

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE ARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MATHEUS SOARES SANTOS

**ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA:
Os resultados do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí**

PICOS – PIAUÍ
2017

MATHEUS SOARES SANTOS

**ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA:
Os resultados do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí**

Monografia submetida à coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Rumão Batista.

PICOS – PIAUÍ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S237a Santos, Matheus Soares.

Acesso de primeiro contato na atenção básica: os resultados do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí / Matheus Soares Santos. Picos – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (53f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Regionalização-Saúde.
3. Integralidade-Acesso. I. Título.

CDD 610.734

MATHEUS SOARES SANTOS

**ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO BÁSICA:
Os resultados do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí**

Monografia submetida à coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 07 / 07 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Rumão B. Nunes de Carvalho

Prof. Me Rumão Batista Nunes de Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Mailson Fontes de Carvalho

Prof. Me. Mailson Fontes de Carvalho (1º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Eduardo Carvalho de Souza

Prof. Me. Eduardo Carvalho de Souza (2º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Julio Araújo Silva

Esp. Julio Araújo Silva (Membro Suplente)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Dedico esse trabalho ao SUS, e a todos nós
que compomos esse belíssimo sistema!

AGRADECIMENTOS

Meus Singelos agradecimentos vão para todas aqueles que acreditaram no meu potencial, e que de alguma forma fizeram parte dessa etapa da minha vida acadêmica...

Àqueles que acompanharam a minha jornada, minhas alegrias e tristezas, e nunca desistiram do meu potencial: meus pais Maria da Cruz e Francisco Mauro Leal Santos; minhas irmãs Isabela, Carol e Maria Clara; não posso esquecer dos meus tios, primas, e a Vovó mundica e o Vovô Chiquim.

Àqueles que foram meu incentivo maior para mergulhar nesse mundo da pesquisa em Saúde Pública, e Controle Social, (Mailson Fontes de Carvalho e Julio Arujo), pois além de professores, são eternos amigos.

Aos meus amigos/Irmãos, Levi David e Luna Emanuela, a qual tenho grande apreço e estima pelo vínculo que criamos.

Ao projeto VERSUS pelo valioso aprendizado, e a todos os meus irmãos VERSUSIANOS.

Aos companheiros de militância do Movimento Estudantil, em especial a gestão “Sim, Nós Podemos”.

Ao Conselho Municipal de Saúde, pelo aprendizado adquirido e pelo espírito de fraternidade compartilhado.

Por fim agradeço ao SUS e cada profissional, gestor, usuário, que certa forma tenha contribuído para minha formação pessoal e profissional.

AbraSUS...

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

A qualidade da Atenção Básica pode ser avaliada por meio do exame da efetivação dos atributos que envolvem uma Atenção Primária à Saúde resolutive, a saber: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Ainda que a Atenção Básica seja de responsabilidade do município, para que se constitua como rede de atenção orientada pela atenção primaria, à Atenção Básica não pode estar isolada da perspectiva regional de organização. O estudo teve por objetivo analisar o atributo acesso de primeiro contato na Atenção Básica em uma região de saúde do estado do Piauí. O atributo acesso de primeiro contato foi dividido em componentes e traduzido na seleção de variáveis advindas do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Trata-se de um estudo de caso único, com a utilização de dados referentes aos municípios pertencentes a região de saúde do Vale do Sambito acerca da efetivação do atributo acesso de primeiro contato nas equipes de saúde participantes do programa na região. Dos resultados destacam-se positivamente os “turnos e dias de funcionamento”, e baixos resultados quanto à “marcação e agendamento de consultas na atenção básica, além de parâmetros de avaliação do acolhimento a demanda espontânea, método de agendamento, atendimento as urgências e emergências. Os resultados obtidos devem ser encarados como um fator de melhoria na construção continua de um sistema de saúde pública de melhor qualidade, integral, resolutivo e voltado às necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; avaliação; regionalização; integralidade; acesso.

ABSTRACT

The quality of Basic Attention can be evaluated by examining the effectiveness of the attributes that involve a Primary Health Care, such as: first contact access, longitudinality, comprehensiveness / completeness, coordination, community orientation, family centering and Cultural competence. Although Primary Care is the responsibility of the municipality, to be constituted as a care network guided by primary care, Primary Care can not be isolated from the regional perspective of organization. The purpose of this study was to analyze the attribute of first contact access in Primary Care in a health region of the state of Piauí. The attribute of first contact access was divided into components and translated into the selection of variables derived from the external evaluation instrument of the second cycle of the National Program for the Improvement of Access and Quality. This is a unique case study, using data referring to the municipalities belonging to the health region of the Sambito Valley about the implementation of the attribute of first contact access in the health teams participating in the program in the region. Of the results, "shifts and days of operation" were positively highlighted, as well as low scores on "scheduling and scheduling of consultations in basic care, as well as parameters for evaluating the reception of spontaneous demand, method of scheduling, emergency care and emergencies". The results obtained should be considered as a factor of improvement in the continuous construction of a public health system of better quality, integral, resolute and focused on the health needs of the population.

Keywords: Primary Health Care; evaluation; Regionalization; Integrality; access.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa da Região	31
Figura 2	Mapas de desenvolvimento	33
Figura 3	Serviços de Saúde ofertados na Vale Sambito	34
Gráfico 1	Método de agendamento de consultas referido pelos usuários entrevistados. Vale do Sambito, 2014	42
Gráfico 2	Atendimento sem horário marcado nas UBS da Região do Vale do Sambito na opinião dos usuários, 2014	43

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Definição dos atributos exclusivos e derivativos da APS e tipos de informação para medição	24
Quadro 2	Município e suas respectivas equipes	29
Tabela 1	Turnos de funcionamento das UBS da Região do Vale do Sambito, 2014	37
Tabela 2	Dias de funcionamento das UBS da Região do Território do Vale do Sambito	38
Tabela 3	Acolhimento a demanda espontânea na atenção básica da Região do Vale do Sambito	39
Tabela 4	Dias de funcionamento das UBS da Região do Território do Vale do Sambito	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AMQ	Avaliação para melhoria da qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PcaTool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SGDAB	Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERTURA	17
3.1	Atenção Primária a Saúde e Brasil	17
3.2	A avaliação na atenção básica Brasileira	20
3.3	O PMAQ-AB como estratégia de avaliação na atenção básica.	22
3.4	Atributo da APS: Acesso de Primeiro Contato	23
4	MÉTODOLOGIA	28
4.1	Tipo do estudo	28
4.2	Local e período do estudo	28
4.3	Dados do estudo	28
4.4	Aspectos Legais e Éticos	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1	Reconhecendo a Região de Saúde do Vale do Rio Sambito (Piauí)	31
5.2	O acesso de primeiro contato na atenção básica da Região do Vale do Rio Sambito	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE	54
	APÊNDICE A - – Quadro de análise das variáveis	55

1 INTRODUÇÃO

O processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde (no Brasil, intitulada Atenção Básica) como meio de acesso preferencial às pessoas que necessitam de cuidados básicos a saúde, ainda se configura como um grande desafio em algumas localidades, a nível nacional e mundial, por mostrar-se ineficiente e ineficaz, na efetivação das práticas que direcionam uma atenção equânime e integral ao indivíduo que necessita dos cuidados à sua saúde.

