os determinantes envolvidos no processo saúde-doença, tratando a doença sem considerar as causas, suprimindo questões socioeconômicas. Na década de 1980, o Banco Mundial e outras agências internacionais adotaram essa concepção de “cesta restrita de serviços básicos”, modelo de atenção adotado em diversos países com baixo desenvolvimento socioeconômico (PAIM; ALMEIDA, 2014).

Em contrapartida, a este “pacote seletivo” tem-se o tensionamento por parte dos movimentos sociais, os quais apontam a necessidade de ampliar o conceito de saúde, e também de vê-la como um direito, considerando os determinantes sociais e as iniquidades, com o intuito de instituir políticas de saúde abrangentes. No ano 2000, ativistas de diversos países reuniram-se em Bangladesh, em um encontro intitulado Movimento para a Saúde dos Povos, tendo em vista a unificação de ações e estratégias de enfrentamento às iniquidades no campo da saúde e a necessidade de lutar pelo direito universal à saúde. Como produto deste encontro tem-se a Carta dos Povos, que convoca os governantes a garantirem os direitos sociais para as suas populações. A Carta dos Povos aborda a saúde em seu conceito ampliado e ilustra as interferências do meio onde o sujeito está inserido, considerando os determinantes sociais, o documento reforça os preceitos da Declaração de Alma-Ata, na qual as políticas públicas de saúde deveriam ser voltadas aos interesses do povo, não apenas aos interesses econômicos (AQUINO et al., 2014).

Outra estratégia voltada para reestruturação da APS oriunda da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visando os Objetivos do Milênio, foi o Relatório Mundial da Saúde, intitulado “APS: Agora Mais do que Nunca”, o qual propõe uma atenção à saúde integral e centrada no indivíduo. A especificidade na qual a APS está

centrada a caracteriza como o primeiro nível de atenção e a considera como a principal porta de entrada para os outros níveis, orientada pelos atributos essenciais e derivados, conforme citado anteriormente. Esta porta de entrada interage com os demais serviços e considera todas as dimensões do cuidado (OMS, 2008).

### **3.1.2 Avanços e desafios que permeiam a Atenção Básica no Brasil**

Com o intuito de observar o desenvolvimento da AB no cenário nacional, a presente exposição se iniciará a partir de um período que antecede a criação do SUS, no qual a saúde pública organizava-se com base na prevenção de doenças, com foco no modelo sanitário, em que a assistência à saúde se dava de forma individualizada, curativista e fragmentada devido ao fato de estar voltada às especialidades, arraigada no modelo cartesiano e influenciada pelo modelo hospitalar (CONIL, 2008).

Na década de 1920, o Brasil passou por uma importante mudança no campo da saúde pública, a Reforma Carlos Chagas, deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, que apresentava como propósito prestar assistência à saúde em áreas delimitadas como prioritárias, porém, essas ações reduziam-se à prevenção de endemias e epidemias. Difundiu-se no país, nesse período, o modelo proposto pela fundação Rockefeller, por meio dos Serviços de Saúde Pública (SESP), entretanto, as ações mantiveram-se restritas à prevenção e ocorriam de forma centralizada, sendo a assistência clínica prestada em hospitais e ambulatórios. Mesmo após a criação do MS, em 1953, manteve-se a dualidade dos modelos de atenção à saúde vigentes (AQUINO et al., 2014).

Na década de 1960, os serviços de saúde modificaram suas práticas e inseriram serviços mais abrangentes, visto que anteriormente as práticas em saúde pública eram influenciadas pelo governo norte-americano, que se apresentou como o principal financiador de ações referentes a formação profissional (enfermagem e medicina) e estrutura física dos serviços. Embora este movimento de transformação tenha ocorrido em meio ao Golpe Militar de 1964, uma parcela da população manteve-se mobilizada em prol de reformas sociais, que incluíam o campo da saúde pública (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

A vertente da descentralização e ampliação dos serviços de saúde sucumbiu ao modelo autoritário do período, porém, os ideais presentes na III Conferência Nacional de Saúde,

ocorrida no ano de 1963 – a qual propôs uma reforma no âmbito da saúde e elucidou a interferência dos indicadores de saúde no grau de desenvolvimento econômico, social, político e cultural de uma nação – mantiveram-se presentes nos movimentos sociais e nas lutas pela democracia, principalmente nos países da América-Latina. Neste período, deu-se a expansão do setor privado no campo da saúde e a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), no ano de 1966 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, na década de 1970, os movimentos sociais lutavam pela redemocratização do país em meio a uma crise econômica profunda. No campo da saúde, os movimentos sociais produziram as bases da RSB, com engajamento de parte da sociedade civil na luta pelo direito à saúde de forma intersetorial, movimento este assumido por intelectuais-militantes como Sérgio Arouca, por trabalhadores, usuários, gestores, e ativistas políticos. Cabe destacar que a crise econômica aprofundou as desigualdades sociais no meio urbano e rural, e a previdência deixou de ser capaz de subsidiar a assistência, apontando a premência de reformulação do setor saúde (CARLOS, 2015).

Nesse período, as universidades assumiram um papel importante, uma vez que, por meio das atividades de extensão, promoveram o acesso aos serviços de saúde à população urbana e rural, com foco na atenção integral e dimensão social. Em relação as políticas governamentais, em consequência das altas taxas de mortalidade e morbidade e da expansão de estruturas básicas de saúde surgiu, inicialmente no nordeste, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que tinha como propósito a implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água e privadas higiênicas (PAIM; ALMEIDA, 2014).

A necessidade de aprofundar o fazer saúde com base nos indivíduos e nas coletividades culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, a qual afirmou a “saúde como um direito de todos e dever do Estado”, definindo os princípios e diretrizes que posteriormente resultariam no SUS, o qual foi instituído após a promulgação das leis orgânicas da saúde (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) (FERTONANI, 2015). Esboça-se, assim, um novo panorama da saúde, constituído pelos princípios da descentralização, integralidade, participação popular e equidade (ANDRADE et al., 2016).

Ao traçarmos o percurso de estruturação da AB, após a criação do SUS em 1988, tem-se como ponto principal a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 que, em 2006, passa a

denominar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre as características destes programas destaca-se o atendimento à pessoa e não apenas a enfermidade, a prevenção de doenças, promoção ou recuperação da saúde, com vistas a maximizar o bem-estar e a saúde da coletividade, constituindo-se no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, ordenando o acesso igualitário e universal (MENDONÇA et al.,2018).

O PACS surgiu como proposta para o enfrentamento da morbimortalidade materno-infantil no Nordeste, e pautava-se na definição de responsabilidade territorial; com foco na família e comunidade; no levantamento de demandas e na criação de ações preventivas. Fomentou as diretrizes do SUS, uma vez que, para sua implementação, os municípios deveriam contar com o Conselho Municipal de Saúde; o Fundo Municipal de Saúde; a Unidade Básica de referência; e os profissionais de nível superior para supervisão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – contribuindo para a contratação/fixação de enfermeiros também no interior do Brasil. Foi solicitada, pelos gestores municipais, a presença de outros profissionais junto ao PACS e o financiamento dos serviços de AB, sendo este o cenário no qual foi concebida a ESF(PAIM; ALMEIDA, 2014).

A ESF emerge com a intenção de reestruturar o sistema público de saúde, uma vez que houve a reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde, evidenciada pela universalização do acesso e descentralização da atenção. Por esta razão, ela não deve ser descrita como semelhante aos modelos de APS difundidos internacionalmente. O modelo de Estratégia adotado no Brasil visa superar o modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicamentoso (ANDRADE et al., 2016).

A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), descreve o processo de organização dos serviços de AB e os definem como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial dos usuários aos demais serviços de saúde, acolhendo as demandas da população, com ações voltadas ao cuidado integral dos indivíduos, famílias e coletividade (BRASIL, 1996).

A NOB 96 instituiu a forma de transferência dos recursos financeiros federais para a AB, aos estados e aos municípios, com o Piso de Atenção Básica (PAB), sendo eles fixo e variável. O PAB fixo tinha como base de transferência um valor por habitante e o PAB variável correspondia aos incentivos financeiros com base nos programas estratégicos adotados pelos municípios (BRASIL, 1996). Essa forma de repasse foi uma conquista no que se refere a transferência de recursos federais aos municípios, uma vez que auxilia na

universalização do acesso à AB e promove a diminuição das desigualdades regionais (GIOVANELLA, 2018).

Salienta-se que o modelo de repasse de recursos com base na NOB 96 foi alterado pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, a qual institui o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da AB (BRASIL, 2019). O financiamento federal de custeio passa a ser constituído por: captação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019). Essa nova forma de financiamento ameaça a autonomia dos gestores municipais, uma vez que, além do Projeto Previne Brasil, tem-se em vigência a Emenda Constitucional, nº 95 de 2016, que prevê o congelamento e a redução progressiva de repasse dos recursos federais para a saúde e educação por vinte anos. Tal medida sobrecarrega os municípios que são provedores de um terço do orçamento da saúde, contingente este que ultrapassa suas receitas. O repasse financeiro com base na captação de pessoas expressa a ideia de um sistema de saúde que deixa de ser universal e se configura em sistema de cobertura universal (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), rompendo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade previstos na Lei nº 8.080/1990.

Estima-se que, até 2036, deixarão de ser investidos no SUS 400 bilhões de reais, conforme Giovannella (2018), essas medidas esboçam os desejos do governo atual e sua reversão de prioridades, com conseqüente piora das condições do fazer saúde, e sucateamento do SUS, por meio do subfinanciamento estrutural, posto que o financiamento federal é parte fundamental das engrenagens desse sistema, agravando as desigualdades e vulnerabilidades presentes na sociedade brasileira.

A expansão da ESF nas últimas décadas no século XXI se deu, em parte, pelo incentivo financeiro ao longo do tempo. Estima-se que, em 2017, o território nacional continha 41 mil ESF em 98% dos municípios (com mais de 5.400 habitantes), em contrapartida, o gasto público em saúde no Brasil correspondia a cerca de 4% do PIB, enquanto em países desenvolvidos – com sistemas de saúde universais – o valor corresponde a aproximadamente 8% do PIB (GIOVANELLA, 2018). É importante destacar ainda que o financiamento em saúde corrobora para a ampliação e consolidação da AB, e que diversos foram os avanços percebidos, tais como, a contribuição da AB na melhoria das condições de saúde da população; na diminuição das desigualdades regionais, na ampliação e facilitação do acesso (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Após a NOB 96, o Ministério da Saúde aprovou a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que ampliou o escopo e a concepção de AB, segundo Melo et al. (2018), ela incorporou em seu texto os atributos de uma APS abrangente, e trouxe a Saúde da Família como reorganizadora da AB. Com vistas à superação do subfinanciamento, a dificuldade de contratação de profissionais médicos e a infraestrutura inadequada que se dava junto a expansão da ESF e Equipes de Saúde Bucal (ESB), que culminou com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo assim, tem-se no ano de 2011, a reformulação desta política, que buscou superar tais fragilidades.

A PNAB 2011, expressa e organiza o território e o vínculo dos usuários com uma equipe de referência, versa sobre a qualificação da formação em saúde, contemplando também atividades de educação permanente e apoio matricial. Ela regulamenta os consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE), ainda, incorporou as ESF ribeirinhas e fluviais, também passou a reconhecer que a AB se articulava com os demais níveis do sistema. Ela descreve os princípios por meio dos quais a AB deve se orientar, sendo eles: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. (FONTENELLE, 2012).

A última reformulação da PNAB foi permeada pelo discurso de eficiência econômica do Ministro da Saúde, que aspirava a criação de planos privados populares de saúde. Em meio a este contexto, tem-se a nova PNAB, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de outubro de 2017, que revisa as diretrizes para a organização da AB. Alguns autores apontam as discontinuidades, flexibilização e agregações da PNAB 2017, tais como: redução do número de ACS e unificação das ações com as de enfermagem ( aferição da pressão arterial, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos); diminuição da carga horária mínima dos profissionais; mudanças na territorialização; quantitativo de pessoas por equipes; e supressão das atividades de educação permanente e apoio matricial. Melo et al. (2018) visualizam essas flexibilizações como uma forma de descontinuidade das ações desenvolvidas no campo da AB.

Embora existam inúmeros desafios para a consolidação da AB, tem-se a ESF como um modelo de atenção capaz de gerar impactos positivos no setor saúde. Conforme Arantes; Shimizu e Hamam (2016), a ESF propiciou a ampliação dos cuidados primários no Brasil e favoreceu o desenvolvimento e a institucionalização de processos avaliativos. Este modelo

também se mostrou pertinente no que se refere à promoção da equidade, além de ampliar o acesso aos serviços nas áreas periféricas e rurais (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Ademais, o seu enfoque multidisciplinar possibilita a ampliação do olhar sobre o sujeito, gerando potencialidades na assistência à saúde da comunidade. Ao analisar as contribuições da AB no âmbito da saúde, Arantes; Shimizu e Hamam (2016) destacam o aumento do número de consultas de pré-natal, puericultura, assistência domiciliar, busca ativa, educação e promoção em saúde, assim como a diminuição de internações hospitalares por condições sensíveis a AB, e a extensão da cobertura de assistência em saúde bucal, como os grandes impactos produzidos pela AB no Brasil.

### 3.2 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS DIVERSAS ABORDAGENS

A ampliação do acesso aos serviços de saúde no cenário nacional se dá gradativamente, e a universalização da atenção à saúde que traz consigo a ideia do direito a saúde ainda mantém seu caráter excludente, uma vez que, para parte da população existem barreiras efetivas para o acesso aos serviços de saúde, sejam estas de oferta ou demanda.

No SUS para que as unidades de saúde sejam resolutivas elas devem se organizar para assumir a função central de garantir o acesso dos usuários aos serviços, escutar e ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e/ou de minimizar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que, esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede, sendo necessário qualificar para assistência prestada ao usuário (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O Atributo de Acesso de Primeiro Contato constituídos pela acessibilidade e o acesso, o qual diz respeito a utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema, seja em condições crônicas ou agudas. Algumas vezes, acesso e acessibilidade são apresentados como sinônimos, porém, eles têm definições distintas, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam as pessoas chegarem aos serviços, se relaciona à oferta e capacidade dos serviços de responderem às demandas de saúde da população, enquanto o acesso traduz a não limitação da entrada aos serviços de saúde, é a forma como os usuários percebem a acessibilidade (AMARAL et al., 2012).

A acessibilidade precisa ser analisada sob três perspectivas, sendo elas: disponibilidade, comodidade e aceitabilidade. A disponibilidade diz respeito a obtenção da atenção adequada

do usuário em situações crônicas ou agudas. A comodidade está relacionada com o tempo de espera para atendimento, os horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, entre outros. A satisfação do usuário referente ao tipo de atendimento e aos profissionais responsáveis pelo atendimento, estando relacionada à aceitabilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Acesso e acessibilidade, quando relacionados ao primeiro contato, apresentam significados distintos ainda que complementares, sendo um conceito polissêmico (AMARAL, 2012). No que se refere a avaliação da qualidade do acesso aos serviços de saúde tem-se uma complexidade no termo, com uma análise a partir de diferentes variáveis incorporando múltiplos aspectos de mensuração. O conceito de acesso é expresso no texto conforme Donabedian (1973); Ronald e Newman (1973) Aday e Ansenen (1974); Penchansky e Thoms (1981); Frenk (1985); Giovanella e Fleury (1995); Gold (1998); McIntyre, Thiede e Birch (2009); Jacobs et al. (2012).

Donabedian (1973), descreve a acessibilidade em *acessibilidade sócio-organizacional* e *acessibilidade demográfica*. A *acessibilidade sócio-organizacional* diz respeito de os recursos facilitam ou são barreiras para que o usuário utilize os serviços; e a *acessibilidade geográfica* envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para que o usuário obtenha assistência. Com base neste conceito fica explícito que o autor traz a necessidade de olharmos para o acesso transcendendo a vertente da igualdade, e sim ampliar a discussão, com base na singularidade dos sujeitos e equidade (LIMA et al., 2015).

Ronald e Newman (1973) enfatizam que as características individuais interferem no acesso à saúde, como, por exemplo a renda, a cobertura de saúde, a autonomia do cuidado e a estrutura social são vistas como determinantes a serem avaliados.

Aday e Ansenen (1974) tomam por base as características da população e disponibilidade organizacional e geográfica dos serviços de saúde para mensurar o acesso aos serviços. Centram-se nas características dos serviços ofertados (volume, distribuição, organização, entrada e estrutura); e características da população (predisposição, capacidade e necessidade). Neste panorama tem-se a satisfação como conveniência, custos, coordenação, coordenação, cortesia, informação e qualidade.

Penchansky e Thoms (1981) defendem que o acesso pode ser avaliado conforme expectativa/ satisfação do “cliente” ao utilizar o serviço, conforme o grau de interação entre as partes, a partir de cinco dimensões: disponibilidade; acessibilidade; acomodação; financiamento e aceitabilidade.



Frenk (1985) refere-se a capacidade dos usuários de utilizarem os serviços, ou seja, o seu “poder de utilização”. O autor elenca obstáculos que podem estar presentes na busca por atenção, sendo eles: obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais. Destaca que o “*poder de utilização*” diz respeito a forma como os usuários enfrentam estes obstáculos de acesso, podendo ser denominado domínio estreito quando o usuário obtém acesso aos serviços, porém não ocorre continuidade do cuidado; domínio intermediário é quando existe necessidade de buscar o serviços de saúde, ocorre a busca e tem-se continuidade no cuidado prestado, já o domínio amplo é quando além de necessidade de busca tem-se o desejo do usuário e também a continuidade da atenção.

Giovanella e Fleury (1995) apontam quatro dimensões para análise do acesso, sendo elas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão política é relativa a consciência sanitária e a organização social; econômica refere-se a oferta e demanda; técnica discorre sobre as maneiras de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários – suas dificuldades e organização – e a qualidade/ resolutividade do atendimento prestado; a dimensão simbólica volta-se às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários.

Gold (1998) considera que a efetividade, eficácia e eficiência devem ser levadas em consideração na avaliação da qualidade dos cuidados ofertados, tem-se como foco a satisfação dos usuários e baseia-se nos resultados. Como dimensão do acesso a disponibilidade refere-se as características do sistema; acessibilidade é referente a forma como os serviços se organizam para receber os usuários; e aceitabilidade corresponde a satisfação e continuidade do cuidado.

Mcintyre, Thiede e Birch (2009) apontam que os serviços de saúde devem estar disponíveis para a população no lugar certo e na hora certa, objetivando atender suas necessidades, sejam elas a localização dos serviços e o atendimento conforme a demanda do momento, nesta perspectiva o acesso é baseado na interação entre os entes envolvidos.

Jacobs et al. (2012) descrevem que acesso se constitui a partir de quatro dimensões, sendo elas: Disponibilidade, que trata das barreiras de oferta como horário de funcionamento dos serviços de saúde e a não qualificação dos profissionais; Acessibilidade, que descreve as barreiras de oferta, estas descritas como acessibilidade geográfica e acessibilidade de demanda. A acessibilidade geográfica corresponde a localização dos serviços e viabilidade econômica. Por acessibilidade de demanda têm-se os aspectos relacionados aos custos indiretos dos usuários na busca por assistência à saúde; Aceitabilidade traz como barreira de

oferta os custos e como barreira de demanda o conhecimento dos usuários frente as questões de saúde.