Ainda no final da década de 1970, baseado nas discussões mundiais sobre um melhora nas condições de atenção à saúde da população, é que veio a ocorrer a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata(Cazaquistão), aos cuidados da Organização Mundial da Saúde(OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância(Unicef), preconizando a Atenção Primária de Saúde (APS) como sendo estratégia para melhoria da saúde colocada de forma universal e acessível a todos os indivíduos e famílias, a um custo que tanto a comunidade como o País possam ser capazes de suportar (OMS, 1979).

Starfield *et al.* (2005) demonstra que sistemas de saúde com APS estão associados a melhores resultados de saúde. A APS representa o primeiro nível de contato do usuário com o serviço, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem ou trabalham e ainda está integrada ao processo permanente da assistência integral, incluindo: prevenção, promoção, cura e reabilitação; e enfatiza a necessidade de ações de outros setores no processo de atenção à saúde da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Para Starfield (2002), a APS corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, articulando-se ao trabalho de todos os outros níveis e organizando o uso dos recursos, direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde. A autora apresenta a concepção de APS como uma ação abrangente, com foco na discussão da qualidade da atenção, elencando quatro parâmetros essenciais para avaliação da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Pontua ainda que o poder de intervenção e a qualidade da APS são potencializados quando se considera a capacidade de interação dos serviços de Saúde com a comunidade e as pessoas que a ela pertencem, possibilitando a discussão sobre os aspectos derivativos da Atenção Primaria, sendo eles: “orientação para a comunidade”, “centralidade na família” e “competência cultural” (Starfield,2002).

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, tinham como objetivo estimular a reorganização da atenção primária à saúde às famílias vulneráveis. Anos mais tarde, o PSF ganhou importância política governamental e passou a ser considerado uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde (LIMA,2016).

Com o intuito de manter a qualidade dessas estratégias no atendimento à saúde da população, de forma a proporcionar melhorias, a “Política Nacional da Atenção Básica” (PNAB), integrada à APS, como fator condicionante na fundamentação de seus objetivos essenciais, de forma a basear-se na reestruturação e planejamento das ações nos serviços de saúde, conforme a heterogeneidade de cada local, planejando as suas estratégias no monitoramento, avaliando e acompanhando a Atenção Primária à Saúde, de acordo com propostas por Starfield (2002). Dentre as ações prioritárias da PNAB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é tida como uma forma de “política” de expansão, qualificação e consolidação da AB, favorecendo um novo processo de trabalho, com foco no fortalecimento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária à saúde (BRASIL, 2012).

Em meio a execução da PNAB, surge a necessidade de atuação de um programa que ajuste, estabeleça, melhore e avalie às estratégias instituídas pela PNAB. Criado em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), propõe como objetivo de atuação, avaliar e monitorar os serviços da Atenção Básica (AB), estimulando a melhoria e a qualidade do acesso, nos diversos contextos demográficos e socioculturais do País (BRASIL, 2012).

Com a meta de ampliação do acesso e da qualidade do cuidado na AB, por meio de monitoramento e avaliação de indicadores do processo de trabalho e da satisfação dos usuários, o PMAQ estabelece um ciclo contínuo de melhorias do acesso e da qualidade, dividido em quatro etapas (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e monitoramento), vinculados a repasses financeiros destinados a implantação de melhorias no acesso e na qualidade das equipes da AB. (CARVALHO; SILVA; VASCONCELOS 2016 e BRASIL 2011).

Em razão da existência de um programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, e entendendo que o acesso é um atributo essencial da AB, essa pesquisa justifica-se na necessidade de conhecer avanços ou melhorias no acesso a AB em uma região de saúde do Estado do Piauí.

Assim, considerando que a oferta da APS a uma população apresenta uma série de desafios constatados por meio da avaliação da atenção básica, este estudo buscara identificar como se dá o atributo acesso de primeiro contato na atenção básica de uma região de saúde, considerando dados provenientes do PMAQ-AB, tendo o programa como uma das formas necessárias de proporcionar o acesso e a qualidade dos serviços prestados, dado os resultados.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o atributo acesso de primeiro contato na Atenção Básica em uma região de saúde do estado do Piauí.

2.2 Específicos

- Avaliar padrões de funcionamento das UBS's analisadas no PMAQ-AB.
- Identificar mecanismos de agendamento de consultas e atenção as urgências na AB.
- Apresentar possíveis pontos de intervenção para a melhoria do acesso de primeiro contato à Atenção Básica no município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária a Saúde e Brasil

Os primeiros relatos sobre a Atenção Primária à saúde, como um nível dos sistemas de saúde, foi apresentado no Relatório Dawson, de 1920, no Reino Unido, onde nesse relatório apresenta-se uma descrição completa de uma rede regionalizada, baseada entre medicina preventiva e curativa em um território. Cada território teria centros de saúde primários que seriam a “porta de entrada” do sistema, onde esse sistema seria o responsável pela resolução da maior parte das necessidades de saúde por meio de um médico generalista. Os casos não resolvidos na Atenção Primária deveriam ser encaminhados aos demais serviços especializados e hospitalares, ao qual os centros estavam vinculados, caracterizando assim a hierarquização dos níveis de atenção à saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

O Relatório Dawson foi o primeiro documento a descrever territorialização, articulação entre saúde pública e atenção individual, como fores determinantes na melhoria das práticas de atendimento à saúde da população. No que se refere à organização dos serviços, o relatório trouxe as concepções de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência, coordenação pela APS e mecanismos de integração (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Com o passar dos anos, as concepções de organização hierárquica influenciaram sistemas de saúde de todo o mundo, fundamentando duas características principais de sistemas: regionalização e integralidade. Era evidente que em países desenvolvidos, havia a busca incessante de novas formas de atenção à saúde, que se apresentassem mais eficientes, a um menor custo, ao tempo em que os países em desenvolvimento, contavam predominantemente com falta de acesso a cuidados básicos a saúde da população (FAUSTO e MATTA, 2007).

Devido à preocupação mundial com a ausência de métodos, tecnologias ou práticas cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis que norteassem a APS como forma primária de cuidado, é que no final da década de 70 veio a ocorrer a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, aos cuidados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), onde na conferência é declarada os cuidados primários de saúde ou de Atenção Primária de Saúde (APS) como sendo a atenção essencial à saúde, colocada de forma universal e acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, de acordo com as

formas aceitáveis para a comunidade e a um custo que tanto a comunidade como o País possam ser capazes de suportar (OMS, 1979).

A APS de acordo com a Declaração de Alma Ata, pontua que a população deve usufruir de necessidades básicas de ações mínimas que envolvem: participação social na gestão, educação em saúde para proteção e prevenção, alimentação adequada, tratamento de água e saneamento, saúde maternoinfantil, planejamento familiar, imunização, controle de endemias, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Além disso, a declaração aponta para a necessidade de conceber a saúde como direito humano e como resultado de condições econômicas e sociais (FAUSTO e MATTA, 2007).

Giovanella e Mendonça (2012) afirmam em seu estudo que a APS representa o primeiro nível de contato, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem ou trabalham, não se limitando apenas ao primeiro nível de cuidado, pois está constantemente integrada ao processo permanente da assistência integral, que visa: prevenção, promoção, cura e reabilitação, além da importância de ações de outros setores.

Para Starfield (2002), a APS apresenta-se como norteadora de primeiro nível da atenção à saúde de alguns sistemas, articulando-se outros níveis de atenção, de forma a organizar o uso dos recursos, direcionando-os à promoção, manutenção e melhoria da saúde. Podemos dizer ainda que a autora distribui a concepção de APS em quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), e atributos derivativos “orientação para a comunidade”, “centralidade na família” e “competência cultural” (STARFIELD, 2002).

Na década de 80, já era perceptível que o modelo assistencial de saúde vigente brasileiro, o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), já não compreendia a necessidade de reorientação do modelo assistencial, de acordo com a demanda populacional. Servindo como subsídio para a idealização de alguns dos princípios do SUS, as Ações Integradas em Saúde (AIS) já se apresentavam com conceitos avançados sobre universalidade e atenção integral.

Em 1988, com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, a APS também foi ganhando novos significados. No Brasil o termo APS é comumente relacionado ao termo “atenção básica”, pois relacionam o primeiro contato ao primeiro nível de atenção a saúde definida por ações individuais e coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e com o objetivo de responder a maior parte de necessidades de saúde da

população (TEIXEIRA e SOLLA, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Levcovitz *et.al* (2001) destacam que nacionalmente a APS ganha uma maior notoriedade com a criação da norma operacional básica (NOB) SUS 01/96. Comumente apresentada com o termo “atenção básica”, a NOB cria estratégias de repasses financeiros exclusivos para a Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável); orienta o fortalecimento da capacidade gestora do Estado em nível local, definindo indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, foram criados enquanto programas estratégicos no combate a epidemias, nas regiões Norte e Nordeste. Tinham o intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local e tinham por foco, as famílias vulneráveis. Porém, entre os anos de 1998 e 2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, com base na universalização. (TEIXEIRA E SOLLA, 2006).

Em seu estudo, Vasconcelos (2015) pontua que o fato das UBS's estarem mais profundamente inseridas na dinâmica social local, de terem constância e continuidade de atuação, de integrarem ações educativas, preventivas e curativas e de serem de fácil acesso à população, proporcionam a esses serviços grande potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte, atendendo as necessidades básicas de uma determinada demanda populacional. Considerada uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde, o PSF começa a ganhar destaque no âmbito político governamental, onde no ano 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formaliza o PSF enquanto estratégia por meio de acordo firmado entre município, Estado e Governo. A PNAB 2006 incorporou os atributos de APS propostos por Starfield (LIMA, 2016).

A PNAB preconiza, territorialização, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área, equipe multiprofissional, objetivando que a UBS seja a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Devendo ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2006; CAMPOS, 2011).

Em 2011, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, é inovada a concepção de uma APS mais abrangente, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual ou coletivo, de forma a proporcionar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na

situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL,2011b:19)

Além disso, é possível identificar algumas mudanças entre a PNAB 2011 e PNAB 2006, no que concerne: aos programas que compõem o PAB variável, como por exemplo, o componente qualidade (PMAQ-AB); novas modalidades de atendimento, pautado nas ESF's (ribeirinhas, fluvial e consultório na rua, por exemplo); às diferentes possibilidades de inserção do profissional médico nas equipes de Atenção Básica, quanto à carga horária; e a institucionalização dos diferentes tipos de núcleos de apoio à saúde da família (NASF) (Brasil, 2011b).

3.2 A avaliação na atenção básica Brasileira

A dinâmica de alguns sistemas de saúde, envolve conjuntos necessários para sua execução, envolvendo relações políticas, econômicas e institucionais na forma de aplicação de suas regras e serviços, além de aspectos essenciais para a sua compreensão, como a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações. Logo, a complexidade desses fatores torna necessários o estudo e avaliação desses sistemas (LOBATO E GIOVANELLA, 2012).

Em um contexto onde a necessidade de monitoramento é exigida como fator de melhoria de alguns sistemas, a avaliação em saúde apresenta-se como um fundamental mecanismo para compreender, sistematizar e analisar os contextos de alguns sistemas que englobam à saúde, bem como, para responder às necessidades de informação dos responsáveis pelo gerenciamento e tomada de decisão (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

É consenso entre alguns autores que a “cultura de avaliação”, nem sempre pressupõe uma forma de julgamento negativo de profissionais ou serviços. Mesmo que os resultados das avaliações não gerem diretamente decisões imediatas, espera-se que estas sirvam de aporte para contribuição positiva na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2011). Nesse sentido Dubois *et al.* (2011) interpretam na atualidade, a avaliação em saúde como um “processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção de conhecimento sobre as intervenções” (DUBOIS, *et al.*, 2011:20).

Para Champagne *et al* (2011), avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de provocar questionamentos de forma a construir individual ou coletivamente

juízos que possam se traduzir em ações e intervenções. O Ministério da Saúde (2005) apresenta a avaliação em saúde como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde constituindo-se de um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades, cabendo aos gestores fazerem parte desse conjunto de atividades desempenhadas pelas equipes de saúde.

Tais conceituações destacam a importância da avaliação como base para a tomada de decisões, pontuando a necessidade do envolvimento de diferentes atores nesse processo. Além do fornecimento de informações fundamentadas empírica e cientificamente, a avaliação pode ser vista como um processo de aprendizagem, sendo “apta a desempenhar um papel importante na governança e na melhoria contínua das intervenções do sistema de saúde” (CONTANDRIOPOULOS, 2011: 272).