O estudo em tela utiliza como base teórica a concepção de acesso expressa por Donabedian (1973) e Giovanella e Fleury (1995) para avaliação do acesso aos serviços de Atenção Básica na 10ª CRS/RS.

### 3.3 AMPLIANDO SABERES FRENTE A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O conceito de avaliação ou do ato de avaliar é comum à maioria dos sujeitos, uma vez que, nossas ações são avaliadas diariamente, seja pelo próprio sujeito ou por atores externos. Com o passar do tempo foram estruturados os processos avaliativos no campo das políticas de saúde, pois ela corresponde à mensuração da eficiência, eficácia e efetividade de diversos itens presentes nos serviços públicos, produz informações referentes a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Guba e Lincoln (1989) sistematizaram o processo histórico da avaliação de programas e serviços de saúde dos EUA, uma vez que, a avaliação surge de diversos movimentos com a construção e reconstrução de processos, os quais resultam de inúmeras influências, passando a ser "aprimorada" na medida em que é consolidada, com base nesta perspectiva os autores sistematizam a avaliação em quatro estágios, descrevendo-a em períodos chamados de geração.

Entre as décadas de 10 e 30 do século XX tem-se a avaliação de *primeira geração*, que surgiu no âmbito escolar, objetivando mensurar a inteligência e determinar o progresso escolar, tendo como objeto de avaliação os estudantes, quem exercia a função de avaliar era técnico responsável por desenvolver os instrumentos de medidas. Contudo mostrou-se ineficiente, fato este que foi observado pelas deficiências existentes nos currículos, deixando de ser direcionada unicamente para os estudantes e ampliando seu foco para a avaliação dos currículos, este período é denominado *segunda geração* (GUBA; LINCOLN, 1989).

No estudo desenvolvido por Tyler (1942) modificou-se o pensar em avaliação – anteriormente centrado no indivíduo – para uma avaliação com foco no processo, contudo manteve-se o caráter mensuração do objeto a ser avaliado. Na década de 1960 identificou-se a necessidade dos processos avaliativos imprimirem também o julgamento, considerando os contextos, sendo assim, o avaliador passou a ser considerado um “juiz”, este período

denomina-se *terceira geração*, porém identificou-se pontos falhos neste processo, uma vez que, valorizou-se aspectos gerenciais; centralidade no julgamento de mérito e de valor; fragilidade da compreensão acerca dos contextos; e fragmentação das partes envolvidas (STAKE, 1967).

Guba e Lincoln (2011) destacam um estágio de negociação, denominado de *quarta geração* que corresponde a uma avaliação responsiva construtivista, a qual lança um olhar ampliado sob as múltiplas ações e possibilita interação entre os envolvidos, o foco dar-se-á nos grupos de interesse e se estabelece por meio de um processo interativo, posteriormente ela foi adaptada por Wetzel (2005), norteando o processo teórico-metodológico da pesquisa, como alternativa as avaliações anteriormente descritas.

Ao ampliar, o pensar e o fazer em avaliação, os pesquisadores creem que por meio de abordagens pluralistas torna-se possível a investigação social, com base nos diversos indivíduos e contextos envolvidos no processo, considerando as mudanças sociais a avaliação tem o papel de definir a prioridade das intervenções a serem realizadas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nota-se que são diversas as definições de avaliação e cada avaliador utiliza a que lhe cabe, na definição utilizada por Champagne et al., (2011) a avaliação requer fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, por meio de instrumentos que permitam extrair informações legítimas. O julgamento pode decorrer do resultado uma avaliação normativa (com base em critérios e normas) ou de uma pesquisa avaliativa. Para os autores a avaliação torna-se pertinente na medida em que apresenta capacidade de resolver problemas.

Por sua vez, Contandriopoulos et al., (2000) afirmam não ser possível empregar um único conceito para avaliação, contudo existe consenso entre os autores que avaliar consiste em emitir um julgamento de valor referente as ações desenvolvidas ou sobre sujeitos pertencentes ao processo, objetivando a tomada de decisão.

O resgate histórico nos mostra que os processos avaliativos passaram por constantes mudanças nas últimas décadas, todas objetivando a qualificação de métodos e abordagens. A avaliação passou a produzir conhecimento, uma vez que, é capaz de mensurar, controlar, administrar e definir prioridades (SAMICO et al., 2010).

No que se refere avaliação – no campo da saúde – ela apresenta como objetivo ser resolutiva e, por meio das informações sistematicamente produzidas, gerar conhecimentos que sirvam de base para futuras mudanças nas práticas assistenciais e gerenciais, sendo indispensável para o planejamento das ações a serem desenvolvidas no contexto micro e

macro, pressupõe selecionar problemas relevantes, medir atributos na busca de soluções ou redução de fragilidades e fomentar processos de análise e formulação de condutas (BOSSI; MARTINEZ, 2011).

O desenvolvimento contínuo de atividades de avaliação nos permite detectar e corrigir precocemente aspectos vulneráveis, qualificando os serviços prestados. Nesta ótica de avaliação dos serviços de saúde, Donabedian (2003) elaborou um sistema de indicadores conhecido como Tríade de Donabedian, composta por três elementos, sendo eles: Estrutura, Processo e Resultado, objetivando sistematizar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Como indicador de qualidade a Estrutura desenvolve-se a nível institucional e compreende a análise dos elementos estáveis da instituição e das características imprescindíveis ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se recursos humanos, recursos materiais (permanentes e de consumo) e recursos de utilidade pública.

A avaliação de Processo tem como foco as atividades prestadas na assistência, a competência clínica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento. O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, *satisfação* de padrões e de expectativas. É o resultado da utilização da capacidade do serviço, ou seja, da relação entre profissional, usuário e serviço/rede de saúde (DONABEDIAN, 2003).

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde considera a avaliação em saúde parte de um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, desta forma torna-se peça fundamental para o planejamento e monitoramento dos programas e políticas de saúde, demandando bases da economia, epidemiologia, prática clínica e das ciências sociais. Consiste na coleta sistemática de informações, assim como, análise e emissão de julgamento, contribuindo para a melhoria social, aperfeiçoando a tomada de decisões e visando a melhoria do bem-estar coletivo (TANAKA, 2011).

A avaliação é ferramenta importante, e para realizá-la existem dois modelos avaliativos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A avaliação normativa requer o julgamento a respeito de uma determinada intervenção, com base na estrutura, processo e resultado, obtidos por meio de critérios e normas pré-estabelecidas (HARTZ, 1997). Ela tem como propósito auxiliar gestores e profissionais na tomada de decisões, os avaliadores, na maioria das vezes, estão diretamente envolvidos com o programa a ser avaliado (avaliadores

internos), com critérios e normas pré-estabelecidos, analisando estrutura, processo e resultado (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A pesquisa avaliativa visa realizar o julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos válidos e reconhecidos, na perspectiva dos mais variados sujeitos envolvidos no processo. A pesquisa avaliativa consiste na análise da *pertinência* observando se a intervenção empregada converge com o problema a ser solucionado; na análise dos *fundamentos teóricos* os quais analisam a existência de adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, descrita como análise lógica; na análise da *produtividade* a qual corresponde a relação entre os recursos empregados e os serviços gerados; na análise do *efeito* que implica na investigação acerca da influência dos serviços no estado de saúde dos sujeitos que os utilizam; na análise do *rendimento* o qual diz respeito a utilização dos recursos e os efeitos obtidos (CAMPOS; FURTADO, 2011).

O estímulo as práticas de avaliação em saúde deu-se após a Declaração de Alma Ata, momento em que foi incluída como parte do processo de gestão sanitária, a fim de alcançar à “Saúde para todos nos anos 2000” (OMS, 1981). É válido destacar que neste período no Brasil se tinha um Estado autoritário, onde suas políticas sociais não eram submetidas à avaliação, e também a sociedade não tencionava o governo acerca de seus direitos, bem como a não transparência das políticas e programas públicos (MENDONÇA et al., 2018).

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF/88), que assegura os direitos sociais, dentre eles à saúde e a institucionalização do SUS com a Lei 8.080 de 1990, a avaliação em saúde passou a ser objeto de interesse de gestores do SUS e de pesquisadores das universidades, uma vez que ela passa a integrar a agenda sanitária, enfatizando o planejamento em saúde (PAIM; ALMEIDA, 2014).

As propostas oriundas da CF/88 foram implementadas inicialmente com auxílio de agências internacionais de financiamento, teoricamente objetivando o desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS, as quais passam a impor a sua agenda em detrimento dos interesses nacionais. O Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) constituíram-se em operadores da hegemonia das nações centrais com poder financeiro para influenciar em maior grau na tomada de decisões (PAIM; ALMEIDA, 2014).

As agências internacionais passaram a exigir a avaliação dos programas sociais que captavam os recursos externos, o que por sua vez culminou na institucionalização de processos avaliativos no campo da saúde. No cenário nacional, na década de 1990 iniciaram

processos de avaliação no âmbito do SUS, a exemplo do Reforço e Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus) que visava captação de recursos financeiros e avaliação do processo de implementação das verbas destinadas ao setor e também o VigiSUS que visa a estruturação do setor de vigilância em saúde com ênfase na identificação e controle de epidemias (MENDONÇA et al., 2018).

Como exemplos recentes de interação entre gestores do SUS e pesquisadores de universidades foi instituído Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). O PROESF contou com financiamento do BIRD no processo de qualificação, consolidação e expansão da ESF (AKERMAN; FURTADO, 2015).

A descentralização das ações em saúde tornou possível a ampliação da AB e diversas foram as iniciativas de qualificação deste novo modelo assistencial, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Estratégia de Saúde da Família e o PMAQ-AB por meio da Portaria nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela portaria nº 1.645, o qual teve como objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção, a fim de permitir maior transparência e efetividade da AB (GIOVANELLA et al., 2018).

Destaca-se o caráter avaliativo do PMAQ-AB, motivo este que o torna uma estratégia de institucionalização da avaliação da AB no Brasil, pois consiste no julgamento das informações colhidas, possibilitando qualificar as práticas de cuidado e gestão, fortalecer as ações em saúde, fomentar a participação dos usuários no processo avaliativo; e a equidade de recursos financeiros da união, estados e municípios (FERREIRA et al., 2018). Ele busca “mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social” (BRASIL, 2011).

O PMAQ organiza-se em três fases, sendo eles: (1) adesão e contratualização, (2) avaliação externa e certificação e (3) recontratualização (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018). A avaliação externa é realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com instituições de ensino e/ou pesquisa do Brasil, esta etapa constitui-se na aplicação de um instrumento por avaliadores externos treinados previamente pelas instituições, nas unidades de saúde que aderiram ao programa (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB foi criado com a ideia de indução de ciclos (a cada dois anos), o primeiro ciclo do ocorreu em (2011/2012), o segundo em (2013/ 2014) e o terceiro ciclo (2017/2018) (UCHÔA et al., 2018). A avaliação externa do PMA/AB organiza-se em quatro

módulos, a saber: o *módulo I* corresponde a observação a unidade (estrutura, ambiência, instrumentos, materiais, equipamentos, etc.), o *módulo II* diz respeito a entrevista com os profissionais e verificação dos documentos, no *módulo III* é realizada a entrevista com os usuários, a fim de mensurar a satisfação e percepção sobre a unidade de saúde e o *módulo eletrônico* que consiste em um conjunto de informações que complementam os módulos anteriores. Após a avaliação externa dá-se a certificação das equipes, momento este que visa reconhecer o esforço coletivo dos profissionais dos serviços de saúde e gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2011).

Para Giovanella et al., (2018) o programa é de abrangência nacional, portanto deve considerar a diversidade dos cenários em que se insere, fato este que ilustra o desafio da avaliação em saúde, e principalmente o desafio de avaliar com base nas subjetividades dos contextos e sujeitos, posto que o Brasil é um país de extensão continental.

## 4. ESTADO DA ARTE

Este capítulo aborda o estado da arte no que tange a avaliação do acesso de primeiro contato na AB, por meio de uma Revisão Integrativa – em produções científicas disponíveis em periódicos online – a qual possibilitou reunir e organizar criticamente as produções sobre o tema e situar a presente pesquisa na produção do conhecimento brasileira.

### 4.1 AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA

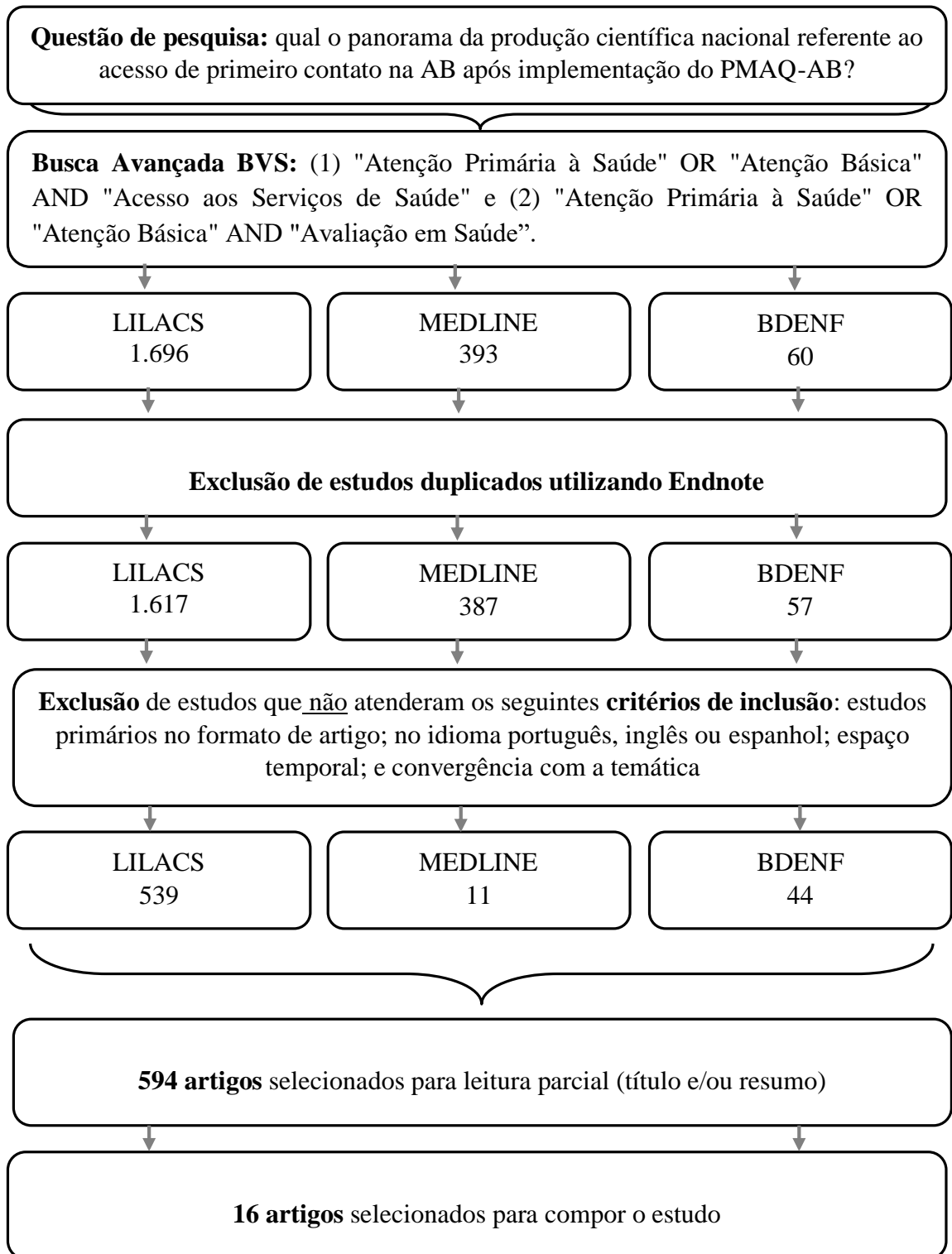
A Revisão Integrativa, aqui apresentada, foi elaborada conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008) operacionalizada em seis etapas, sendo elas: (1) estabelecimento do tema e questão de pesquisa; (2) definição dos critérios de exclusão e inclusão; (3) categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação. Por conseguinte, formulou-se a questão de pesquisa: “qual o panorama da produção científica nacional referente ao acesso de primeiro contato na AB após implementação do PMAQ-AB?”. A pesquisa ocorreu no mês de dezembro de 2019, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e na Biblioteca de Enfermagem (BDENF).

Posto isto, utilizou-se os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) “Avaliação dos Serviços de Saúde”, “Atenção Primária à saúde”, “Atenção Básica” e “acesso aos serviços de saúde” com busca nos campos referentes ao título, resumo e assunto. Foram realizadas combinações entre os quatro descritores selecionados, com uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Os resultados significativos e elencados foram: (1) "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" AND "Acesso aos Serviços de Saúde" e (2) "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" AND "Avaliação em Saúde”

A delimitação temporal deste estudo foi de 2011 a 2019, justificando-se pela Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011 que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A Revisão contemplou estudos que considerassem os seguintes critérios de inclusão: estudos primários no formato de artigo; no idioma português, inglês ou espanhol; espaço temporal; e convergência com a temática. Definiu-se como critérios de exclusão artigos duplicados, de acordo com a Figura 1.



Figura 01 – Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Santa Maria/ RS, 2020.



**Fonte:** elaborada pela autora. Santa Maria/RS, 2020.

Os artigos selecionados para compor o estudo foram lidos na íntegra e organizados em uma ficha documental, a fim de caracterizá-los, composta das seguintes variáveis: código identificado com a letra “A” de Artigo, seguido dos numerais (1 a 16), título, ano de publicação, região do estudo e abordagem metodológica, conforme quadro 01.

Quadro 01 – Ficha Documental. Santa Maria/RS, 2020.

<b>Cód</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano</b>	<b>Região</b>	<b>Abordagem</b>
<b>A.1</b>	Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil.	2018	Nordeste	Quantitativa
<b>A.2</b>	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do PCATool.	2019	Sudeste	Quantitativa
<b>A.3</b>	Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?	2016	Multicêntrico	Quantitativa
<b>A.4</b>	A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção.	2016	Nacional	Quantitativa
<b>A.5</b>	Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions.	2016	Sudeste	Quantitativa
<b>A.6</b>	Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços.	2014	Sudeste	Qualitativa
<b>A.7</b>	Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco.	2014	Nordeste	Quantitativa
<b>A.8</b>	Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde	2013	Sudeste	Qualitativa
<b>A.9</b>	Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil.	2012	Nordeste	Qualitativa
<b>A.10</b>	Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte.	2018	Nacional	Quantitativa

<b>A.11</b>	Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010.	2019	Sudeste	Quantitativa
<b>A.12</b>	Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil	2017	Nordeste	Quantitativa
<b>A.13</b>	Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.	2017	Nacional	Quantitativa
<b>A.14</b>	Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás	2015	Sudeste	Quantitativa
<b>A.15</b>	Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil	2015	Sudeste	Quantitativa
<b>A.16</b>	Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários	2013	Nordeste	Quantitativa

Fonte: Autores.

### Descrição dos Estudos

Dentre os estudos analisados, a região sudeste apresentou maior número de publicações sobre a referida temática (A2; A5; A6; A8; A11; A 14; A15), seguida da região nordeste (A1; A7; A9; A12; A16), e dos artigos (A3; A4; A10; A13) que pesquisaram o cenário nacional. No que concerne a abordagem metodológica utilizada nos artigos, o maior número foi de publicações quantitativas (A1; A2; A3; A4;A5;A7; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16). O nível de evidência dos estudos selecionados com base na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi nível 5, que corresponde a relatórios de casos ou dados obtidos de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas (GALVÃO, 2006).