Considerando as várias perspectivas sobre avaliação, de acordo com o contexto e época, Starfield (2002) apresenta uma abordagem para avaliação dos sistemas de saúde. Ressalta que cada sistema de saúde possui uma estrutura (capacidade) definida com características que possibilitam a oferta e/ou prestação de serviços; processos (desempenho) que são as ações que constituem a oferta (por parte dos profissionais) e recebimento dos serviços (por parte dos usuários), e resultados, observados em vários aspectos de estado de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Segundo a autora, para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos essenciais da APS (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) é necessário relacionar elementos de processo (desempenho) e estrutura (capacidade) (STARFIELD, 2002). Nesse aspecto, pondera que nenhum sistema de saúde alcança o desempenho perfeito em todos os atributos da APS simultaneamente, pois o desempenho de um sistema é uma ação gradativa e a busca pela qualidade dos serviços é um processo constante. Logo, sinaliza que deve haver a necessidade contínua de uma atualização dos padrões de qualidade, ou seja, à medida que um padrão é atingido, outro deverá ser criado com o intuito do alcance de um patamar superior no decorrer do tempo. O estudo dos atributos e da qualidade da atenção reforçaria a necessidade de qualificação dos profissionais e organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e dos resultados de saúde (STARFIELD, 2002).

Na atualidade, a principal estratégia de avaliação da AB no Brasil é realizada pelo PMAQ-AB, que facilita o monitoramento dos resultados a nível local, regional e Nacional.

3.3 O PMAQ-AB como estratégia de avaliação na atenção básica

A partir de 2011, o Ministério da Saúde instituiu por meio da portaria GM nº 1.654/2011 de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica variável (BRASIL, 2011c).

O principal objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, a melhoria contínua da qualidade da ABS por meio do desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas de saúde capazes de enfrentar os desafios impostos pelas diferentes necessidades de saúde da população, ampliando a capacidade das três esferas de governo de ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2013a).

São diretrizes do programa: considerar as diferentes realidades de saúde do país; gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e os resultados em saúde; a transparência nas etapas do programa; a mobilização/responsabilização dos atores das três esferas de governo, por meio de uma cultura de negociação e contratualização; a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários; e o caráter voluntário de adesão ao programa (BRASIL, 2011c).

Para promover a adesão do programa, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de incentivo financeiro com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho das equipes de AB, conforme padrões específicos expressem a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria nas condições de trabalho, e investimentos no desenvolvimento dos profissionais da Atenção Básica. (LIMA, 2016).

O PMAQ-AB é constituído por quatro fases complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A saber: “Adesão e Contratualização”, “Desenvolvimento”, “Avaliação Externa” e a última fase, que representa o início do novo ciclo, é chamada de “Recontratualização” (Brasil, 2011c).

A fase 1- Adesão e contratualização é considerada a etapa formal de adesão voluntária pelos municípios ao programa, por contratualização de compromissos e indicadores (BRASIL, 2011c).

A Fase 2 - Desenvolvimento é a etapa de desenvolvimento de ações pelas equipes de atenção básica, gestões municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Essa etapa é dividida em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento dos indicadores econtratualizados, apoio

institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente (BRASIL, 2011c).

A Fase 3 - Avaliação externa é o momento que inclui levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB, em dois momentos: visita da equipe de avaliação externa e certificação. (BRASIL, 2011c).

A Fase 4 – Recontratualização fase que ocorre posteriormente à certificação das equipes da atenção básica, e repactuação com programa.

O ciclo 2 sofreu modificações, tanto em organização, como em conteúdo, incluindo mais alguns módulos utilizados na avaliação externa. Dentre eles:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e saúde bucal e verificação de documentos na UBS.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde avaliando o satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.
- Módulo IV – Entrevista com profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- Módulo V – Observação da infraestrutura especificamente das equipes de saúde bucal;
- Módulo VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal, sobre o trabalho da equipe de saúde bucal.

É necessário salientar que a metodologia da avaliação do PMAQ-AB se apresenta como colaborativa e construtivista, ao tempo em que os atores envolvidos (representantes dos entes municipal, estadual e federal) cumprem papéis centrais de organizadores, ao mesmo tempo que, não necessariamente compartilham das mesmas opiniões, porém, constroem consensos que contribuem na aceitabilidade da avaliação como fator condicionante no desenvolvimento de corresponsabilidades, e no aprimoramento da AB. Além disso, o programa pode ser considerado estratégico, uma vez que seu objetivo ultrapassa a avaliação do desempenho e repasses de recursos financeiros, podendo suscitar a reflexão, problematização e qualificação nos serviços de APS (FAUSTO, *et al.*, 2013).

3.4 Atributo da APS: Acesso de Primeiro Contato

Bárbara Starfield (2002) propõe um método na avaliação da APS, abrangendo

características que podem ser exclusivas da APS, derivativas ou fundamentais, mas nunca exclusivas. Identificando que esses atributos possuem uma relação entre si, a autora define quatro atributos exclusivos/essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação, que são os de maior especificidade para a avaliação da APS (Quadro 1). Estes atributos são distintos conceitualmente, mas apresentam superposição e complementação na prática das equipes. Em relação aos aspectos derivativos da APS, pode-se dizer que estes contribuem para o alcance dos atributos exclusivos e potencializam a qualidade da APS, saber: centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade (STARFIELD, 2002).

Quadro 1. Definição dos atributos exclusivos e derivativos da APS e tipos de informação para medição

ATRIBUTO	DEFINIÇÃO	TIPO DE INFORMAÇÃO
Atributos exclusivos		
Atenção ao primeiro contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente de atenção em caso de adormecimento ou para rotineiros da saúde Porta de entrada Preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato
Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção
Abrangência ou Integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos Problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas

	demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário	atendidas na APS sem necessidade de Encaminhamento
Coordenação da atenção	Coordenação significa integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que os pacientes tenham sido recebidos. Ocorre a partir da disponibilidade de informações relacionadas às necessidades de saúde para o presente atendimento	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento (ocorrência e resultados)
Atributos Derivativos		
Orientado para comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade Participação da comunidade nas decisões sobre saúde	Mecanismos de alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na Unidade
Atributos Derivativos		
Orientado para comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade Participação da comunidade nas decisões sobre saúde	Mecanismos de alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na Unidade
Centralidade na família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família

Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-doença	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades
----------------------	---	---

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2002 e LIMA, 2016

O atributo de acesso de primeiro contato indica os serviços de porta de entrada regularmente procurados pelos usuários que necessitam de cuidados ou acompanhamento para um problema rotineiro de saúde. Trata-se da porta preferencial do sistema de saúde, ou seja, o “ponto de início de atenção e filtro para acesso a serviços especializados” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p.505).

Esse atributo envolve acessibilidade e acesso, que segundo Travassos e Martins (2004), a acessibilidade refere-se às características da oferta que facilitam ou dificultam a chegada das pessoas aos serviços, podendo ser sócio organizacionais, financeiras (características do serviço) e geográficas (relacionadas a distância, tempo e custo de viagem, etc.)

Já acesso, é explicado pelas autoras como um conceito multidimensional, podendo ser definido pelo "acesso potencial" e "acesso realizado"; sendo acesso potencial relacionado à presença nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso dos serviços, e acesso realizado, a utilização em si, influenciado também por outros fatores que não acesso potencial. Em outras palavras, Travassos e Martins (2004) concluem que: acessibilidade está se referindo a uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e usuários; e o acesso refere-se como entrada inicial/principal da capacidade instalada em saúde.

No que concerne a avaliação da APS no primeiro contato, a autora destaca a necessidade de três informações importantes : "Acessibilidade das unidades"(horário de disponibilidade, acessibilidade ao transporte público, oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, instalações adequadas para portadores de deficiências, horários noturnos, facilidade para marcação de consulta e de tempo de espera, ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais); "experiências pessoais com o acesso a atenção", sob a perspectiva do usuário; e uso real do espaço da "unidade como local de primeiro contato" e serviços de procura de cuidados regulares (STARFIELD, 2002).

Pondera-se o fato de que exista diferença entre acessibilidade e acesso, pois segundo Starfield 2002, regula em sua proposta que acessibilidade está atrelada a fatores

geográficos (distância, terreno, locomoção até o local desejado) culturais financeiros; sendo que acesso está intimamente ligado a participação direta do indivíduo no papel de protagonista no cuidado, pois além de cobrar aos profissionais envolvidos com a prática do cuidado, pode contribuir com a sua participação, direta e indiretamente, na aplicação dos atributos essenciais e derivativos da APS.

Estudos apontam um bom desempenho da Saúde da Família como sendo a ordenadora do acesso primário na busca de atendimento à saúde pelo usuário do serviço. Giovanella *et al.* (2009) afirmam que os serviços de atenção primária têm se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial.

Fausto *et al.* (2014) problematizam esse tema a partir dos resultados do PMAQ-AB apontando que as equipes da AB participam cada vez mais como sendo o acesso preferencial, no que tange ao atendimento de diversas demandas e servindo como função de filtro para atenção especializada. Porém, haveria necessidade de avanços quanto à organização funcional, principalmente no acolhimento, assim como à disponibilidade para consultas de urgência e emergência e às formas de acesso dos usuários às consultas (LIMA, 2016).

Por sua vez, Campos *et al.* (2014) afirmam reconhecer à APS como porta de entrada do sistema, porém, com acesso dificultado por consequência de problemas de organização, com o acolhimento, falta de recursos humanos, e dificuldades de dar seguimento ao tratamento.

Assim, a existência de um serviço primário de contato, procurado regularmente a cada vez que o cliente/paciente/usuário necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, proporcionam a formação de vínculos, facilitando a coordenação dos cuidados a saúde para população. (GIOVANELLA *et al.*, 2009a)

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, do tipo estudo de caso único, com intuito de analisar resultados de equipes sobre o acesso de primeiro contato na AB em uma região de saúde do interior do Piauí.

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características que determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).

Segundo Yin (2015), o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados, podendo incluir tantos estudos de caso único quanto múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa.

Os estudos de caso têm várias aplicações, sendo apropriado para pesquisas com grande variedade de variáveis e relacionamentos que podem ser diretamente observados e não existem leis básicas para determinar quais são importantes (VENTURA 2007).

4.2 Local e período do estudo

Com análise realizada no mês de junho de 2017, utilizou-se dados provenientes da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB referentes aos municípios de Aroazes; Barra D'Alcântara; Elesbão Veloso; Inhuma; Lagoa do Sítio; Novo Oriente; Pimenteiras; Prata do Piauí; Santa Cruz dos Milagres; São Félix do Piauí; Valença do Piauí; Várzea Grande, localidades estas responsáveis pela composição do Território de desenvolvimento do Vale do Rio Sambito e se conformam para formação de uma região de saúde no estado.

4.3 Dados do Estudo

As informações para esta investigação foram coletadas em banco de dados secundários provenientes do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, dados disponibilizados livremente (livre acesso para gestores, trabalhadores e usuários) pelo Ministério da Saúde em seu site oficial.

Para alcançar os objetivos desse trabalho, foi utilizado como base o modelo do estudo de LIMA (2016), que baseava-se nos instrumentos de avaliação externa do PMAQ, relacionando-o ao atributo acesso de primeiro contato, proposto por Startfield (2002).

Foram analisadas 19 variáveis (ANEXO I), escolhidas no instrumento de

avaliação externa da UBS, Equipe e usuários, que traduzissem resultados sobre o atributo acesso de primeiro contato na Atenção Básica da região investigada.

Assim, após a seleção das variáveis procedeu-se com a limpeza do banco de dados considerando permanecer com resultados advindos de equipes e usuários dos municípios abaixo relacionados:

Quadro 02: Município e suas respectivas equipes

Município	Equipes avaliadas
Aroazes	2
Barra D'Alcântara	2
Elesbão Veloso	6
Inhuma	6
Lagoa do Sítio	2
Novo Oriente do Piauí	2
Pimenteiras	3
Prata do Piauí	1
Santa Cruz dos Milagres	2
Santa Cruz dos Milagres	1
São Félix do Piauí	1
Valença do Piauí	9
Várzea Grande	2
São Miguel da Baixa Grande	0
Francinópolis	0
	39

FONTE: Fonte: Elaboração própria a partir de instrumentos ciclo 2 PMAQ- AB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Vale destacar que os municípios de São Miguel da Baixa Grande e Francinópolis não apresentaram dados de análise neste estudo, em razão de não disponibilizarem dados referentes a suas equipes no banco de dados utilizado.

Para a análise da estrutura e funcionamento da UBS, foram utilizados resultados de 35 UBS, nas quais funcionavam 39 equipes, com um total de 182 usuários entrevistados.

Nesse aspecto, após a limpeza e organização do banco de dados quanto a variáveis e aos municípios de onde referiam-se os dados, estes foram transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS – 2.0 (IBM)*, a fim de facilitar o processo de análise de frequências simples, que estão apresentados nos resultados deste estudo através de tabelas, gráficos e de forma descritiva, seguidas de análise frente a literatura pertinente e a resultados de outras análises, afim de alcançar os objetivos do estudo.