Com o propósito de realizar análise, organizou-se os estudos em uma ficha de extração de dados, contendo o código, objetivos do artigo e síntese dos resultados, conforme quadro 02. A análise dos dados deu-se de forma qualitativa, para assim, descrever os achados e traçar o panorama da produção científica nacional referente ao acesso de primeiro contato na AB após implementação do PMAQ-AB.

Quadro 02 – Extração de Dados. Santa Maria/RS, 2020.

<b>Cód</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Síntese dos Resultados</b>
<b>A.1</b>	Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na cidade de Fortaleza/CE utilizando o PCATool.	O acesso de primeiro contato ao ser avaliado apresentou o menor escore entre os atributos.
<b>A.2</b>	Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde oferecidos às crianças de um pequeno município rural e a viabilidade de usar o PCATool-Brasil como ferramenta rotineira de avaliação de qualidade.	Apesar de os responsáveis considerarem o centro de saúde a porta de entrada no sistema de saúde e o usarem muito frequentemente, eles avaliaram a acessibilidade como baixa.
<b>A.3</b>	Analisar a influência de indicadores contextuais no desempenho dos municípios ao acesso potencial à Atenção Primária à Saúde no Brasil.	Fragilidade nos estratos de municípios menores confirmando iniquidades no acesso potencial à APS no Brasil.
<b>A.4</b>	Analisar a produção de consultas e encaminhamentos médicos e das equipes da estratégia saúde da família realizados na atenção básica no Brasil, com o enfoque no Programa Mais Médicos (PMM)	O PMM expandiu o acesso aos serviços de saúde nas regiões com maior vulnerabilidade social, contribuindo para a consolidação da atenção básica em todo o território brasileiro.
<b>A.5</b>	Avaliar a APS na perspectiva de pacientes internados por Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).	Verificou-se que o PSF era mais qualificado para estabelecer a longitudinalidade na comunidade, uma dimensão importante para o cuidado continuado. No entanto, promover o acesso e consolidar um modelo de atendimento proativo focado na família mostra ser um grande desafio para a implementação de APS de qualidade e resolutividade em grandes centros urbanos.
<b>A.6</b>	Analisar e compreender as razões para a ocorrência das internações sensíveis segundo os usuários.	A organização do sistema de saúde, de forma hierarquizada e piramidal, pode ser um dos aspectos importantes para a fragilidade do acesso. Constituindo-se como fator importante

		de restrição do papel da atenção primária em reduzir ou até mesmo impedir a ocorrência destas internações.
<b>A.7</b>	Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.	Observou-se a expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica. Porém, as unidades ainda apresentam dificuldades na acessibilidade sócio-organizacional.
<b>A.8</b>	Analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família.	Os profissionais demonstraram acreditar que é possível melhorar as condições de trabalho e conseqüentemente da oferta de serviços. O tipo de atendimento e sua complexidade fazem a diferença no tempo de espera e na capacidade de resposta do sistema implicando na qualidade do acesso.
<b>A.9</b>	Analisar a acessibilidade de famílias negras de bairro popular aos serviços de atenção básica à saúde.	Acesso problemático, permeado pela demora no atendimento, falta de compromisso dos profissionais de saúde, omissão dos gestores no controle e correção dessas situações.
<b>A.10</b>	Descrever aspectos do acesso do usuário às unidades de Atenção Primária à Saúde de municípios brasileiros de pequeno porte.	A região Nordeste foi mais caracterizada por não realizar a marcação de consulta, pelo fato de o horário de funcionamento não atender às necessidades dos usuários e por não funcionar em todos os dias da semana. As regiões Sul e Sudeste apresentaram características semelhantes relativas ao funcionamento das unidades durante todos os dias da semana, ao horário de funcionamento atender às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. As regiões Norte e Centro-Oeste assemelharam-se quanto ao maior tempo gasto para acessar as unidades e ao grau de dificuldade desse acesso.
<b>A.11</b>	Analisar os fatores associados à percepção da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) por idosos.	Idosos com 80 anos ou mais, as mulheres e aqueles de maior escolaridade avaliaram melhor o acesso e a longitudinalidade
<b>A.12</b>	Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no	Os resultados apontam para a diminuição de barreiras e ampliação do acesso da população

<p>município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil</p>	<p>aos serviços de saúde, bem como, maior organização da porta de entrada do sistema. As mudanças apresentadas após a implantação da ESF nos bairros se refletem na satisfação dos usuários, o que legitima a organização do sistema de saúde com base em uma atenção primária abrangente.</p>
<p><b>A.13</b> Identificar os principais fatores que influenciam na Satisfação do Usuário com os serviços de Atenção Básica por regiões do Brasil. Utilizando dados secundários do 1º Ciclo do PMAQAB</p>	<p>Os fatores influenciadores da satisfação dos usuários da AB variam de acordo com a região e estão relacionados principalmente com a qualificação do acesso, ao atendimento das necessidades dos usuários e aos aspectos do processo de trabalho.</p>
<p><b>A.14</b> Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica no estado de Goiás.</p>	<p>Ausência de sala de acolhimento em 68,5% das unidades de saúde e de consultórios clínicos em 2% dos locais dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica em Goiás. Com relação ao horário e turno de funcionamento, verificou-se que 86% das unidades atendem cinco dias na semana em turnos de oito horas, não favorecendo a acessibilidade do usuário.</p>
<p><b>A.15</b> Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Quatá-Sp.</p>	<p>Identificou-se a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços de APS, com possíveis adequações a serem realizadas no horário de funcionamento das unidades de saúde; facilitar o acesso e o agendamento de consultas.</p>
<p><b>A.16</b> Avaliar o acesso aos serviços de saúde na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.</p>	<p>O acesso foi a dimensão pior avaliada e o não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram suas principais dificuldades. A avaliação dos gestores e profissionais quase sempre divergiu com a dos usuários, sendo a avaliação dos gestores predominantemente mais favorável.</p>

Fonte: Autores.

Os estudos mostram que a avaliação do acesso de primeiro contato no cenário nacional dá-se comumente pela aplicação do instrumento PCATool/Brasil e análise dos resultados oriundos do PMAQ-AB. Tem-se como sujeitos envolvidos nos processos avaliativos gestores, profissionais e usuários.

Nessa perspectiva, os estudos selecionados foram divididos em três categorias temáticas: (1) Influência da qualidade do acesso à Atenção Básica na diminuição das iniquidades na saúde; (2) Barreiras visualizadas na avaliação do acesso de primeiro contato e sua repercussão na assistência à saúde; e (3) Fatores que influenciam na satisfação do usuário e na qualidade do acesso de primeiro contato. Com o intuito de organizar as publicações que compõem o estudo de revisão, nas suas respectivas categorias temáticas, criou-se um quadro expositivo (quadro 3).

Quadro 3 – Categorias temáticas. Santa Maria/RS, 2020

<b>Categorias</b>	<b>Artigos</b>
Influência da qualidade do acesso à Atenção Básica na diminuição das iniquidades na saúde.	A4; A5; A6; A7; A9 A12.
Barreiras visualizadas na avaliação do acesso de primeiro contato e sua repercussão na assistência à saúde	A1; A2; A3; A 14; A15; A16
Fatores que influenciam na satisfação do usuário e na qualidade do acesso de primeiro contato.	A8; A10; A11; A13.

Fonte: autores.

## **Discussão**

**Categoria 1-** Influência da qualidade do acesso à Atenção Básica na diminuição das iniquidades na saúde.

Como aspecto a ser destacado no que tange a qualidade do acesso à AB e sua relação com a diminuição das iniquidades, no âmbito da saúde, tem-se a necessidade de ampliar a oferta aos serviços de saúde, por meio da consolidação da AB. Rehem, Ciosak e Egry (2014) sugerem que os serviços de AB têm de se responsabilizar pela assistência à saúde dos usuários, com base na complexidade que lhes cabe, uma vez que, a não obtenção do acesso aos serviços de AB faz com que o usuário transite na RAS em busca de assistência.

O acesso à AB e, conseqüentemente, à consulta médica, foi ampliado por meio do Programa Mais Médicos, com ênfase em municípios com maior vulnerabilidade socioeconômica, dessa forma Lima et al. (2016) destacam o potencial que o programa apresentou para diminuir as desigualdades de acesso à AB, convergindo com a busca pela universalidade e equidade.

Destaca-se que, além da ampliação da oferta, considera-se relevantes mecanismos que oportunizem o acesso aos serviços de AB, para Albuquerque et. al., (2014) o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade é uma ferramenta importante para romper as desigualdades na saúde, constituindo-se como um dispositivo de inclusão dos usuários, em razão de não limitar a assistência aos grupos populacionais específicos, indo além das atividades programáticas. Ao falarmos sobre dispositivos de inclusão se faz necessário pensar nos sujeitos que utilizam os serviços de AB e de quais maneiras se dão as desigualdades de acesso.

As iniquidades sanitárias são percebidas, à medida que, os usuários referem que a infraestrutura e organização do acesso se dão de maneira deficitária quando os serviços se encontram na periferia das cidades, sendo esta uma relação entre classe social e acesso aos serviços de saúde. Outro recorte a ser feito é o racismo atrelado às condições de pobreza, ao avaliar a acessibilidade de famílias negras aos serviços de AB. Trad, Pfeiffer e Guimarães (2012) perceberam no discursos dos usuários manifestações de estigmas, discriminação social e religiosa. Portanto, pode-se inferir que a qualificação do acesso deve ser pauta das ações de planejamento, monitoramento e avaliação da AB, em razão de seu caráter inclusivo ou excludente na obtenção da atenção à saúde.

Estudo desenvolvido por Cruz et al. (2017) aponta que, após a implantação da ESF, ocorreu uma diminuição nas barreiras de acesso aos serviços de AB, aumentando assim o vínculo entre equipe e usuários. Como consequência de tais fatos tem-se a qualidade da atenção, visto que, o vínculo é parte fundamental na ampliação da efetividade das ações em saúde e oportuniza a autonomia dos sujeitos. No entanto, Sá et al. (2016) sugerem que promover o acesso e consolidar a ESF é um desafio nos grandes centros urbanos, mostrando-se como algo a ser superado, pois as limitações do acesso geram desigualdades no campo da saúde e resultam, por vezes, no aumento de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAP) e prevalência de hospitalização.



**Categoria 2-** Barreiras visualizadas na avaliação do acesso de primeiro contato e sua repercussão na assistência à saúde.

No que se refere a avaliação do acesso, diversos estudos realizados no cenário nacional apontam para as barreiras existentes e o efeito que provocam na atenção à saúde. As dificuldades de acesso aos serviços de AB ferem o princípio da Universalidade. O estudo avaliativo realizado por Rolim et al. (2019), em Fortaleza/CE, com profissionais das áreas de enfermagem, medicina e odontologia utilizando o instrumento PCATool – versão Brasil apontou como negativo este atributo do acesso. Ao utilizar o instrumento PCATool – versão Brasil para avaliar a qualidade dos serviços de AB ofertados às crianças, Ponett et al. (2019) também evidenciaram o acesso de primeiro contato como insatisfatório na perspectiva do usuário, porém, quando aplicado aos profissionais o atributo é visto como satisfatório.

Dentre os estudos que compõem a presente revisão de literatura, alguns utilizam como instrumento de avaliação da AB o PCATool- Brasil, porém alguns pesquisadores apontam que mesmo após a validação no Brasil o instrumento apresenta fragilidades, no que se refere a avaliação do acesso de primeiro contato. Salienta-se que algumas variáveis não condizem com a maneira que as unidades de saúde são organizadas, como por exemplo: não é preconizado que os serviços de AB estejam abertos aos sábados e domingos e o uso de telefone para aconselhamento, ao fazer parte do instrumento de avaliação, estas questões influenciam no resultado negativo. Aponta-se que o contexto de criação inicial deste instrumento difere da realidade das equipes de AB do Brasil, portanto, com base nessas premissas, Rolim et.al. (2019) sugerem a revisão do instrumento, a fim de contemplar questões pertinentes ao cenário em que está sendo aplicado.

Ao avaliar a acessibilidade nos serviços de AB no estado de Goiás, Ribeiro et. al. (2015) também apontam que o acesso foi avaliado como insatisfatório pelos usuários e destacam que os aspectos que causam insatisfação correspondem aos dias de funcionamento das unidades e os turnos de atendimento. Fracolli et. al., (2014) por sua vez, expõe dificuldades de acesso relacionadas à organização dos serviços de AB, agendamento de consultas, tempo de espera para ser atendido e informações via telefônica, estes fatos suscitam o questionamento frente as demandas dos usuários, no que se refere aos acesso à AB.

A insatisfação dos usuários refere-se, principalmente ao não funcionamento das unidades nos finais de semana e após às 18 horas. Esta forma de funcionamento não condiz com a realidade dos sujeitos que trabalham em horário comercial, visto que a divergência

entre o que é ofertado pelos serviços de AB e as demandas do usuário denotam a necessidade de adequação com base no perfil da população. Reis et al. (2013) ressaltam que além do horário, o tempo de espera pela consulta resulta em alto grau de insatisfação.

**Categoria 3** - Fatores que influenciam na satisfação do usuário e na qualidade do acesso de primeiro contato.

No que se refere ao acesso sócio-organizacional, para Barbosa et al. (2013) os serviços devem se organizar para atender as demandas dos usuários, e os profissionais são parte fundamental dessa organização. Destaca-se que, quando empregado com postura e técnica, o acolhimento torna-se uma prática positiva no fortalecimento do acesso aos serviços de AB. A postura profissional na busca por resolutividade mostra-se fundamental no emprego do acolhimento, uma vez que, a escuta e o diálogo potencializam a relação usuário-profissional e favorecem a atenção à saúde voltada as reais necessidades dos sujeitos. Ao contemplar desde a questões interpessoais, torna-se possível a qualificação do acesso e, por conseguinte, a satisfação do usuário.

Augusto et al. (2019) destacam que, referente aos aspectos individuais que influenciam no acesso à AB, tem-se o grau de escolaridade – podendo o mesmo influenciar na capacidade do usuário obter, compreender e comunicar informações – e a situação econômica dos usuários. Ao se reportar a satisfação do usuário, Carvalho et al. (2018) apontam que a descentralização e localização dos serviços de AB no território dos usuários é percebida de forma positiva. Nos municípios brasileiros de pequeno porte populacional, 80% dos usuários estão satisfeitos com a distância entre sua residência e o serviço de AB de referência

Estudo de Protásio et al. (2017) difere ao discorrer sobre a satisfação do acesso à AB estar relacionada com a distância da casa do usuário até a unidade de saúde, e que as dificuldades de acesso diminuem em até 80% as chances de satisfação do usuário com os serviços de AB. Conforme indica Santos et al. (2010), estão atrelados a satisfação do usuário aspectos como boa localização dos serviços de AB, a distância entre o domicílio e a unidade de saúde, o tempo empregado no deslocamento e a não utilização dos meio de transporte.

### **Limitações do estudo**

Como limitação do estudo, tem-se o quantitativo reduzido de publicações que avaliam a AB na perspectiva do acesso de primeiro contato, principalmente no que se refere às estratégias utilizadas para minimizar as barreias de acesso existentes. Isso demonstra uma

lacuna do conhecimento, suscitando a necessidade de realização de estudos que abordem tais aspectos e ofereçam subsídios para o aperfeiçoamento da AB.

### **Contribuições para enfermagem, saúde e políticas públicas.**

Este estudo objetiva contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do acesso aos serviços de AB por meio dos resultados obtidos, uma vez que, os mesmos podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática, que tenham como objetivo qualificar o acesso aos serviços de AB, a partir dos diferentes núcleos profissionais que atuam na AB.

### **Conclusões do estudo**

Os achados deste estudo de revisão apontam que os aspectos que influenciam na satisfação do usuário frente aos serviços de saúde apresentam variações conforme a região estudada, sendo pertinente a avaliação *in loco* para qualificação dos serviços.

Ao adotar ações centradas no usuário, os serviços de saúde devem ampliar a capacidade de acolher as demandas do usuário, incorporando tecnologias leves, sendo o vínculo e o acolhimento peças fundamentais para o aprimoramento das relações interpessoais e qualificação do acesso à AB, conforme apontam os estudos que compuseram a presente revisão de literatura.

No que se refere ao panorama das publicações científicas acerca da avaliação do acesso à AB no cenário nacional, percebeu-se a influência do PMAQ-AB na análise dos serviços, contudo, as publicações ainda carecem de uma abordagem que transcenda o ato de apenas avaliar e atribuir valores numéricos, mas sim que seja capaz de traçar estratégias e criar proposições frente aos aspectos deficitários.

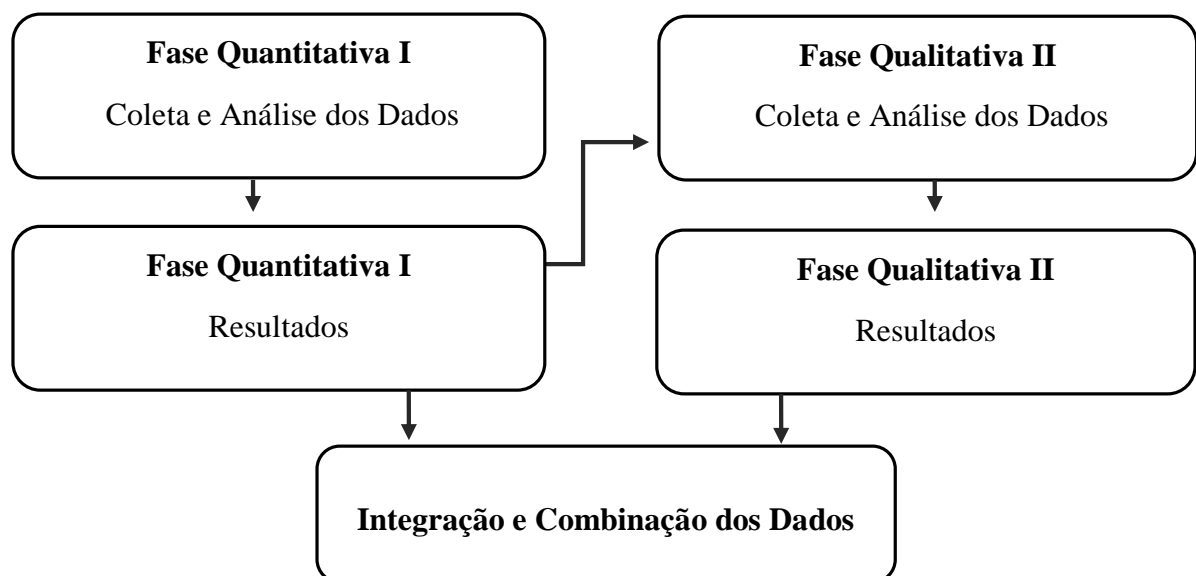
## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, será descrito o método proposto para a pesquisa. Está constituído pelo tipo de estudo, cenário do estudo, participantes, amostra, forma de coleta e análise dos dados, critérios de inclusão e exclusão, bem como os procedimentos éticos.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de métodos mistos, que combina elementos de abordagem quantitativa e qualitativa para extrair significados e proporcionar melhor entendimento do problema de pesquisa (GREENE, 2007). Para Creswell e Clark (2013), os métodos mistos se constituem como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O tipo de método misto presente nesse estudo é o Projeto Sequencial Explanatório, QUAN → qual, que ocorre em duas fases distintas, conforme a figura 02.