4.4 Aspectos legais e éticos

Nesta investigação, embora tratando-se de uma análise sobre dados secundários, manteve-se o respeito aos aspectos éticos da pesquisa, atendendo as exigências das Diretrizes e Normas apresentadas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Reconhecendo a Região de Saúde do Vale do Rio Sambito (Piauí)

Localizado na macrorregião do SEMI-ARIDO, região Leste do Estado do Piauí, o território Vale do Sambito compreende uma área de 13.889,39 km², o que representa 5,4% da área total do Estado (IBGE 2010).

Abrangendo dois Aglomerados (AG 10 e AG11), a região é formada por 14 municípios, incluindo os pertencentes ao AG 10: Arozazes, Prata do Piauí, Santa Cruz do Milagres, São Felix do Piauí, São Miguel da Baixa Grande. Barra D'Alcântara, Elesbão Veloso, Francinópolis, Inhumas, Lagoa do Sítio, Novo Oriente do Piauí, Pimenteiras, Valença do Piauí e Várzea Grande, formam o AG 11.

Figura 01: Mapa da Região



Fonte: Adaptado de Caderno territorial N°164; Vale Sambito.

Uma das maiores riquezas do Vale do Sambito são os recursos hídricos. Nesse sentido, a região destaca-se pela presença dos Rios Sambito, São Nicolau, Berlenga, São Vicente, Poti, Coroatá, Serra Negra e Corrente. Verifica-se, ainda, a presença de uma das maiores barragens de água do Estado, a barragem Mesa de Pedra, cujo volume de água

ultrapassa os 55 milhões de metros cúbicos, localizada em Valença do Piauí (IBGE, 2010)

Apesar da sua reduzida extensão territorial, o Vale do Sambito conta com uma população estimada em 113.351 habitantes (IBGE, 2010), sendo que desse total cerca de 45.610 moram na zona Rural, e 67.741 na zona Urbana. No que se refere às atividades produtivas, a base da economia está pautada na agropecuária, com destaque para a apicultura, ovinocaprinocultura, irrigação de hortícolas e frutas, e, devido ao seu grande potencial, na exploração de recursos hídricos.

Em relação ao município que apresenta maior porte populacional, Valença do Piauí com 1.889.39 km² de extensão territorial, conta com um porte populacional total de 20.326 habitantes, sendo que destes, 15,798 moram na zona urbana. Ainda no critério populacional o Município de Valença vem precedido pelo Município de Inhuma, com uma extensão territorial de 978.22 km², e uma população de 14,845 habitantes; Pimenteiras com 4.563.13 Km² e um população total de 11.300 habitantes (IBGE, Censo Demográfico 2010). Vale destacar que os municípios com maior densidade demográfica, também apresentam maior demanda populacional.

Ao observar os dados coletados no Censo Demográfico do IBGE referentes aos anos de 2000 e 2010, nota-se o aumento da população total que passou de 111.611 em 2000 para 113.351 em 2010, variação equivalente a 1,56%. Com relação à população rural total, houve uma redução de 7,16%, o que caracteriza o crescimento das zonas urbanas que podem ou não estar relacionadas ao desenvolvimento urbano. (IBGE, 2010).

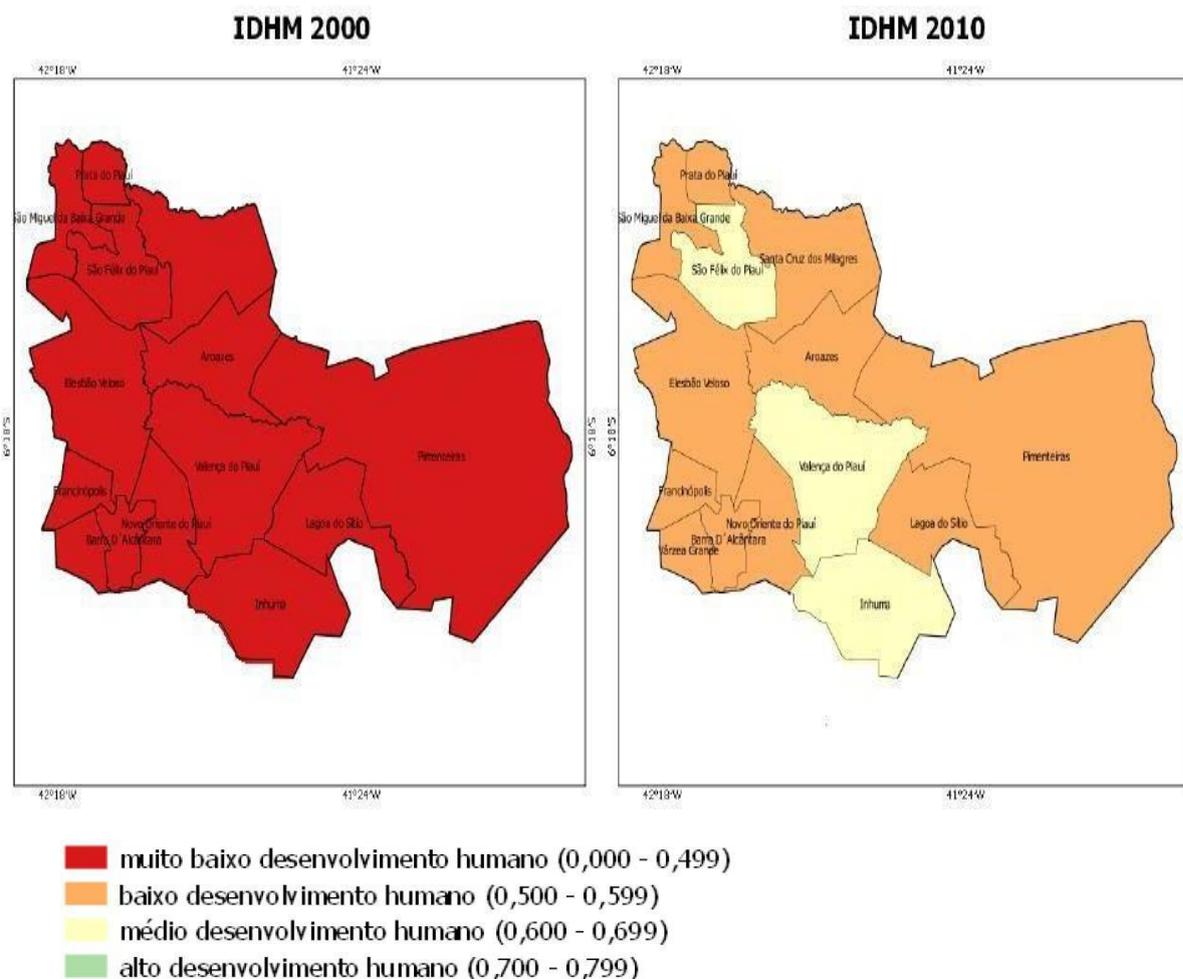
Apesar da região oferecer meios para exploração de recursos produtivos, ainda é notório traços de subdesenvolvimento nas cidades, apresentado pela alta porcentagem de pessoas vulneráveis a pobreza, totalizando 85.66% na região. O censo do IBGE de 2010 apresenta uma avaliação da renda per-capta da região, mostrando que a renda entre os municípios pertencentes ao vale, variam de extremos entre R\$ 177,27 no município de Elesbão Veloso e R\$ 563, 88 no Município de Pimenteiras, atribuindo uma média per-capta entre os 14 municípios da região de R\$ 282,79 (IBGE 2010, e Caderno territorial N°164; Vale Sambito).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), atribuído aos municípios do Vale Sambito, no último censo do IBGE de 2010, apresentaram uma média 3.73, ficando um pouco atrás da estabelecida no Estado do Piauí, que apresentava média 4.0, ainda no ano de 2009 (INEP, 2010). Segundo o Estudo de Oliveira (2016), as justificativas para a baixa qualidade da educação, de uma maneira geral, são as de que os recursos financeiros não são suficientes para oferta de educação de qualidade, sendo necessário

investimentos em estruturas, e melhoria de salário para os profissionais.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Vale Sambito, entre os anos de 2000 e 2010, variam consideravelmente, onde uma pequena parcela dos municípios apresentam um desenvolvimento de nível médio, conforme apresenta a figura 01.

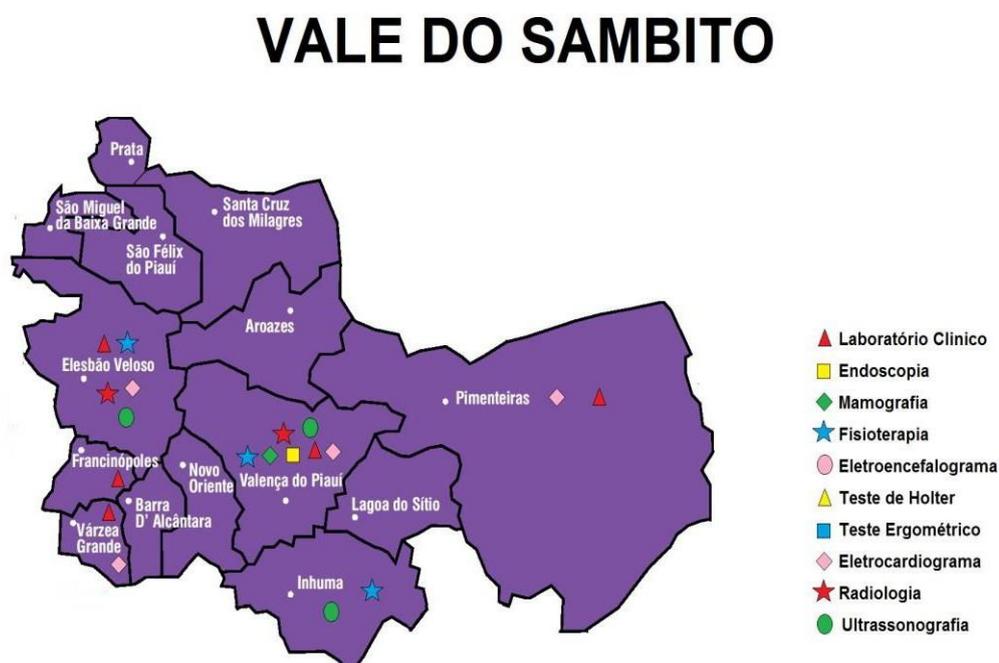
Figura 02: Mapas de desenvolvimento



Fonte: Caderno territorial N°164; Vale Sambito.

No âmbito da Saúde, o Município de Valença do Piauí é tido como referência da Região do Vale do Sombrito, recebendo demandas de média complexidade no atendimento hospitalar, ofertando cirurgias, leitos hospitalares para internação, exames clínicos e laboratoriais específicos, entre outros, fazendo com que Valença do Piauí seja sede de referenciamento para os municípios do Vale Sombrito (Figura 03).

Figura 03: Serviços de Saúde ofertados no Vale Sambito.



Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí <http://www.saude.pi.gov.br/>.

Segundo Indicadores disponibilizados pelo banco de dados do “Região e Redes”(2017), o Vale do Sombrito apresenta uma Taxa de mortalidade infantil - menores de 1 ano (em 1.000 nascidos vivos) entre 2011 e 2013 de 19,54%; Taxa de mortalidade neonatal precoce - 0 a 6 dias (em 1.000 nascidos vivos) entre 2011 e 2013 de 10,45%; Taxa de mortalidade neonatal tardia - 7 a 27 dias (em 1.000 nascidos vivos) entre 2011 e 2013 de 4,95%; Taxa de mortalidade pós-neonatal - 28 a 364 dias (em 1.000 nascidos vivos) entre 2011 e 2013 de 4,17%; Mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos (em %) (2011-2013) 2,38%; Taxa de mortalidade por causas externas (em 100 mil habitantes) entre 2011 e 2013 de 69,02%; Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (em 100 mil habitantes) entre 2011 e 2013 de 268,40%; Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (em 100 mil habitantes) entre 2011 e 2013 de 83,03%; Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (em 100 mil habitantes) de 2011 a 2013 de 93,30%; Taxa de mortalidade por neoplasias malignas (em 100 mil habitantes) entre 2011 a 2013 de 81,48%; Taxa de mortalidade por neoplasias malignas do colo do útero (em 100 mil mulheres) entre 2011 e 2013 de 6,90%; Taxa de mortalidade por neoplasias malignas da mama (em 100 mil habitantes) entre 2011 a 2013 de 7,67%; Taxa de mortalidade

por neoplasias malignas da próstata (em 100 mil homens) entre 2011 a 2013 de 18,88% (REGIÕES E REDES, 2017).

No contexto internações, foi possível verificar que o total de internações por doenças do aparelho circulatório (em 100 mil habitantes) em 2014 foi de 646,14, enquanto o total de internações por neoplasias (em 100 mil habitantes) em 2014 foi de 278,82.