Figura 02- Delineamento do Estudo - Projeto Sequencial Explanatório. Santa Maria/RS, 2020.



Fonte: Adaptado de CRESWELL; CLARK, 2013.

A figura acima ilustra as fases do Projeto Sequencial Explanatório, o qual teve início com a coleta e análise dos dados quantitativos, seguido da coleta e análise dos dados qualitativos, com o objetivo de, por meio dos dados qualitativos, explicar os resultados da

etapa anterior – quantitativa. Conforme Santos et al. (2017), a combinação dos dados se dá quando os resultados quantitativos e qualitativos estão fundidos e são capazes de gerar informações pertinentes ao objeto avaliado. Neste estudo, os resultados foram compilados após o final das duas fases e encontram-se na discussão.

### **5.1.1 Fase I – Abordagem Quantitativa**

Contemplou a abordagem quantitativa que, segundo Gil (2017) permite a quantificação dos dados da pesquisa, com análise objetiva. Foi realizada a partir de dados secundários oriundos do banco de dados público do PMAQ-AB, disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que buscou descrever o objeto em estudo, ou seja, identificar as unidades de Saúde da 10ª CRS/RS que apresentaram indicadores positivos quando avaliado o acesso de primeiro contato.

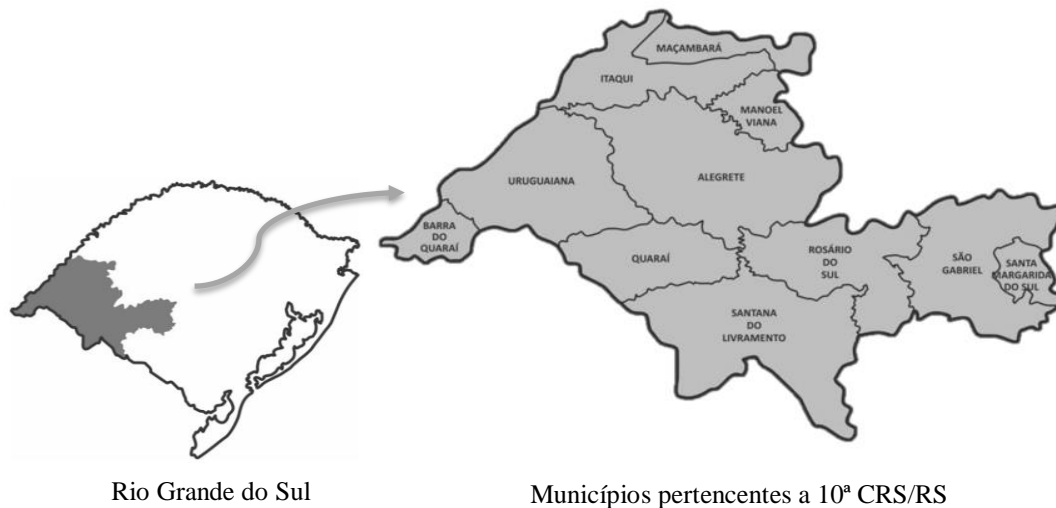
### **5.1.2 Fase II – Abordagem Qualitativa**

Foi desenvolvida após a fase I e refere-se à abordagem qualitativa, na qual foi desenvolvida a pesquisa de campo. Apresenta como objetivo analisar, por meio da percepção dos coordenadores das equipes de AB, os elementos/aspectos presentes nas unidades de saúde que obtiveram os indicadores mais satisfatórios referentes ao acesso de primeiro contato na AB. Esta ocorreu com o propósito de aprofundar a compreensão dos resultados da fase inicial, ou seja, por meio de elementos qualitativos, buscou-se explicar os resultados quantitativos. Segundo Minayo (2014), a pesquisa ou abordagem qualitativa trabalha com as singularidades e o universo de significados (crenças, valores, aspirações e motivos), constituída de fases interdependentes.

## **5.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo deu-se nos serviços de AB da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS), que integra a 3ª Região de Saúde/RS, cuja população residente está estimada em 465.038 habitantes (IBGE, 2010), com sede em Alegrete/RS. A 10ª CRS/RS é composta por 11 municípios, sendo eles: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana, distribuídos territorialmente conforme a figura 03.

Figura 03 – Dimensão territorial 10ª Coordenadoria Regional de Saúde.



Fonte: autores.

A Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul faz divisa com a República Oriental do Uruguai e com a República Argentina, possui fronteiras terrestres e fluviais. As cidades de Itaqui e Uruguai localizam-se na fronteira com a Argentina, já Quaraí e Sant’Ana do Livramento fazem fronteira com o Uruguai, e a cidade de Barra do Quaraí localiza-se na tríplice fronteira do Brasil com o Uruguai e a Argentina.

A densidade demográfica da região é de 12 hab./km<sup>2</sup>, sendo que 10,8% da população reside na zona rural e 89,2% na zona urbana. A taxa de analfabetismo é de 5,4% e 33,5% da população possui renda menor que ½ salário mínimo. A principal fonte de renda é a agropecuária, e o PIB da região é de R\$ 8.717.502,60 (IBGE, 2010).

No que se refere ao campo da saúde, as três principais causas de internações hospitalares são: doenças do aparelho respiratório (15,1%), gravidez, parto e puerpério (15%) e doenças do aparelho digestivo (12,9%), sendo 22,7% ICSAB. As principais causas de óbito nessa região são: doenças do aparelho circulatório, seguida de neoplasias e doenças do aparelho respiratório (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A 10ª CRS/RS apresenta 66,17% de cobertura de ESF, com estimativa de 314.482 habitantes atendidos por ESF e 79,78 % de cobertura de AB, com estimativa de 379.198 habitantes com cobertura de AB. A cobertura estimada segundo município está descrita na tabela 01.

Tabela 01 – Cobertura de ESF e UBS dos municípios pertencentes à 10ª CRS/RS. Santa Maria/ RS, 2020.

<b>Município</b>	<b>Nº de Habitantes</b>	<b>Cobertura de ESF</b>	<b>Cobertura de AB</b>
<b>Alegrete</b>	74.173	93,03%	97,07%
<b>Barra do Quaraí</b>	4.202	100%	100%
<b>Itaqui</b>	37.757	45,69%	76,91%
<b>Maçambará</b>	4.613	74,79%	74,79%
<b>Manoel Viana</b>	7.291	94,64%	100%
<b>Quaraí</b>	22.771	90,91%	90,91%
<b>Rosário do Sul</b>	39.535	43,63%	59,34%
<b>Santa Margarida do Sul</b>	2.545	100%	100%
<b>Santana do Livramento</b>	77.763	44,37%	76,19%
<b>São Gabriel</b>	62.061	94,50%	100%
<b>Uruguaiana</b>	127.079	53,21%	67,68%

Fonte: (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Desta forma, pode-se observar que quatro municípios possuem 100% de cobertura de AB, e apenas um município apresenta menos de 60% de cobertura. Conforme o Plano Estadual de Saúde (2016-2019) as prioridades de saúde desta região são: a qualificação das equipes de APS; redução da mortalidade infantil; e redução da incidência de doenças infectocontagiosas, com ênfase na sífilis.

### 5.3 FONTES DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO

#### 5.3.1 Fase I – Fonte de dados do estudo

Utilizou-se dados secundários como fonte de dados do estudo, sendo composto pelas variáveis de avaliação da qualidade do acesso presentes no módulo III do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB. As variáveis elencadas para compor o estudo integram um banco de dados de domínio público, descritas no quadro 04 e organizadas com base nos indicadores na tríade de Donabedian (1973).

Quadro 04 – Variáveis de avaliação da qualidade do acesso, módulo III PMAQ-AB. Santa Maria/ RS, 2020.

<b>Acesso à Unidade de Saúde – Indicador de Estrutura</b>	
A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?	Sim
	Não
	Não sabe
O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do (a) senhor (a)?	Sim
	Não
	Não Sabe
<b>Acesso aos serviços de saúde: marcação de consultas - Indicador de Processo</b>	
A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?	Sim
	Não
	Não sabe
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	Sim
	Não
	Não sabe
Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:	Com hora marcada
	Por ordem de chegada pós-agendamento
	Por ordem de chegada sem agendamento, tipo encaixe.
	Outros
	Não sabe/ Não respondeu
Na maioria das vezes que o (a) senhor (a) vem à unidade sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado?	Sim
	Não
	Nunca precisou ir à Unidade sem hora marcada
	Não sabe/ Não respondeu
Na maioria das vezes, como o senhor (a) faz para marcar consulta na unidade?	Marca por telefone
	Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer horário
	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha
	Vai à unidade, e para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde abrir
	O ACS marca a consulta
	Não faz marcação nesta unidade
Outro	
<b>Utilização: Qualidade nas Consultas, Vínculo, Atividades Coletivas – Indicador de Resultado</b>	
As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?	Sim, sempre
	Sim, algumas vezes
	Não
	Não sabe/ Não respondeu
O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?	Sim, sempre
	Sim, algumas vezes
	Não
	Não sabe/ Não respondeu
O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)a/ recebido(a) ao procurar o serviço?	Muito Bom
	Bom
	Regular
	Ruim
	Muito Ruim
	Não Sabe/ Não respondeu

Fonte: (BRASIL, 2017).



### **5.3.2 Fase II – Participantes do estudo**

Participaram do estudo coordenadores das Unidades de Saúde dos municípios da 10ªCRS/RS que obtiveram, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, avaliação positiva do atributo Acesso de Primeiro Contato pertencente ao módulo III.

Justifica-se a escolha destes participantes pelo fato de estarem inseridos nos serviços que obtiveram avaliação positiva no que se refere ao acesso de primeiro contato, estarem presentes no momento da avaliação externa e serem estes os responsáveis pela condução do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços no âmbito da AB.

## **5.4 AMOSTRA**

### **5.4.1 Fase I – Quantitativa**

O PMAQ-AB prevê a entrevista de quatro usuários por equipe de saúde. Foram entrevistadas 72 equipes, constando no banco de dados do MS 288 usuários. Utilizou-se, no processo de amostragem, os consolidados de resultados pertencentes ao módulo III da avaliação externa do PMAQ-AB – terceiro ciclo 2017/2018. Os indicadores adotados foram organizados segundo o marco teórico da avaliação Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian, na ótica do Acesso de Primeiro Contato.

### **5.4.2 Fase II – Qualitativa**

A amostra do estudo deu-se por saturação teórica, abordando todos os sujeitos elegíveis (FONTANELLA et al., 2011).

## **5.5 COLETA DE DADOS**

### **5.5.1 Fase I – Quantitativa**

A coleta deu-se no banco de dados do PMAQ-AB (3º ciclo), no módulo III – entrevista com os usuários, posteriormente ocorreu a organização dos consolidados e dos dados neles contidos.

### 5.5.2 Fase II – Qualitativa

A coleta de dados teve início após o convite, realizado via e-mail, aos profissionais dos serviços de AB dos municípios que integram a 10ªCRS/RS. Deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, com utilização de um roteiro composto por questões fechadas e abertas, o qual possibilitou ao entrevistado a oportunidade de dialogar sobre o tema do estudo, não precisando limitar-se a respostas e condições fixadas pelo pesquisador, favorecendo a obtenção de informações contidas na fala dos entrevistados (MINAYO, 2010). Realizou-se um estudo piloto do roteiro no mês de março/2019, com o intuito de testar e padronizar a condução das entrevistas, realizar os ajustes necessários, corrigir perguntas e sanar dúvidas de entendimento. O roteiro encontra-se nos apêndices da dissertação (apêndice A).

As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora e audiogravadas (meio digital), nos serviços de saúde (UBS e ESF), conforme disponibilidade dos entrevistados. Posteriormente, foram transcritas na íntegra com utilização do Windows Media Player® como recurso de áudio e no Microsoft Office Word® versão 2010 para digitação.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

### 5.6.1 Fase I – Quantitativa

No tocante da técnica de tratamento e análise, organizou-se os dados em banco formatado com tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo as variáveis, executadas por meio do software SPSS 22.0, em conjunto com o Microsoft Excel versão 2015, para organização das tabelas e seleção das variáveis. Analisou-se de forma descritiva as variáveis relacionadas a satisfação do usuário frente ao acesso aos serviços de AB com distribuição de frequência absoluta e relativa.

Utilizou-se a variável **“O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/recebido(a) ao procurar o serviço?”** – caracterizada como indicador de resultado – para cruzamento com as variáveis de estrutura e processo para, assim, descrever a relação entre a satisfação do usuário e as variáveis presentes no módulo III do PMAQ-AB.

Para o estudo, a análise foi realizada a partir do Teste de Qui-Quadrado para proporções esperadas iguais, em uma amostra com variável nominal. Este consiste em um teste de aderência e é empregado para avaliar se os escores observados e os esperados (calculados) são iguais. Valores de p-valor abaixo de 0,05 foram considerados

estatisticamente significativos. Assim, pôde-se avaliar se há diferenças de proporções entre os usuários que consideram “muito bom” e/ou “bom” – **“O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/recebido(a) ao procurar o serviço?”** – e as variáveis descritas anteriormente, nas dimensões: horário de funcionamento, distância, acolhimento e agendamento de consultas na AB.

### **5.6.2 Fase II – Qualitativa**

Utilizou-se como técnica de análise dos dados qualitativos a Proposta Operativa de Minayo, com vistas a analisar questões sociais que se dão por meio de experiências dinâmicas, possibilitando assim, descobrir os núcleos de sentido e seus significados. Operacionalmente, esta técnica de análise ocorre em três fases: no primeiro momento, tem-se a *ordenação dos dados*, que possibilitou à pesquisadora organizar o material coletado no campo, buscando homogeneidades e comparações (MINAYO, 2014).

Posteriormente, ocorreu a *classificação dos dados*, por meio de uma leitura horizontal e exaustiva, visto que o material necessita de uma análise minuciosa, para assim se criar as “unidades de sentido” – denominadas como categorias. A *análise final* correspondeu ao esclarecimento da lógica interna (MINAYO, 2014). Os participantes da pesquisa foram identificados com a letra “C” de coordenador, e numerados do 1 ao 10.

## **5.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

### **5.7.1 Fase I – Quantitativa**

Foram excluídos da pesquisa os participantes responderam “não sei” em mais de 10% das variáveis, visto que isso pode retratar a não compreensão acerca das perguntas realizadas.

### **5.7.2 Fase II – Qualitativa**

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que aceitaram participar de forma voluntária, após explicitação dos riscos e benefícios. Excluiu-se os profissionais que estavam em afastamento na ocasião da pesquisa, e aqueles que trabalhavam há menos de 12 meses na unidade de saúde, pois não participaram do processo de implementação e avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB nos anos de 2017/2018.

## 5.8 PRECEITOS ÉTICOS

### 5.8.1 Fase I – Quantitativa

Destaca-se que foi utilizado um banco de dados público, e os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012 foram respeitados na posterior elaboração do manuscrito, garantindo a confidencialidade dos dados analisados.

### 5.8.2 Fase II – Qualitativa

Utilizou-se como guia ético as normas contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde que regem pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado para autorização na 10ª CRS/RS e, após receber a Carta de Autorização (anexo B), foi cadastrado na Plataforma Brasil, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ UFSM CAAE nº 08909519.1.0000.5346, conforme (anexo C).

Os participantes foram inclusos no estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), como forma de aprovação da participação voluntária na pesquisa, aplicado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador. Foi esclarecido que as informações colhidas seriam utilizadas no presente estudo e na produção de artigos científicos, com o objetivo de analisar quais aspectos influenciam na qualidade do acesso à AB na 10ª CRS/RS.

Os participantes foram informados pela pesquisadora quanto à privacidade e confidencialidade dos dados, assim como, os riscos indiretos que poderiam ser cansaço e desconforto físico, em função da necessidade de disponibilizar tempo para participação na entrevista e benefícios indiretos, tais como, contribuição para o conhecimento científico e para o fortalecimento do planejamento e gestão dos serviços de AB. Salientou-se que os participantes poderiam deixar de participar do estudo durante o seu desenvolvimento, se assim desejassem.

Após a coleta dos dados, os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa por meio da divulgação dos resultados para 10ª CRS/RS, bem como, por meio do acesso à dissertação no acervo digital da UFSM. Os arquivos utilizados (gravações de áudio e TCLE), estão sob responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, e serão arquivados no Centro de Ciências da Saúde/ UFSM, na sala 1308, durante os próximos cinco

anos. Posteriormente, os materiais serão destruídos, a fim de manter o sigilo e o anonimato dos participantes.

## 6. RESULTADOS

Neste capítulo estão expressos os resultados da fase quantitativa e da fase qualitativa em momentos distintos. Optou-se por realizar a integração dos dados na seção discussão.

### 6.1 RESULTADOS FASE I – ABORDAGEM QUANTITATIVA

Participaram do processo de adesão ao 3º ciclo do PMAQ-AB na 10ª CRS/RS 77 serviços, porém, 10 equipes foram desclassificadas, por não responderem à avaliação externa e/ou não atingirem 90% dos padrões essenciais, por esta, razão avaliou-se as variáveis pertencentes a 67 serviços de AB, correspondendo ao total de 288 usuários.

A partir da coleta dos dados quantitativos foi possível identificar os serviços de AB da 10ª CRS/RS que apresentaram avaliação positiva no que se refere ao acesso de primeiro contato e os aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato na percepção dos usuários. Os serviços foram identificados a fim de compor o cenário da coleta de dados, a seleção dos participantes e fomentar a elaboração do roteiro da fase qualitativa. Ao todo, 10 serviços de AB apresentaram avaliação positiva do atributo acesso de primeiro contato.

Destaca-se que os serviços selecionados encontram-se dentre aqueles que obtiveram indicador de desempenho positivo (bom ou ótimo), no grupo acesso e continuidade do cuidado, conforme critérios estabelecidos na nota metodológica de certificação das equipes de AB, expostos na quadro 05.

Quadro 05 – Indicadores de desempenho para equipes participantes. Santa Maria/RS, 2020.

GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO
<b>Acesso e continuidade do cuidado</b>	1.1 Média de atendimentos médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Fonte: (BRASIL, 2017).

Com base nos indicadores de desempenho, está descrita no quadro 06 a classificação das equipes Certificadas na 2ª lista do PMAQ-AB, pela Portaria Nº 874, de 10 de maio de 2019.

Quadro 06 – 2ª Lista de Certificação 3º Ciclo PMAQ-AB – 10ª CRS/ RS. Santa Maria/RS, 2020.

<b>Município</b>	<b>Tipo de Equipe/ CNS</b>	<b>Classificação</b>	<b>Descrição para os critérios de classificação</b>
<b>Alegrete</b>	ESF/ 3029212	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF/ 3029239	Ótimo	Maior ou igual a 8 e percentual dos padrões estratégicos maior ou igual a 50%.
	ESF/ 3242749	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF/ 3882578	Muito Bom	Acima de 7 ou menor ou igual a 8
	ESF/ 4063406	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF/ 4063422	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF/ 7413750	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF/ 7468873	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
<b>Quaraí</b>	ESF/ 5709008	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
<b>Rosário do Sul</b>	ESF/ 3088863	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
<b>Santana do Livramento</b>	ESF/ 3063151	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
<b>Uruguaiana</b>	ESF 2247100	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF 2247119	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF 2247127	Muito Bom	Acima de 7 ou menor ou igual a 8
	ESF 2247135	Muito Bom	Acima de 7 ou menor ou igual a 8
	ESF 2247232	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF 2247259	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7
	ESF 2247275	Muito Bom	Acima de 7 ou menor ou igual a 8
ESF 2247275	Bom	Acima de 6 ou menor ou igual a 7	

Fonte: Autores.

Dentre as equipes de AB certificadas, 1(5%) obteve desempenho ótimo, 4 (15%) desempenho muito bom e 15 (80%) bom desempenho. Destas, 20 (100%) se configuram como ESF, não apresentando unidades no modelo de UBS certificadas na 10ªCRS/RS.

Em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas dos usuários respondentes da avaliação externa, 195 (67,7%) eram mulheres, a média de idade foi de 42,4 anos (IC 95%: 41,57 – 43,46) e mediana 41 anos. No que se refere à escolaridade, 264 (91,66%) afirmaram saber ler e escrever, e 116 (43,73%) possuíam o ensino fundamental completo. Quando questionados sobre cor ou raça, 174 (60,4%) se declararam brancos. No que se refere a renda familiar, 234 (81,25%) exerciam trabalho remunerado, 162 (56,25%) possuíam renda mensal  $\leq$  a dois salários mínimos, entre os usuários, 39 (13,6%) eram beneficiários do bolsa família e 84 (29,2%) recebiam aposentadoria, conforme tabela 02.

Tabela 02 – Características socioeconômicas e demográficas dos usuários. Santa Maria/RS, 2020.

Variável	n=288	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	195	67,7
Masculino	93	32,3
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	67	23,3
Ensino Fundamental Completo	126	43,7
Ensino Médio	58	20,1
Ensino Superior	13	4,6
Não Alfabetizado	24	8,4
<b>Situação conjugal</b>		
Vive/Mora com companheiro	151	52,4
Não vive/mora com companheiro	137	47,6
<b>Raça</b>		
Branca	174	60,4
Negra	54	18,75
Parda/mestiça	42	14,6
Amarela	18	6,5
<b>Emprego formal</b>		
Sim	179	62,15
Não	109	37,85
<b>Renda Mensal</b>		
$\geq$ 2 salários mínimos	126	43,75
$\leq$ 2 salários mínimos	162	56,25
<b>Benefício Socioeconômico</b>		
Aposentadoria	84	29,2
Beneficiário do Bolsa Família	39	13,6

Fonte: Autores.



No que se refere a satisfação do usuário com o acolhimento nos serviços de AB da 10ª CRS/RS, 162 (56,25%) classificam como “muito bom” e “bom”, 72 (25%) como “razoável” e 54 (18,75%) como “ruim” e “muito ruim”.

Quanto a avaliação do acesso de primeiro contato, constatou-se que a maioria dos usuários satisfeitos com o acolhimento foram escutados quando iam aos serviços de AB sem ter hora marcada 137 (84,5%) e as orientações que recebiam dos profissionais atendiam as suas necessidades 142 (87,7%).

Em relação ao horário de funcionamento, a maioria dos usuários insatisfeitos com o acolhimento afirmaram que o horário de funcionamento do serviço de AB não atendia às suas necessidades 39 (72,2%), assim como, a não realização de marcação de consultas em todos os dias de funcionamento dos serviços 39 (72,2%) e quando marcadas, as consultas ocorriam por ordem de chegada 33 (61,2%).

Já os usuários que encontravam-se satisfeitos afirmaram conseguir agendar consulta todos os dias 162 (100%) e, após agendadas, as consultas ocorriam com hora marcada para 96 (59%). A consulta ser realizada no mesmo dia em que o usuário foi ao serviço de AB não apresentou resultado estatisticamente significativo, assim como a forma de marcação destas, resultados estes descritos na tabela 03.

Tabela 03 – Variáveis relacionadas a satisfação do usuário frente ao acesso aos serviços de AB. Santa Maria/RS, 2020.

Variáveis	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/recebido(a) ao procurar o serviço?							Valor de p
	Muito Bom/ Bom n= 162		Razoável n=72		Ruim/ Muito Ruim n=54			
	n	%	n	%	n	%		
<b>INDICADOR DE ESTRUTURA</b>								
A unidade funciona cinco dias por semana?	Sim	162	100	67	93	46	85,2	<0,005
	Não	-	-	05	07	08	14,8	
	Não Sabe	-	-	-	-	-	-	
O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do (a) senhor (a)?	Sim	147	90,75	49	68	39	72,2	<0,005
	Não	15	9,25	23	32	15	27,3	
	Não Sabe	-	-	-	-	-	-	
<b>INDICADOR DE PROCESSO</b>								
A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?	Sim	157	96,9	53	73,6	39	72,3	<0,005
	Não	05	3,1	19	26,4	15	27,7	
	Não Sabe	-	-	-	-	-	-	
IV. Quando o (a) senhor(a) consegue	Sim	74	45,7	17	31,5	49	68	

<b>marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>	Não	88	54,3	37	68,5	23	32	>0,005
	Não Sabe	-	-	-	-	-	-	
<b>Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:</b>	Com hora marcada	96	59,3	31	43,1	03	5,5	<0,005
	Por ordem de chegada pós-agendamento	41	25,3	23	31,9	33	61,2	
	Por ordem de chegada sem agendamento	25	15,4	18	25	18	33,3	
<b>Na maioria das vezes que o (a) senhor (a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema consegue ser escutado?</b>	Sim	137	84,5	27	37,5	16	29,6	<0,001
	Não	6	3,7	34	47,2	26	48,1	
	Não Sabe	19	11,8	11	15,3	12	22,3	
<b>Na maioria das vezes, como o (a) senhor (a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?</b>	Marca por telefone	14	8,6	-	-	-	-	> 0,07
	Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer horário	73	45	06	11,1	18	25	
	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	25	15,5	19	35,2	12	16,7	
	Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade abrir	-	-	28	51,9	37	51,4	
	O ACS marca a consulta	30	18,5	-	-	02	2,8	
	Não faz marcação nessa unidade	-	-	-	-	-	-	
	Outro	20	12,4	01	0,6	03	4,2	

INDICADOR DE RESULTADO								
<b>II. As orientações que os profissionais dão para o (a) senhor (a) na unidade atendem suas necessidades?</b>	Sim	142	87,7	36	50	09	16,6	<0,001
	Não	07	4,3	24	33,3	32	59,3	
	Não sabe	13	8	12	16,6	11	20,4	
<b>III. O (a) senhor (a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos ser hábitos culturais, costumes, religião.</b>	Sim, sempre	147	90,7	57	79,2	22	30,6	<0,04
	Sim, algumas vezes	15	9,3	15	20,8	43	59,7	
	Não se sente	-	-	-	-	07	8,3	

Fonte: Autores.

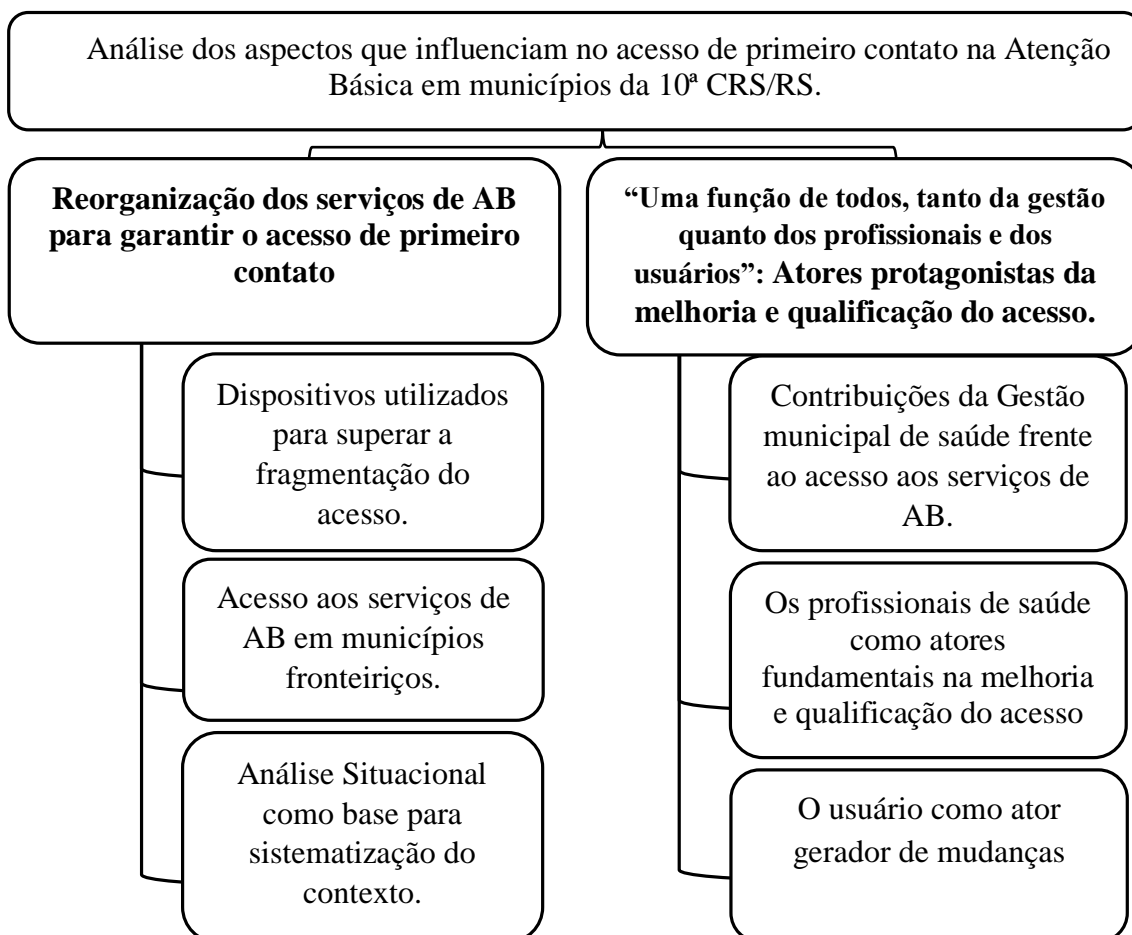
## 6. 2 RESULTADOS FASE II – ABORDAGEM QUALITATIVA

Nesse tópico, apresentam-se os resultados obtidos a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, as quais visaram identificar a organização das equipes de AB para garantir o acesso dos usuários; sistematizar as estratégias utilizadas; e compreender o papel dos gestores, usuários e profissionais da AB para a efetivação do acesso de primeiro contato nos serviços dos municípios da 10ª CRS/RS.

Participaram da fase qualitativa, predominantemente, coordenadores dos serviços de AB do sexo feminino, com média de 33,7 anos de idade, graduação em enfermagem e pós-graduação em saúde pública; saúde da família e comunidade; e saúde da mulher, com vínculo empregatício estatutário e celetista, e tempo de atuação médio no cargo 3,8 anos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados em categorias e subcategorias, conforme a Proposta Operativa de Minayo, a qual sugere a criação de categorias para apresentação dos resultados, conforme a figura 04.

Figura 04 – Categorias e subcategorias. Santa Maria/RS, 2020.



Fonte: Autores.

### **6.2.1 Reorganização dos serviços de Atenção Básica para garantir o acesso de primeiro contato.**

Reestruturar as práticas, a fim de qualificar o acesso de primeiro contato possibilita as equipes de saúde repensar formas de garantir o acesso dos usuários, com base nas reais necessidades da comunidade, conforme expresso nas falas abaixo:

*Uma forma de superar as filas na frente da unidade foi o agendamento e atendimento diário, a população pode vir a qualquer horário que será agendada ou passará pela triagem, se houver necessidade, mas todas passam pela escuta [...] ninguém volta sem ser escutado. (C3)*

*[...] conhecer o território diminuiu a espera por consulta médica, que ainda é muito grande, faltam profissionais e cada vez aumenta mais o número de usuários cadastrados. (C6)*

*Um diferencial da unidade é o acesso avançado, ainda é muito recente pra falarmos se deu certo ou não, ou se foi por isso que eles avaliaram bem. O nosso trabalho (da equipe) se tornou ainda mais cansativo, mas todos abraçaram juntos ideia, nos foi proposto e nós (quanto equipe) aceitamos. (C1)*

*A pessoa, ao chegar na unidade, é avaliada pelos técnicos de enfermagem, caso não seja renovações de receitas ou algo de rotina (que os técnicos resolvem), tendo alguma alteração eu avalio (enfermeiro), costumamos ter quatro ou seis horários agendados e o restante é livre demanda, pra ser resolutivo tem que ser assim, tem que ter horários disponíveis nas agendas da enfermagem e da medicina. Atender no dia que o usuário está precisando. (C4)*

*Nem sempre quando o usuário precisa nós estamos aqui, eles reclamam do horário de funcionamento e da distância, mas estas questões vão além da capacidade da equipe [...] eles conseguem perceber o quanto mudou a forma de trabalho e o quanto tudo se tornou mais acessível, mas ainda assim, está longe de ser o ideal. (C2)*

A partir das falas apresentadas, foi possível identificar que os serviços buscam, a partir de suas especificidades, garantir o acesso ao usuário na medida do possível, respondendo às demandas e necessidades apresentadas pela população.

### 6.2.1.1 Dispositivos utilizados para superar a fragmentação do acesso

Diversas são as estratégias utilizadas na reorganização dos serviços de AB, com vistas a qualificar e facilitar o acesso dos usuários. A comunicação enquanto prática interprofissional colaborativa mostra-se presente nos serviços de AB que obtiveram avaliação positiva do atributo acesso de primeiro contato, de acordo com a fala dos entrevistados:

*É importante todos “falarem a mesma língua”, os ACS vão na casa das pessoas e falam como é o atendimento aqui na unidade, falam das mudanças, então é importante que quando as pessoas chegam aqui, elas tenham o atendimento que os ACS falaram [...] e quando estamos “perdendo o andar” voltamos e pensamos onde está dando errado, revemos sempre e conversamos muito. As reuniões de equipe servem bastante pra isso, eu deixo eles bem livres pra trazerem os problemas que as pessoas passam e tentamos alinhar tudo. (C2)*

*Ultimamente eu não consigo ver um responsável, mas toda a equipe [...] cada profissional na unidade sabe a sua função, e reforço sempre a importância deles, falamos sobre acesso nas reuniões de equipe e também no Núcleo lá da Secretaria de Saúde (Núcleo de Saúde Coletiva). Quando os mais novos chegaram eles “recebem” um curso, os que já estavam também receberam. Se alguém tem alguma dúvida, estou sempre aberto para dialogar. (C5)*

*Todas as decisões são compartilhadas, visualizar a forma como as relações entre usuários e profissionais “ocorrem” é parte importante da organização. Se fala muito em vínculo, e para que realmente se garanta o acesso deve-se priorizar o usuário também, a comunicação tem que fluir entre os envolvidos, a equipe tem que saber escutar as demandas e os usuários as orientações. (C7)*

A efetividade do atendimento e, conseqüentemente, do acesso aos serviços de saúde pode ser comprometida pelo absenteísmo às consultas agendadas, este fato leva à necessidade de realizar reajustes constantes, com o intuito de promover o maior acesso possível ao serviço:

*O absenteísmo da demanda programada estava crescendo muito, é incrível como faltam, os usuários faltavam as consultas de puericultura, consultas odontológicas, faltam principalmente as consultas para educação em saúde e acompanhamento. Como estratégia para diminuição das faltas começamos a confirmar a*

*presença e solicitar que o ACS realize visita domiciliar aos faltosos, sempre reagendamos (C8)*

*A agenda é programada, só se abre novos turnos de agendamento se realmente não dermos vencimento na demanda programada. Eu era contra a demanda programada, mas depois que o serviço fica organizado dá até gosto, deixamos de ter uma demanda reprimida [...] Pro profissional é satisfatório e pro usuário também. (C3)*

Outro aspecto a ser considerado na qualificação do acesso são as estratégias de reorganização dos fluxos e ampliação, com base nas necessidades do contexto, conforme as falas a seguir:

*Mesmo nos dias de agenda programada temos o acolhimento do dia, ele funciona assim: o paciente que chega com alguma queixa e é avaliado, se houver precisão ele é atendido no dia, caso contrário marcamos para o dia seguinte ou conforme disponibilidade da agenda. A demanda espontânea não tem horário na unidade, quando o usuário chega ele é avaliado. (C3)*

*Em função do frio esse já vai ser o quinto ano que abrimos a unidade algumas vezes à noite. Antes era o ‘Inverno Gaúcho’ agora chamam de ‘Terceiro turno’, a ideia não é atender como uma UPA, é agendar, mas com acolhimento do dia. O pessoal vem, de noite não temos tantos usuários faltosos, pra quem trabalha é ótimo (C6)*

*Abrir aos sábados se tornou uma estratégia para atender parte da população que não tem acesso durante a semana, geralmente é para ações pontuais, mas é bem aceito pela comunidade e eles comparecem. (C1)*

*Pra população que mora no interior e idosos o acesso é diferente, eles ligam para a ESF ou o ACS marca a consulta. Essa mudança foi necessária em função da dificuldade de locomoção, ou em razão da idade avançada ou da distância. (C10)*

*Trabalhamos com hora marcada, mas a maioria da população vem no primeiro horário, daí o doutor vai chamando por ordem [...] eles são ansiosos para ir embora, porque cuidam de crianças, idosos ou acamados, isso é cultural. (C4)*

As narrativas expressam a singularidade presente no contexto dos serviços de saúde e dos usuários que frequentam os mesmos, requerendo por parte destas a capacidade de atuação de forma diferenciada frente as particularidades expostas, a fim de assegurar o acesso de primeiro contato.



### 6.2.1.2 Acesso aos serviços de Atenção Básica em municípios fronteiriços

O acesso de estrangeiros residentes e não residentes é uma particularidade nos municípios da Fronteira Oeste/RS. Sabemos que o SUS é universal, deste modo, não será separada a população que receberá ou não atendimento, pois no que tange ao direito social e a dignidade da pessoa humana, o acesso à saúde não deve restringir-se às fronteiras e limites territoriais, e cabe aos profissionais e gestores suprir as demandas existentes nesses territórios:

*Nós temos usuários uruguaios no nosso território, eles tem a carteirinha de fronteiro, e consultam conosco pois estão dentro da nossa área. O acesso é o mesmo, não muda em nada, desde que tenham o cartão do SUS eles consultam normalmente dentro do nosso país. (C6)*

*O pessoal do lado de lá (Argentina) utiliza a unidade geralmente pra fazer vacinas. Eles fazem o cartão do SUS com o endereço de algum familiar que mora na nossa área, e tem os que residem aqui no bairro. Qualquer pessoa que necessitar pode utilizar o serviço, independente de ser brasileiro ou não, todos são acolhidos. (C4)*

*Se o usuário veio residir no nosso território e não tem documentação ou cartão do SUS, o assistente social do CRAS III auxilia para que ele faça toda a documentação direitinho. Faz parte da nossa área o Albergue Municipal, o acesso desses usuários é diferente, eu não diria facilitado, mas existe uma mediação entre os profissionais dos serviços para que os indivíduos venham no posto de saúde. (C9)*

*Por se localizar próximo ao Porto Seco é comum estrangeiros procurarem atendimento, como somos ESF prestamos a primeira assistência e/ou orientação e encaminhamos a pessoa para a Policlínica Central, mas não deixamos de atender por não ser brasileiro. (C7)*

A condição de ser municípios fronteiriços colocam à equipe desafios além dos encontrados comumente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que a população estrangeira nesses territórios apresenta uma carga epidemiológica e cultural distinta, desafiando as equipes a se reorganizar para atender as necessidades de saúde específicas. Além dos imigrantes, os serviços ainda lidam com a presença permanente de uma população flutuante que busca por atendimento durante sua passagem por aquele local, demonstrando ainda em mais uma necessidade de readaptação da equipe.

### 6.2.1.3 Análise Situacional como base para de sistematização do contexto.

Nas narrativas dos entrevistados, percebe-se que a análise situacional ampliada como base de informações para o planejamento se faz presente em alguns serviços, como forma de sistematizar o contexto relativo ao cuidado. Cabe aos profissionais desenvolverem uma análise minuciosa, a fim de levantar indicadores e informações pertinentes à AB, com o intuito desenvolver ações resolutivas:

*A maneira mais lógica para organização da equipe em relação ao acesso do usuário é realizar o diagnóstico da população, nos foi solicitado pela gestão, e após o levantamento organizamos as nossas ações de educação em saúde, educação permanente nas reuniões de equipe e discussões com a coordenação da Atenção Básica. (C10)*

*[...] nós temos um panorama geral da comunidade, que são os levantamentos mensais de população cadastrada, dos usuários, das famílias, das situações de vulnerabilidades e também discutimos alguns casos que acharmos pertinentes para o momento. (C3)*

*Nossa unidade é nova [...] ainda não conhecemos muito bem a população, mas isso é algo que com o tempo vai acontecer, pra poder atender direito, tem que saber o que eles precisam. Aqui tem bastante criança e gestante, já sei que esse é um “carro chefe”, por isso estamos fazendo os mapas e levantamentos. (C8)*

*A unidade tem muitas mulheres com depressão, ou que não exercem atividade remunerada, elas estavam sempre buscando atendimento médico. Essa demanda foi levantada em uma reunião de equipe, e além do acesso as consultas de rotina passamos a ofertar pra comunidade as PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – é um diferencial nosso. (C5)*

*Notamos muitos hipertensos que utilizam grandes quantidades de tabaco diariamente, e alguns nos solicitaram criação do Grupo de Tabagismo, que acontece em outras unidades, já que tínhamos demanda, nos organizamos e começamos as atividades, é maravilhoso ter diversas ações para ofertar aos usuários. (C2)*

O desenvolvimento de uma análise territorial requer o mapeamento do território, a fim de identificar aspectos epidemiológicos, sociais e geográficos, visualizar a rede básica disponível e classificar a rede social da comunidade. A análise subjetiva busca mapear as demandas, sejam elas explicitadas ou não pelos usuários, enquanto o mapeamento de relações entre os serviços e o usuário corresponde ao modo como as relações se dão nos setores das unidades (imunizações, procedimentos, recepção e outros).

## **6.2.2 “Uma função de todos, tanto da gestão quanto dos profissionais e dos usuário”: Atores protagonistas da melhoria e qualificação do acesso de primeiro contato**

### *6.2.2.1 Contribuições da gestão municipal frente ao acesso aos serviços de AB.*

O apoio da gestão na qualificação do acesso gera mudanças significativas quando realizado de maneira horizontal, conforme observado na fala dos coordenadores:

*A gestão incentiva as equipes na organização, eles fazem capacitações, costumam vir na unidade para acompanhar a rotina dos serviços, nas reuniões de região (reuniões de vigilância). (C3)*

*Melhorar o acesso é uma função de todos, tanto da gestão quanto dos profissionais e dos usuários, nos conselhos locais se discute rotineiramente sobre o acesso. Acontece que todos desejam ter suas necessidades atendidas no momento em que entram nos serviços, e isso é humanamente impossível, nós (profissionais) organizamos a dinâmica para facilitar o acesso, e a gestão está sempre apoiando as equipes. (C7)*

*Nunca é uma única coisa, ou somente uma pessoa, são várias mudanças necessárias pra que se consiga algo. No começo foi a gestão que começou a pressionar para que fossemos bem na avaliação (avaliação externa PMAQ-AB), depois a equipe começou a perceber que era preciso mudar algumas atitudes, nossas mesmo [...] porque quando o PMAQ começou ninguém sabia muito bem como era, tivemos algumas reuniões pra entender o que eles queriam. Trabalhamos com as folhas que eles mandam (Ministério da Saúde) para ter o que eles pedem, o que reorganizou nossa forma de trabalho. (C10)*

Os coordenadores das equipes percebem o papel desempenhado pela gestão, e ele se dá sobre diversos aspectos, sejam eles políticos e organizacionais para a garantia do acesso dos usuários aos serviços. Reconhecem também a relação permanente entre equipe e gestores para efetivação da qualidade da atenção e conseqüentemente, da facilitação do acesso.

### 6.2.2.2 Os profissionais de saúde como atores fundamentais na melhoria e qualificação do acesso

Os profissionais desempenham papel importante no trabalho em equipe e, na organização do acesso não seria diferente, por mais diversificados que sejam os saberes e conhecimentos eles possibilitam uma troca valiosa quando nos referimos as práticas em saúde. A atuação do ACS esteve presente na fala dos coordenadores das equipes de AB, demonstrando a habilidade de preencher lacunas na atenção à saúde, uma vez que, esses profissionais possuem conhecimento do contexto de inserção do usuário:

*Mudamos alguns pontos, começamos deixando o ACS da área responsável pelo primeiro acolhimento do usuário, o usuário vinha na unidade e era recepcionado pelo seu próprio ACS, que geralmente sabe a gravidade do caso e sempre conhece a família, eu achava fantástico, porque eles já iam na minha sala e passavam perfeitamente o que estava acontecendo. (C9)*

*Organizamos o acolhimento sendo realizado só pela enfermagem e os ACS na retaguarda, caso surja algum questionamento sobre a dinâmica da família perguntamos à eles (ACS). (C5)*

*Eles são os nossos olhos, eles que trazem todas as informações, muitas vezes a gente não fica nem sabendo da situação das famílias, não tem como saber da vida de todo mundo. (C4)*

Cabe aos profissionais desenvolver um olhar atento as questões pertinentes ao acesso dos usuários aos serviços de AB e a sensibilidade deve se fazer presente nas relações, assim como, o acolhimento, que é parte fundamental e diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), devendo ocorrer de maneira coletiva. A visão ampliada possibilita a reestruturação das práticas e respeita a compreensão do outro sobre a saúde e todos os profissionais são atores fundamentais neste processo:

*Para mudar a forma de acesso do usuário ao serviço nós fizemos um trabalho de conscientização com a população, a equipe e a gestão, pois da forma que era realizado nenhuma das partes estava satisfeita. Nos organizamos para criar estratégias que fossem resolutivas e factíveis com a realidade do dia-a-dia. (C4)*

*Procurei sensibilizar todas as partes, trazer para perto, nas reuniões de equipe, no grupo de artesanato e no grupo de dança, expliquei quanto a classificação de risco iria contribuir [...] orientei os agentes a explicarem nas visitas domiciliares os motivos da mudança e que o objetivo é melhorar o acesso dos usuários, algumas pessoas acham que isso é um forma de barrar o atendimento deles com o médico, ou aumentar a burocracia pra que eles recebam atendimento. Sei que*

*quanto necessitarem e forem acolhidos vão entender a importância, por isso eu estou sempre frisando que é para o bem deles. (C3)*

Emerge das falas o entendimento que o ACS no território, na medida em que ele contribui para observar as demandas oriundas do território onde a unidade de saúde está inserida. Destaca-se que é papel dos profissionais e apresenta-se como meio para utilização oportuna dos serviços, com vistas a suprir as principais demandas dos usuários:

*Conhecer cada um, o local onde moram, as condições de moradia interfere e muito na assistência. Hoje eu arrisco dizer que não saberia trabalhar de outra forma, porque você lida com a singularidade, com as particularidades das famílias, e elas são únicas. (C 7)*

*A unidade fica próximo da maioria das residências, o que ao meu ver, facilita a sua utilização. Para ir ao posto central eles gastavam com transporte e não são todas as famílias que têm condições financeiras, muitas acabavam nem indo, agora se eles não vêm nós é que vamos atrás deles. (C10)*

*Conhecer a população é a melhor saída, pois é impossível planejar ações para grupos que não conhecemos [...] não podemos perder o foco, o foco é o usuário, nos organizamos para que eles tenham acesso conforme precisam. (C9)*

A garantia do acesso à AB como porta de entrada não é sinônimo de resolutividade. Ao discorrer sobre o acesso de primeiro contato nos reportamos as ações ofertadas, e estas devem ser resolutivas. As falas dos profissionais, a seguir, evidenciam a compreensão acerca da garantia do acesso aos serviços de AB e que este seja resolutivo:

*Ser resolutiva na minha concepção vai muito além de apenas atender o usuário, a rede precisa conversar [...] costuma acontecer de encaminharmos as pessoas para realizarem exames e não haver disponibilidade no momento, isso não é ser resolutiva, rotineiramente faltam medicamentos ou materiais, tais fatos realmente dificultam o trabalho de todos, porque não adianta o usuário ter acesso ao atendimento na atenção básica e não ter acesso aos demais serviços [...] a “porta de entrada” está aberta, mas e a continuidade do tratamento? (C8)*

*Em alguns pontos sim, em outros há necessidade de aperfeiçoamento, o que é uma constante, o usuário dá entrada no serviço, mas a assistência, muitas vezes, requer uma atuação em conjunto com os*

*demais serviços, é difícil ser resolutivo sozinho, um único sujeito apresenta inúmeras necessidades. (C1)*

*A qualidade do atendimento é algo primordial na atenção à saúde, eu entendo que resolutividade é isso, é conseguir fazer com que as demandas do usuários sejam resolvidas. Afirmando que a unidade é resolutiva requer uma avaliação minuciosa, mas posso garantir que a equipe tem como objetivo resolver os problemas dos usuários, ligamos, encaminhamos, nos certificamos se o usuário foi até o serviço indicado, criamos um elo entre os pontos, por mais desafiador que seja. (C3)*

Os participantes reafirmam que a garantia do acesso à AB passa pela sua capacidade resolutiva dos serviços, sendo os profissionais, usuários e gestores corresponsáveis pela efetivação do acesso na AB, pois ações e omissões destes implicam na atenção à saúde.

### 6.2.2.3 O usuário como ator gerador de mudanças

Observa-se que as falas dos participantes convergem com a real necessidade de adaptação dos serviços de AB às questões de saúde referentes a população adstrita as equipes. As mudanças que permeiam o processo saúde-doença e o olhar voltado aos determinantes sociais requerem um novo modelo de atenção, oportunizando a integralidade, o acesso e a equidade, independentemente da capacidade econômica dos que dela precisarem, diminuindo as inequidades do fazer saúde, tendo o usuário como foco central.

*A unidade é conhecida pelo quantitativo de idosos, temos que agendar de forma diferente, todas as Estratégias trabalham no mesmo horário, mas cada uma tem seu jeitinho de organização [...] são muitos idosos cadastrados com hipertensão, diabetes e depressão, nos organizamos pra atender eles nem sempre tem quem venha na unidade agendar, então os ACS marcam as consultas de rotina. (C10)*

*Nos organizamos para ofertar grupos de convivência e educação em saúde em horários que eles consigam vir, é importante que a equipe saiba avaliar a viabilidade das ações destinadas pra população. (C2)*

*Não temos “horário de acolhimento” ninguém escolhe hora pra ficar doente ou passar mal. Quem passa a noite com dor dificilmente irá acordar às 7:30hr para consultar. Quem chega cedo aqui, na maioria das vezes, é quem tem como quem deixar os filhos ou consegue liberação do trabalho para vir no médico, concorda comigo? Quem tem que atravessar a faixa não vai chegar na hora que a unidade abre [...] essa história de ficha é anterior a ESF, ou deveria ser, porque a*

*forma de trabalho é outra, custamos a encontrar uma forma de trabalhar efetivamente, mas estamos no caminho. (C7)*

*Aqui a gente tem uma oscilação financeira significativa entre os moradores, duas das nossas áreas não costumam acessar o serviço, raramente para realização de vacinas, porém as outras três áreas têm o serviço como a única referência, alguns estão aqui semanalmente, os ditos hiperutilizadores, nos organizamos pra dar conta das demandas de todos, mas com atenção aos que necessitam mais. (C3)*

O usuário também se faz presente no que se refere a participação popular em saúde, uma vez que, sua participação em órgãos colegiados e deliberativos, e em outros espaços institucionalizados, possibilita a definição das políticas públicas a serem implementadas e seu monitoramento.

*Eu via o quanto era desumano expor as pessoas nas filas, para conseguir atendimento, hoje isso não é mais vivenciado por eles, mesmo que a espera demore algumas horas, eles serão atendidos [...] nossa demanda é muito maior que a oferta, isso é reflexo de tudo que está acontecendo, e deixamos bem claro para eles (usuários) que a unidade não tem “comando” sobre isso. Eles também podem e devem reivindicar pelas melhorias no atendimento, muitas das mudanças no município se devem a atuação dos usuários, algumas unidades têm grupos mais engajados que outras, mas todas são incentivadas a criar conselhos de saúde locais [...] o que é cada vez mais imprescindível na saúde. (C8)*

*Já mudamos muita coisa na unidade em função das reivindicações dos usuários, principalmente na sala de vacinas e agendamentos, conseguimos resolver tudo nas reuniões da associação de bairro, senão tudo, quase tudo. (C6)*

*Os usuários tensionaram a gestão (prefeito e secretário de saúde) para finalização das obras da unidade. Quando aumentou o tensionamento as obras correram. Eles faziam denúncias na ouvidoria e iam nas reuniões do conselho, se não incomodar as coisas não andam. (C1)*

*O conselho local discute mais questões de funcionamento da unidade e as atividades que serão desenvolvidas no bairro ou alguma intervenção que os usuários julguem que a equipe deve realizar. Eles também levam as demandas nas reuniões na secretaria de saúde, já solicitaram a troca de funcionários, instalação de grades na unidade, melhoria na iluminação e limpeza da praça, quando parte deles, parece que o pedido tem mais força. (C9)*

Os resultados mostram que a qualificação e melhoria do acesso não correspondem a um único aspecto ou requerem apenas uma intervenção, mas sim um

apanhado de ações. Todas as dimensões devem ser consideradas ao se analisar e planejar ações que visem sua qualificação e melhoria. Revela o protagonismo dos usuários ao colocar em prática sua atuação frente o acesso aos serviços de saúde.



## 7. DISCUSSÃO

O presente capítulo exhibe a integração dos dados quantitativos e qualitativos, a fim de compilar os resultados discutindo-os. Ele está organizado em categorias e subcategorias, para melhor compreensão dos aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato nos serviços de AB da 10ª CRS/RS, conforme apresentado no capítulo anterior.

No que se refere às características dos usuários que acessaram os serviços de AB, os achados referentes a primeira fase da presente dissertação encontram-se em concordância com o estudo desenvolvido por Levorato et al. (2014), o qual indica a predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, uma vez que 195 (67,7%) dos usuários entrevistados eram mulheres, sendo este um fator preditor na busca por atenção à saúde.

Quanto à idade, a faixa etária de adulto jovem predominou entre os usuários entrevistados, seguida de idosos. Guibu et al. (2017) trazem que a faixa etária idosa apresenta alta predominância nos serviços de saúde devido ao processo de transição demográfica e epidemiológica, que resulta no aumento das condições crônicas decorrentes do processo de envelhecimento.

Tem-se a situação econômica como importante determinante da utilização dos serviços de AB, visto que 234 (81,25%) dos usuários afirmaram exercer atividade remunerada, entretanto, 179 (62,15%) exerciam trabalho formal, e 162 (56,25%) possuíam renda familiar inferior ou igual a dois salários mínimos. A vulnerabilidade socioeconômica é vista por Nunes et al. (2014) como importante fator de desigualdade, uma vez que prevalece a falta de acesso, resultando em aumentos na fila de espera entre os indivíduos com menor capacidade econômica e menor escolaridade.

Dentre os usuários entrevistados, 39 (13,6%) eram beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), importante instrumento de inclusão e proteção social, com condicionalidades referentes à educação, saúde e assistência social. No âmbito da saúde, o PBF compreende ações como imunização, realização de consultas de pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (MORAES; MACHADO, 2017).

Rego e Pinzani (2013) sugerem que o PBF favorece a autonomia das mulheres beneficiárias, além de elevar a renda, permitindo a melhoria das condições sociais e de

saúde. Alves e Cavenaghi (2013), por sua vez, destacam a diminuição da fecundidade entre mulheres beneficiárias. Programas que objetivam reduzir a pobreza devem promover o desenvolvimento igualitário, com políticas sociais abrangentes e expansão dos serviços públicos como, por exemplo, na área da educação.

Entre os usuários, a maioria afirmou possuir ensino fundamental completo. Tais achados corroboram com o estudo desenvolvido por Guibu et al. (2017), no qual 54% dos usuários apresentavam ensino fundamental completo. Todavia, identifica-se a existência de uma parcela significativa de usuários que acessam a AB com ensino fundamental incompleto ou em situação de analfabetismo, achado este que se reveste de importância pelo fato da educação influenciar no processo de comunicação e educação em saúde com o usuário que acessa o serviço, impactando no autocuidado, no cuidado familiar e no cuidado no contexto da comunidade.

Os achados oriundos da primeira fase deste estudo mostram que, no que tange ao acesso de primeiro contato, as ESF foram mais bem avaliadas em relação as UBS. Por outro lado, o estudo de Martins et al. (2016) apontou a não existência de diferenças significativas entre os dois modelos, no que se refere ao acesso de primeiro contato, fato este que indica dificuldades estruturais e organizacionais para o acesso aos serviços de AB.

As equipes de AB têm como coordenadores, predominantemente, profissionais enfermeiros. Estes são profissionais lotados nas unidades que desempenham atividades de gerenciamento e assumem as dinâmicas específicas dos serviços de AB. Tais demandas ampliam a atuação do enfermeiro nas ações de campo e núcleo para além das práticas relacionadas diretamente ao cuidado, desta forma, tem-se no profissional enfermeiro um promotor dos princípios e diretrizes do SUS.

Pelo exposto, Melo e Machado (2013) afirmam a capacidade da enfermagem em realizar ações de gerenciamento nos serviços de AB e seu protagonismo se faz imprescindível nos processos gerenciais e organizacionais, para assegurar a integralidade da atenção. De tal modo, a formação dos profissionais enfermeiros requer teorias e práticas que supram as demandas decorrentes dos cargos de gestão, articulando conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao processo de trabalho nesse contexto.

Nos serviços que obtiveram escore positivo no acesso de primeiro contato, os profissionais lotados possuíam pós-graduação na área de saúde pública, fato que pode ter

contribuído para a reorganização e expansão da atenção à saúde, com vistas a superar os modelos fragmentados (ENGSTRON; MOTTA; VENÂNCIO, 2016)

### **7.1 Reorganização dos serviços de Atenção Básica para garantir o acesso de primeiro contato.**

No que se refere à avaliação da estrutura, os resultados da primeira etapa deste estudo consideraram que os horários de funcionamento dos serviços de AB atendiam as necessidades da maioria dos entrevistados, na mesma direção que o estudo de Lima et al. (2018), que considerou como adequado os dias e horários de funcionamento dos serviços de AB, e apontou que os principais desafios se faziam presentes na operacionalização e qualificação do acesso. Contudo, os usuários que avaliaram como “ruim” ou “muito ruim” o acolhimento, o fizeram por considerar inadequados os horários de atendimento.

Os serviços de AB funcionam predominantemente nos turnos da manhã e da tarde, poucas são as unidades que ofertam à população horários alternativos. Nesta perspectiva, tem-se nos serviços de AB com avaliação positiva do atributo acesso de primeiro contato, estratégias de superação deste viés, com o intuito de suprir essa demanda, os profissionais trouxeram em suas narrativas a existência do “terceiro turno”, o qual amplia o horário de funcionamento das unidades e tem como objetivo propiciar a atenção à saúde aos usuários trabalhadores.

Cabe destacar que, apesar de identificada a satisfação entre os usuários entrevistados, todos já haviam recebido atendimento nos serviços de AB, sendo este um resultado relativo a quem apresentou disponibilidade para acessar o serviço. De forma semelhante, estudo de Garnelo et al. (2018) suscita a discussão referente aos indivíduos que utilizam os serviços, uma vez que os horários e dias de funcionamento não contemplavam a classe trabalhadora. Diante do exposto, pode-se interpretar que as estratégias utilizadas nos serviços de AB da Fronteira Oeste para a ampliação do acesso visam superar esta barreira.

No que tange ao processo, o agendamento diário dos serviços ofertados na AB apresentou escore positivo entre os usuários que se encontravam satisfeitos com o acesso. Considerando a dimensão técnica descrita por Giovanella e Fleury (1995) como a maneira de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários, os resultados do presente estudo destacam que a reestruturação dos processos de trabalho e a organização dos fluxos

nos serviços de AB possibilitam ao usuário a qualificação do acesso, e são estratégias utilizadas pelos coordenadores da AB no cenário estudado.

Tais estratégias são explicitadas na forma como os serviços buscam a melhoria e qualificação do acesso, com vistas a evitar filas e satisfazer demandas de saúde dos usuários. Os profissionais descrevem como estratégias utilizadas o acolhimento, a escuta qualificada e a comunicação interprofissional.

O acolhimento é visto como uma mudança organizacional, e requer a proposição de práticas resolutivas, ele deve estar presente nos serviços de AB, a fim de possibilitar um olhar individualizado ao usuário, considerando a clínica e o contexto social. Rossato et al. (2018) ressaltam que as equipes devem ser capacitadas para tal prática, e enfatizam seu caráter resolutivo, quando desempenhado de maneira correta, resulta na determinação de prioridades e respostas às demandas dos usuários.

Segundo Coutinho, Barbieri e Santos (2015) o acolhimento surgiu como proposta de reorientação da atenção à saúde, sendo um dispositivo que visa mais do que a recepção do usuário, procura visualizá-lo de forma ampliada e humanizada. Pautado na relação profissional-usuário, ele refere-se à resolutividade das demandas, qualificando os processos e proporcionando ao usuário o acesso justo, ampliado e integral.

Tem-se como ferramenta do acolhimento, para a qualificação das relações, a escuta qualificada. Salienta-se que, em relação à satisfação do usuário com o acesso aos serviços de AB, ser escutado na maioria das vezes que procurou o serviço de saúde obteve escore positivo na primeira fase do estudo, destaca-se assim, a relevância de tal ação. A escuta qualificada, segundo Raimundo e Cadete (2012), transcende o ouvir e emprega significado as palavras, a fim de contemplar a integralidade da atenção aos usuários.

Assim, além de acolher e escutar, a equipe deve ser capaz de comunicar-se. Os coordenadores dos serviços de AB expõem que a comunicação interprofissional corrobora para a melhoria dos resultados em saúde e contribui com o trabalho em equipe e com a atenção prestada aos usuários, visto que interfere de forma sinérgica no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, Treviatio e Baldissera (2018) visualizam a necessidade de ultrapassar o trabalho multiprofissional e refletir sobre a interprofissionalização das práticas, com o objetivo de formar um canal aberto e interativo entre os membros da equipe de saúde. A comunicação interfere diretamente no processo de trabalho das equipes, sendo fundamental para a organização dos fluxos e sistematização do trabalho.

Compreender as demandas e particularidades dos usuários constitui a qualificação dos processos de trabalho. Os profissionais entrevistados mostraram formas distintas de sistematização dos fluxos e atendimentos, que vão desde o agendamento de consultas aos turnos de trabalho. Tais achados demonstram a existência de múltiplas formas de organização e sistematização, por exemplo, o acesso com classificação de risco e vulnerabilidade; o acesso avançado; os turnos alternativos; o agendamento de consultas realizadas pelo ACS; o acolhimento do dia; a demanda programada, entre outros.

No que diz respeito à organização, conhecer a população adstrita e o território emergiu nas falas dos entrevistados na perspectiva de qualificar o acesso prestado, uma vez que, só é possível atender as demandas da população quando se tem conhecimento sobre sua realidade. Torna-se viável a adoção de estratégias de planejamento por meio da identificação de diferentes realidades, e cinco momentos são imprescindíveis para o desenvolvimento desta análise, a saber: 1. O diagnóstico epidemiológico; 2. A análise territorial; 3. O diagnóstico dos recursos próprios; 4. A análise subjetiva; 5. O mapeamento de relações entre os serviços e o usuário (CARVALHO; QUEIRÓZ; BARROSO, 2016).

O diagnóstico epidemiológico é importante para estabelecer critérios de causalidade no processo saúde-doença de uma determinada comunidade. Foi destacado pelos coordenadores dos serviços de AB a necessidade de adaptação das práticas em relação às reais demandas da população, com vistas a ofertar uma atenção integral à saúde, o que serve para avaliar a viabilidade das ações propostas e caracterizar as demandas das unidades de AB, no sentido de solucionar as demandas prevalentes.

Além disso, o trabalho em saúde carece da necessidade de organização dos serviços, e vale-se da determinação social do processo saúde-doença para subsidiar suas práticas. Pensar este processo amplia a interlocução entre os profissionais de saúde e a população, pois permite analisar os aspectos pertinentes ao contexto das pessoas, que podem influenciar na atenção à saúde dispensada, desta forma, pensa-se além da dimensão biológica, analisando as intervenções do meio em que se vive sobre as demandas de saúde dos sujeitos.

Desse modo, os profissionais exercem a função de reconhecer as reais necessidades de saúde da população e, para contemplar a análise criteriosa dos usuários, torna-se necessário, por parte dos profissionais, conhecer o território. Estes achados convergem com o estudo de Meneses et al. (2019), que descreve a territorialização como

ferramenta indispensável para o planejamento e desenvolvimento das ações no âmbito da AB.

O território é visto por Justo et al. (2017) como um espaço vivo, capaz de produzir saúde, e este deve passar por um diagnóstico. A análise territorial pode dar-se pelo mapeamento através de satélites disponíveis em sites, a fim de identificar acidentes geográficos, rios, degradação ambiental, entre outros. Ela deve ser complementada de forma presencial, com o intuito de descrever as possíveis demandas de saúde oriundas do território e da rede básica (escolas, creches, praças, mercados, igrejas, entre outros).

Tais assertivas corroboram com o estudo desenvolvido por Pessoa et al. (2013), o qual ressalta a imprescindibilidade de se realizar o mapeamento de forma horizontal e, por intermédio deste, conhecer as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Após a análise situacional, tem-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), citado na segunda fase do estudo como forma de elencar as ações a serem desenvolvidas nos serviços, o qual é expresso em dez momentos distintos, sendo eles: a definição dos atores que participam do planejamento; o levantamento dos problemas, a ser realizado em equipe; a definição dos determinantes de cada problema; a definição do nó crítico de cada problema; a priorização dos problemas e dos determinantes; o estabelecimento de metas e resultados desejados; a determinação do plano de ação; a implementação e gerenciamento; e a avaliação permanente (SOUZA; HORTA, 2016).

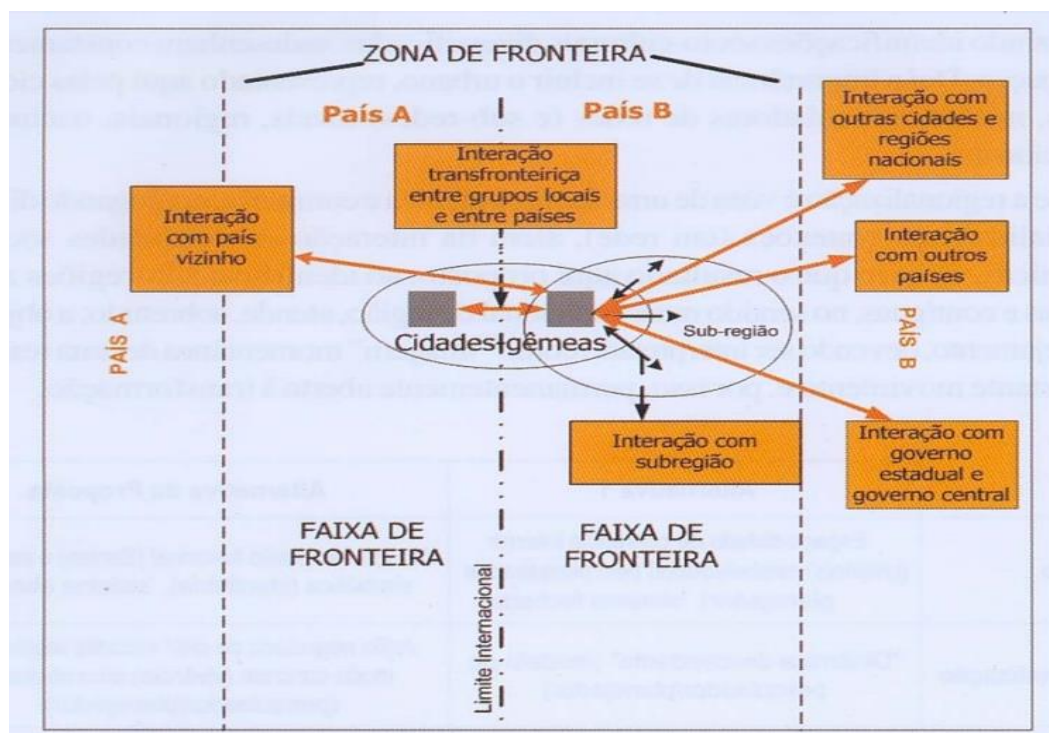
Dessa forma, conhecer o território implica em analisar suas particularidades e os sujeitos a ele pertencentes, tendo como cenário de pesquisa a Fronteira Oeste do RS, algumas particularidades permeiam a atenção à saúde. No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, os municípios da 10ª CRS/RS devem acolher a população fronteiriça, uma vez que o SUS não restringe o atendimento com base na nacionalidade dos usuários.

Além da atenção à saúde dispensada, outro aspecto a ser destacado é o respeito aos hábitos culturais, costumes e religião. Na primeira fase do estudo, 147 (90,7%) dos usuários satisfeitos com o acolhimento afirmaram sentir-se respeitados. Ao buscar identificar os significados expressos neste resultado observou-se – na segunda fase – que os profissionais buscam compreender as singularidades dos sujeitos e procuram ofertar o acesso com base nas demandas apresentadas. Dessa forma, ao ser localizada em uma região de fronteira, o misto cultural se faz presente diariamente, e evidencia a necessidade de ampliar o olhar frente aos usuários que transitam no território.

Dessa forma, Ferreira et al. (2015) evidenciam o caráter emergente do acesso aos serviços de saúde nas regiões fronteiriças, o qual ocorre por meio da ampliação das interações transfronteiriças e requer estratégias direcionadas à universalidade do acesso. Não há marco regulatório nacional no que se refere a atenção à saúde de estrangeiros, existem alguns pactos entre os municípios pertencentes as fronteiras, porém, tendo em vista que o repasse financeiro do SUS ocorre por meio da população cadastrada e *per capita*, o valor referente a atenção prestada aos estrangeiros não é repassado aos municípios, resultando em repercussões financeiras sobre o acesso, pois o SUS não conta com um sistema de informação capaz de quantificar os atendimentos dispendidos a essa população (GADELHA; COSTA, 2007).

Ao refletir sobre a conformação dos sistemas de saúde dos países vizinhos (Uruguai e Argentina) nota-se, que a oferta de um sistema universal e também a localização dos territórios acabam por fomentar a utilização do SUS, pois algumas cidades conhecidas como cidades gêmeas, que conforme Gadelha e Costa (2007) “São adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira, seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura”, propiciam o ir e vir dos usuários, conforme a figura 05.

Figura 05 – Zona de Fronteira e cidades gêmeas. Santa Maria/RS, 2020.



Fonte: Gadelha e Costa, 2007.

A exemplo de cidades gêmeas na Fronteira Oeste/ RS, tem-se as cidades de Santana do Livramento e Rivera (Uruguai), com linha de fronteira seca. No que corresponde ao acesso aos serviços de AB por Uruguaios ou doubles-chapas (como são chamados), os mesmos possuem livre arbítrio para morar, estudar, trabalhar onde escolherem, sendo que esses fluxos migratórios incluem o acesso aos serviços de saúde (BÜRHING, 2015).

## **7.2 Atores protagonistas da melhoria e qualificação do acesso de primeiro contato**

No cenário da saúde, gestores, profissionais e usuários contracenam com necessidades e poderes interdependentes, porém, todos devem contribuir para a melhoria e qualificação do acesso de primeiro contato na AB. O gestor municipal, enquanto ator social e autoridade executiva, deve munir-se de uma visão global, comunicação eficaz, além da competência de planejar e negociar com os outros atores. Ele tem de assumir a função gerencial com base em três dimensões: a política, que corresponde às ações com apoio da comunidade e relações com demais órgãos; a técnica, que trata das ações de identificação e priorização de problemas, com o intuito de solucioná-los; e a administrativa, que contempla a organização e o dimensionamento de recursos humanos, materiais e financeiros (BEDIM et al., 2014). As atividades de monitoramento e avaliação dos serviços, com vistas a superar a fragmentação são atribuições dos gestores das equipes, o que requer a presença de programas formativos que potencializem suas práticas (LORENZETTI et al, 2014).

Ressalta-se que outro ator fundamental no fazer saúde é o usuário, não apenas na figura de quem acessa o serviço, mas como potencial gerador de mudanças. Nesta perspectiva, tem-se a participação social como uma estratégia para a superação de fragilidades, uma vez que corresponde a organização social, aspecto central para a qualificação do acesso (PAIM; ALMEIDA, 2016). O presente estudo apontou a participação social como um dispositivo potente de reivindicação, controle e monitoramento de políticas públicas no âmbito da saúde. A participação social se mostra eficiente não somente em relação as narrativas que correspondem a inserção dos usuários nos conselhos de saúde, mas também na reorganização dos serviços.

Quanto ao indicador de resultado, os usuários participantes da primeira fase deste estudo, que encontravam-se satisfeitos com o acolhimento ofertado nos serviços de



AB, em sua maioria, afirmam que as orientações dos profissionais atendem as suas necessidades 147 (87,7%), reforçando as narrativas dos profissionais entrevistados na segunda etapa, os quais expressaram preocupação com a resolutividade da atenção dispensada à população nos territórios sob responsabilidade das suas equipes.

Ainda, cabe destacar que os profissionais desenvolvem habilidades e competências técnicas para ofertar uma atenção à saúde acessível. Conforme Almeida, Fausto e Giovanella (2011), os gestores assumem a função de subsidiar atividades de educação continuada, destinada aos profissionais dos serviços de AB, a fim de sanar os nós críticos identificados por profissionais e usuários.

Como limites do estudo aponta-se o levantamento inicial de potencialidades e barreiras referentes ao acesso de primeiro contato na AB, em municípios fronteiriços, requerendo o aprofundamento dessa especificidade local. Ainda, o presente estudo limitou-se à identificação do acesso de primeiro contato, não sendo possível, neste momento, a realização de intervenções para qualificação dos serviços com escores negativos. Por fim, destaca-se o quantitativo reduzido de estudos que têm como cenário, no âmbito nacional, as regiões fronteiriças, especialmente aqueles que abordem a temática da saúde.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a construção histórica da AB percebeu-se constantes desafios, cercados de fragilidades e potencialidades. No que se refere ao acesso de primeiro contato, atributo este prioritário, pois uma vez que não se faça presente tem-se o impeditivo de consecução dos demais atributos, sejam eles os essenciais ou derivados.

Os processos avaliativos possibilitam, por vezes, identificar pontos a serem aprimorados, porém, imprimir significado à avaliação mostra-se capaz de gerar maior compreensão sobre a realidade dos serviços de saúde.

Não foi possível identificar um único aspecto, ou fator responsável pela qualificação do acesso de primeiro contato nos serviços de saúde pertencentes a 10ªCRS/RS, mas sim um conjunto de ações e estratégias elaboradas e operacionalizadas a partir do vivido.

Com o intuito de sanar as inquietações referentes ao acesso de primeiro contato, identificou-se a existência de múltiplos atores para a qualificação do acesso de primeiro contato, tornando possível o debate acerca da temática, visto que todos são atores importantes para a construção e consolidação do SUS, o qual tem como um de seus princípios fundantes o acesso.

Tem-se como proposição para a qualificação do acesso de primeiro contato o modo como as equipes de saúde observam o território no qual estão inseridas, como os usuários se reconhecem enquanto agentes providos de potencial gerador de mudanças, além do incentivo e participação da equipe gestora na tomada de decisões e reformulação das práticas.

O estudo aqui apresentado contribuiu para a construção do conhecimento em saúde coletiva, bem como para o saber de núcleo da enfermagem, dado que a profissão se faz presente de forma ativa na AB. Ainda, espera-se que os achados deste estudo possam contribuir com a qualificação do acesso de primeiro contato, bem como, com a reflexão acerca da organização dos serviços de AB em uma coordenadoria de saúde situada na tríplice fronteira brasileira.

Este estudo reforçou diversos desafios referentes aos aspectos que influenciadores do acesso de primeiro contato, posto que avaliar serviços de AB na perspectiva dos usuários é dar voz aos sujeitos, reconhecer seu protagonismo e fortalecer sua participação social no planejamento em saúde. Ressalta-se que, estudar o acesso aos

serviços de AB partindo da perspectiva do usuário possibilitou um olhar diferenciado frente às falas dos coordenadores, enriquecendo o processo de avaliação dos serviços de AB dos municípios da 10ª CRS/RS.

Por fim, sugere-se a realização de estudos que aprofundem na compreensão dos diversos aspectos que incidem sobre o acesso de primeiro contato nas regiões fronteiriças brasileira, realizando interlocução com as ações de enfermagem que podem ser realizadas nesse contexto, com o intuito de redesenhar a RAS nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** v.9, n.3, p.208-20, 1974.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016, 374 p.
- ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n.e, p. 182-94, 2014.
- AMARAL, F.L.J.S. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.7, n. 17, p.1833-40, 2012.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Saúde Pública.** Washington, v.2, n. 29, p. 84–95, 2011.
- ALVES, J.E.D.; CAVENAGHI, S. O Programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. In CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania.** Brasília, DF: IPEA, 2013, p. 233-45.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C.; SILVA, R.M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In **Tratado de Saúde Coletiva,** Hucitec Editora, Ed. 2ª, São Paulo, 2016, p.845.
- AQUINO, R. et al. Estratégia de Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde, In **Saúde Coletiva: Teoria e Prática** – Rio de Janeiro: MedBook, 1 Ed. p. 720, 2014.
- AUGUSTO, D.K. et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia Serviços e Saúde.** Brasília, v.1, n.28, p.2018-28, 2019
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H. E.; HAMAM, E.M. Contribuições da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n. 21, v. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciências e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n. 11, v. 17, p. 2865 – 75, 2012.
- BARBOSA, S.P.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.8, n. 18, p.2347-57, 2013.

BEDIN D.M. et al. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, n.4, v. 23, p. 1397-407, 2014.

BERTUSSO, F.R.; RIZZOTTO M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro n. 117, v.42, p. 408-19, 2018.

BOSSI, M.L.M.; MARTINEZ, F.J.M. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. *In*: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Sessão II – da Saúde. Página

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). **Dados e indicadores de setor**. Rio de Janeiro, RJ, 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília, DF, 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS de 1996. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2013**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRUNELLI, B. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, n.11, v.38, p. 1-12, 2016.

BÜRHING, M.A. (Re) Definição de Fronteira(s) e Cidades Gêmeas: Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira de Direito Internacional**. Belo Horizonte, n. 2, v.1, p. 230-60, 2015.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J. P. **Desafios da Avaliação de Programas e serviços de Saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

CARVALHO, B.R. et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.26, p. 462-69, 2018.

CARVALHO, E.C.; QUEIRÓZ, E.S.; BARROSO, V.G. Planejamento e Gerenciamento das ações de saúde pelo enfermeiro. *In*: SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CARLOS, E. MOVIMENTOS SOCIAIS E INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS Efeitos do engajamento institucional nos padrões de ação coletiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.30, n. 8, p.84-98, 2015.

CECÍLIO, L.C.O.; REIS A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, n.34, v.8, p. e0056917, 2018.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In*: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J. P. **Desafios da Avaliação de Programas e serviços de Saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

CHAMPAGNE F. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *In*: BROUSSELLE A. **L'évaluation: concepts et méthodes**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009.

CLEMENTINO, S. F et al. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde & Ciência online**. Campina Grande, n. 4, v.1, 2015.

CONIL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros

urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 24, v.1, p.7-27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. F. L'évaluation dans le domaine de la santé - concepts et méthodes. **Bulletin**, n.33, v.1, p. 12-17, 1993.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2th ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

CRUZ, J.S. et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 641-648, 2017

COUTINHO, L.R.P; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde e Debate**. São Paulo, n.35, v.105, p.514-24, 2015.

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

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE F.; BILODEAU, A. Histórico da Avaliação. *In*: HARTZ Z, CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, BROUSSELLE A. (org). **Avaliação conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p.19-39.

ENGSTROM, E.M.; MOTTA, J.I.VENÂNCIO, S.A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.5, v.21, p.1461-70, 2016.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 12-14, 2018

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; NETO, A. F. de O. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal**. Corumbá, n.18, p.71-92, 2015.

FERREIRA, L.C. et al. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, n.52, v. e, p. 01-9, 2018.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.20, v.6, p. 1869-78, 2015.

- FIGUEIRÓ, A.C. FRIAS, P.G. de; NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- FIORATI, R.C. et al. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à Atenção Primária à Saúde. **Revista de enfermagem UFPE online**. Recife, n.12, v.6, p.1705-16, 2018.
- FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-52, 2009.
- FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.
- FONTENELE, L.F. Mudanças recentes na Política de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.
- FRACOLLI, A.L. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 1, n. 39, p. 54-61, 2015.
- FRENK, J. El concepto y la medicación de accesibilidad. **Salud Publica México**. v. 29, p.127-40, 1985.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, 5214-5226, 2007.
- GALVÃO, C.M. Níveis de Evidência. **Acta Paulista**. São Paulo, v.19, n.2, 2006.
- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 1, v. 42, p. 81-99, 2018.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, São Paulo, Atlas, 2010.
- GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? **Cadernos de saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.34, v.8, p. 18-19, 2018.
- GIOVANELLA, L. et al. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M.H.M. de et al. (org.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2018. 610 p.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou coordenadora dos Cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.



GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 251-66, 2007.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

GOLD, M. Beyond covered and supply: measuring access to healthcare in today's Market. **Health Service**. v. 32, p. 625-62, 1998.

GUBA, E.G.; LICONLN, Y.S. **Forth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications p.22- 29, 1989.

GUBA, E.G.; LICONLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. EditoraUnicamp, Campinas, SP. 1ª ed. 320p. 2011.

GUIBU, A.I. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n.51, p.2-17, 2017.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) v. 4, n.8, p.14. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

JACOBS, B. et al. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. **Health Policy Plan**, v. 27, p. 288-300, 2012.

JUSTO, L.G. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu, n.1, v.21, p. 1345-54, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n.4, v.20, p. 867-73, 2011.

LEVORATO, C.D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.19, p.1263-74, 2014.

LIMA, J.G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, n. e, v. 42, p.52-66, 2018.

LIMA, R.T.S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 21, p.2685-96, 2016.

- LIMA, S.A.V. et al. Elementos que influenciam o acesso à Atenção Primária na Perspectiva de profissionais e de usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 2, 2015.
- LORENZETTI, et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 23, n.2, p. 417-25, 2014.
- MCINTYRE, D.; THIEDE, M.; BIRCH, S. **Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries**. *Health Economics*, p. 179-193, 2009.
- MEGIER, E. R. et al. Atenção primária à saúde: (re) conhecendo trajetória e conceito. **International Journal of Development Research**, v. 9, p. 31155-158, 2019.
- MELO, E.A et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.e,p.38-51, 2018.
- MELO, R.C.; MACHADO, M.E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.4, n.34, p. 61-7, 2013.
- MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.L. Reflexão acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.e,p.224-43, 2018.
- MENDONÇA et al. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M.H.M. de et al. (org.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2018. 610 p.
- MENDONÇA, M.H.M. de et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2018. 610 p.
- MENESES, M.O. et al. Processo de Territorialização realizado em unidades em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Cianorte, n. 2, v. 26, p.33-37, 2019.
- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: Campos C. T. (org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; Ed 1.p. 103-20, 1998.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington DC: National Academy Press; 1993.

MORAES, V.D.; MACHADO, C.V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, n.3, v. 41, p. 127-43, 2017.

NUNES, B.P. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.6, v.48, p.968-976, 2014.

OLIVEIRA, C.P. (org.). O Brasil em quatro décadas. Brasília: IPEA, 2010.  
OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> Acesso em: 17 de setembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000093&pid=S0104-1290201100040000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000093&pid=S0104-1290201100040000500008&lng=en) Acesso em: 17 de setembro de 2019.

PAIM, J.S.; ALMEIDA- FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.23, v. 6, p. 1723-28, 2018.

PENCHANSKY, R. THOMAS, W.J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. v. 2, n. 19, p. 127-40, 1981.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.23, p. 1903-13, 2018.

PONNET, L. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein**. São Paulo, v.1, n. 17, p.1-8, 2019.

PROTÁSIO, A.P.L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n. 22, p.1829-44, 2017.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M,M,M. Escuta Qualificada e gestão social entre os profissionais da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, n.2, v.25, p. 1335-47.

REGO, W.G.D.L.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Unesp, 2013.

REHEM, T.C.M.S.B.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. **Revista de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 2, n. 48, p. 70-6, 2014.

REIS, R.S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p. 3321-31, 2013.

RIBEIRO, L.A.; SCATENA, J.H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, n.2, v.28, 2019.

RIBEIRO, J.P. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.3, n.17, p. 1-11, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/crs>>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde (2016-2019)**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf> Acesso em: 19 de outubro de 2019.

ROLIM, L.B. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**. São Paulo, v.1, n.72, p. 24-31, 2019.

RONALD, A. NEWMAN, J.F. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973;51(1): 95–124.

SÁ, F.S. et al. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, Oxford, n.3, v.33, p. 243-48, 2016.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E. E. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p 861-70, 2018.

SANTOS, J. L.G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC. n.26, v.3, p. 01-9, 2017.

- SANTOS, S.M.S. et al. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, n.4, v.14, p. 499-508, 2010.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. v. 31, n.3, p.260-268, 2012.
- SOUZA, A.N. Monitoramento e avaliação da Atenção Básica: experiência recente e desafios para sua consolidação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n.1,v. 42, p.289-301, 2018.
- SOUZA, M.C.M.R.; HORTA,N.C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**.1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
- STAKE, R.E. The countenance of educational evaluation. *Techers Collage Record*. New Your, v.68 p. 523 -40, 1967.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 1-9, 2017.
- TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 821-28, 2012.
- TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n.4, v. 20, p. 227- 53, 2011.
- TESSER, C.D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate [online]**. São Paulo, v.42, n.1, p.361-378, 2018.
- TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M..E.P.; GUIMARÃES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.6, n.46, p.1007-13, 2012.
- TYLER, R.W. General statement on evaluation. **Jornal of Educational Research**. Washington, DC, v.35, p. 494-501. 1942.
- UCHÔA, S.A.C. et al. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n.e, v. 42, p.100-13, 2018.
- UCHÔA, S.A.C. et al. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. e, n. 24, p.1-29, 2016.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v.6, p.1751-62, 2018.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. 10(3): 1-28, 2016.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM</b>	
<b>INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS Entrevista Coordenador da Equipe de APS</b>	
<b>Caracterização dos sujeitos</b>	
Número do Questionário:	
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
Ano de nascimento:	
Formação:	
Vínculo Empregatício ( ) Estatutário ( ) Celetista ( ) Outro	
Tempo em anos que trabalha na Atenção Básica:	
Possui Formação complementar: ( ) sim ( ) não Qual?	
Atualmente, está estudando? ( ) sim ( ) não	
<b>Caracterização do Cenário</b>	
Município:	
Unidade: ( ) UBS Tradicional ( ) UBS ESF ( ) UBS Mista	
A unidade Urbana ( ) Unidade Rural	
Quanto tempo a unidade está no território:	
População adstrita:	População Cadastrada:
A equipe possui NASF de referência? ( ) sim ( ) não	
A equipe participou da Planificação da Atenção Básica? ( ) sim ( ) não	
Tem programa mais médicos?	
Profissionais da equipe	
Médico ( ) estatutário ( ) celetista	
Dentista ( ) estatutário ( ) celetista	
ACS ( ) estatutário ( ) celetista	

Técnico ( ) estatutário ( ) celetista
<b>Roteiro de entrevista - Coordenador da Equipe de APS</b>
Quais aspectos você considera que são relevantes para que o serviço tenha obtido excelente desempenho no PMAQ-AB (acesso)?
Houve alteração na organização/ sistematização do trabalho que contribuiu para o resultado?
Você como coordenador (a) estimulou alguma mudança na unidade para melhorar a qualidade do acesso ao serviço?
Como a unidade se organiza para receber o usuário?
Você considera que o usuário que acessa a unidade de saúde está satisfeito com o acesso ofertado? Se sim, quais os motivos?
Que estratégias a gestão municipal utiliza para facilitar o acesso do usuário na AB?
Você considera que a sua unidade é resolutiva?



**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À ATENÇÃO BÁSICA.

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** Rede de Atenção Primária à Saúde dos municípios integrantes da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do rio Grande do Sul (10ªCRS/RS).

CAAEnº 08909519.1.0000.5346

Eu Teresinha Heck Weiller, responsável pela pesquisa: Aspectos que influenciam no primeiro contato nas unidades de saúde da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde o convido a participar como voluntário deste nosso estudo. Esta pesquisa pretende identificar os aspectos que influenciam no primeiro contato na Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Justifica-se a realização desta pesquisa devido a necessidade de destacar quais aspectos influenciam no primeiro contato, uma vez que, ele é fundamental para garantir o fácil acesso aos serviços de APS. Para sua realização será realizada uma entrevista semiestruturada, com gravação e transcrição da mesma, sob guarda do pesquisador responsável por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Sua participação constará de forma voluntária.

**Riscos:** não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconforto/cansaço em responder ao questionário. E os benefícios serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico e na qualidade do acesso na Atenção Primária à Saúde.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo Sistema Único de Saúde, na unidade de saúde mais próxima. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

#### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Ciente e de acordo com o que fora anteriormente exposto, eu (profissional) \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinado este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Dra Teresinha HeckWeiller

**ANEXO A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Título do estudo:** ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO PRIMEIRO CONTATO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA 10ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** Rede de Atenção Primária à Saúde dos municípios integrantes da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (10ª CRS/RS).

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista semiestruturada com utilização de um roteiro de questões que será composto de questões fechadas e abertas. As entrevistas serão gravadas (meio digital) e realizadas individualmente pela pesquisadora nos serviços de APS que compõe a 10ª CRS/RS.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS. Por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Teresinha Heck Weiller. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 22 de março de 2019, com o número de registro CAAE 08909519.1.0000.5346

Santa Maria \_\_, de outubro de 2018.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Dra Teresinha HeckWeiller

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
10ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE- Alegrete

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Nós, abaixo assinamos, Delegado Regional de Saúde e Delegada Regional de Saúde Adjunta da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, autorizamos a realização do estudo "ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", a ser conduzido pelas pesquisadoras Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva e Enfª. Évilin Costa Gueterres.

Fomos informados, pelas responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual representamos.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

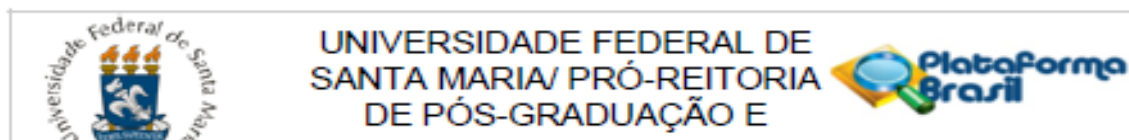
Alegrete, 26 de fevereiro de 2019.

Carlos Renato de Lima Costa  
Delegado Regional de Saúde  
 Carlos Renato de Lima Costa  
Coordenador Regional de Saúde  
ID: 2834502/3  
10ª CRS - Alegrete

Lizi Gabrielli Oribe Nunes  
Delegada Regional de Saúde Adjunta

Lizi Gabrielli Oribe Nunes  
Id. Func. 4374444/1  
Coordenadora Regional de Saúde  
10ª CRS - Alegrete

## ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** Teresinha Heck weiller

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 08909519.1.0000.5348

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.216.299

#### Apresentação do Projeto:

O projeto (dissertação/PPG em Enfermagem/UFSM) investiga a percepção de gestores e coordenadores das equipes de Atenção Primária à Saúde da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (Alegrete/RS, abrangendo 11 municípios), incorporando os elementos/aspectos presentes nas unidades de saúde que obtiveram desempenho satisfatório na avaliação externa do PMAQ-AB 2017 (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Participarão do estudo, em amostra estabelecida por saturação de dados, 15 coordenadores das Unidades de Saúde que obtiveram a partir da avaliação externa do PMAQ-AB 2017 desempenho "bom" e "muito bom" e os gestores da APS dos respectivos municípios que compõe a 10ª CRS, escolha justificada devido aos coordenadores e gestores estarem diretamente envolvidos no processo organizacional dos serviços de APS.

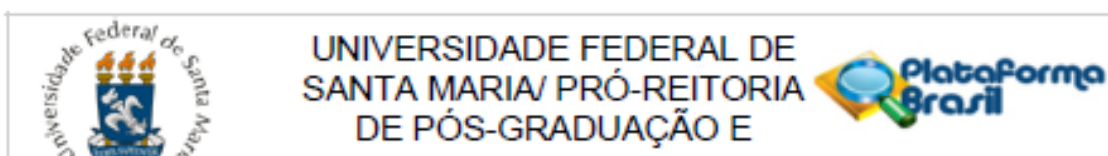
Os dados serão coletados através de entrevista semiestruturada com utilização de um roteiro composto de questões fechadas e abertas.

A pesquisa possui caráter qualitativo, seguindo a abordagem de Maria Cecília de Souza Minayo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo:** identificar os aspectos que influenciam no acesso de primeiro contato à Atenção Primária à Saúde na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.216.299

**Objetivos secundários:** identificar na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde as unidades que apresentaram desempenho satisfatório na avaliação externa no PMAQ-AB 2017; Sistematizar as estratégias utilizadas pelas equipes para garantir o acesso à APS; Compreender, na ótica dos gestores da APS, quais ações são desenvolvidas para qualificar o primeiro contato nos serviços da 10ª CRS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios: adequados

Riscos: nas Informações Básicas/Plataforma Brasil, os riscos estão descritos como: "indiretos que poderão ser cansaço e desconforto físico, em função da necessidade de disponibilizar tempo para participação da entrevista".

Benefícios: "indiretos, tais como, contribuição para o conhecimento científico e para o fortalecimento do planejamento e gestão dos serviços de APS".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo de Autorização Institucional (10ª Coordenadoria Regional de Saúde) e Termo de Confidencialidade: adequados.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: ver o item recomendações deste parecer.

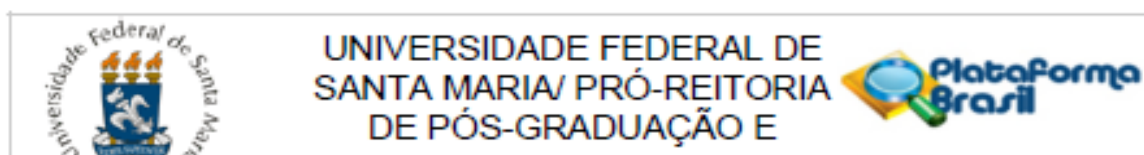
**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é necessário acrescentar a frase "Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa", que consta no modelo de Termo disponível em <http://nucleodecomites.ufsm.br/index>.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.216.299

php/cep/orientacoes-gerais.

Esta recomendação deve, obrigatoriamente, ser cumprida, ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1288818.pdf	28/02/2019 19:08:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ASPECTOSQUEINFLUENCIAMOACES SOPDF.pdf	28/02/2019 19:08:18	Évilin Costa Gueterres	Aceito
Outros	GAP.pdf	27/02/2019 17:13:42	Évilin Costa Gueterres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	26/02/2019 22:05:19	Évilin Costa Gueterres	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	26/02/2019 21:19:12	Évilin Costa Gueterres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	26/02/2019 21:12:28	Évilin Costa Gueterres	Aceito
Folha de Rosto	folhoderosto.pdf	31/01/2019 13:53:55	Teresinha Heck weiller	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

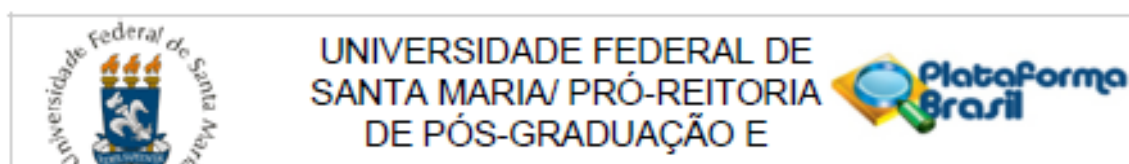
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 22 de Março de 2019

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.216.299

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com