Considerando o boletim epidemiológico de 2016, no qual consta que a taxa de detecção de AIDS no Piauí (a cada 100 mil habitantes), no ano de 2015, era de 12,26, a taxa de incidência de AIDS (em 100 mil habitantes) de 2012 a 2014 no vale Sambito já apresentavam valores razoáveis, comparado com os resultados Estaduais, resultando em 6,66 casos (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2016.)

Seguindo o parâmetro em cada 100 mil habitantes, as doenças epidemiológicas como a dengue, apresentavam entre os anos de 2010 e 2012 uma incidência de 357,07 casos. A Hepatite A entre os anos de 2012 e 2014, apresentava 1,90 casos, sendo que nos mesmos anos a Malária apresentava uma incidência de 0,63 casos (REGIÕES E REDES, 2017). Em 2012, a região contava com um total de 81 unidades de saúde, que proporcionavam atendimento para atenção básica. Até dezembro de 2015, o Vale Sambito, apresenta em dados, dois hospitais que atendiam a população total com 189 leitos de internação disponibilizados pelo SUS, convergindo para uma estimativa do total de leitos de internação SUS por mil habitantes (dezembro/2015), resultando em 1,80 vagas. Vale ressaltar que segundo a Portaria n.º 1101/GM, em 12 de junho de 2002, obrigatoriamente os leitos hospitalares totais devem disponibilizar 2,5 e 3 leitos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Nos aspectos culturais, o Estado do Piauí apresenta um acervo histórico repleto de memórias e conquistas que engrandecem e orgulham os piauienses. Dentre os patrimônios histórico e artístico tombados no território do estado, podemos citar os monumentos que representam as memórias culturais do nosso Estado, como: o cemitério do batalhão, em Campo Maior; a Antiga capital do Estado, no município de Oeiras; o paço episcopal (antigo sobrado Nepomuceno); na praça das Vitóriaas, em Oeiras, a ponte grande, sobre o rio Mocha; em Piracuruca, a igreja matriz de Nossa Senhora do Carmo; e, em Teresina, as cinco portas externas da igreja de São Benedito (1886). Em Teresina, encontra-se ainda a estátua de frei Serafim de Catânia, fundador da igreja de São Benedito; O memorial em homenagem a Mandu Ladino, líder revolucionário dos indígenas no Estado; em Parnaíba, o obelisco em memória dos heróis da independência no Piauí; e o segundo delta existente no planeta, o

glorioso delta do Parnaíba.(SABER GEOGRAFIA, 2017)

Além das manifestações religiosas, que são marcantes em nosso Estado, a exemplo da histórica procissão do fogaréu, em Oeiras, e as apresentações culturais da paixão de cristo, realizadas nos município de Floriano e Bom Jesus, tornando-se referência no teatro nacional a céu aberto.

Em meio a realidade do contexto da região do guaribas, no que se refere ao ponto de vista social e histórico, o território se perpetuou com a contribuição de Valença do Piauí, uma cidade erguida em 1889, para a história socioeconômica do Piauí, e sede de várias lendas urbanas, a exemplo da “lenda da Baleia”, que versa sobre a existência de uma baleia enterrada no município, onde a sua cabeça encontra-se em baixo da primeira igreja do local, estendendo-se o seu corpo até o município de Aroazes, cuja a sua cauda fica debaixo da primeira igreja do município. Além das lendas, a região é repleta de manifestações religiosas, onde em Santa Cruz dos Milagres, a força da fé transformou o município no mais importante santuário do Piauí; e o município de inhuma e Ipiranga, tidos como referência por suas festividades reverenciando os padroeiros das cidades.

5.2 O acesso de primeiro contato na atenção básica da Região do Vale do Rio Sambito

É perceptível os vários desafios que a APS tem na sua execução enquanto norteadora preferencial dos cuidados a saúde da população. No contexto do vale do Sambito, Podemos observar e destacar as dificuldades enfrentadas pela APS da região, em consolidar o que é priorizado e estabelecido pelos Programas e/ou Políticas de execução e/ou melhoria da AB, proporcionando uma reflexão, por meio da análise das variáveis obtidas pelo PMAQ, de como está sendo prestado o serviço gratuito de saúde a população residente nos municípios pertencentes a região do Vale Sambito.

Serão apresentados aqui dados referentes ao atributo de “primeiro contato” na APS, considerando os seguintes componentes, complementares entre si: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “agendamento às consultas na AB” e “atendimento de urgência e emergência”.

A tabela 1 apresenta resultados referentes ao turno de funcionamento da UBS, onde foi possível constatar que 35 (100%) das UBS avaliadas, funcionam no turno da manhã, 25 (71,4%) funcionam no turno da tarde, cabendo destaque na horário de funcionamento no turno da noite, onde somente 2 (3,7%) das unidades funcionam nesse período.

Tabela 1: Turnos de funcionamento das UBS da Região do Vale do Sambito, 2014.

	Manhã		Tarde		Noite	
	N	%	N	%	N	%
Sim	35	100	25	71,4	2	3,7
Não	0	0	10	28,6	33	94,3
Total	35	100	35	100	35	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Podemos relacionar a maior adesão de funcionamento de turno das UBS pela manhã, devido procura preferencial pelos usuários, que segundo Paula CC (2016), um dos motivos desses atendimentos no turno da manhã serem maiores, atrela-se ao fato de que a falta de pré-marcação exigia que os usuários saíssem de casa antes do amanhecer, expondo-se à violência urbana e outros fatores para chegar bem cedo à unidade de saúde e obter consulta, por acreditarem que chegar mais cedo viabiliza o seu atendimento.

Ribeiro (2017) por sua vez coloca que o acesso aos serviços de saúde e as condições do ambiente em que estão inseridos, também possuem relação com os dias da semana que a unidade funciona, com os turnos de atendimento e com horário de funcionamento, pois interferem na disponibilidade do usuário em poder procurar esses serviços.

Os indicadores do componente “turno de acionamento” mostram-se favorável ao padrão de qualidade esperado quanto ao período matutino e cespertino, ficando desejado somente o período noturno. Um estudo feito por Escore *et al.* (2007), mostra que alguns municípios brasileiros funcionam de 8h às 17h, dificultando assim o acesso da população de trabalhadores ao serviço de saúde, sendo necessário um melhor planejamento na adoção de medidas que viabilizasse o atendimento noturno.

É importante pontuar que faz-se necessário a conscientização de funcionários e gestores, de modo a sensibilizar uma participação mais efetiva destes no planejamento e execução de estratégias que viabilizem o cumprimento de turnos de funcionamento, profissionais e equipes habilitados e capacitados para função, pois para a avaliação do 3º ciclo do PMAQ, funcionar 5 dias por semana e estar aberto 40h semanais tornou-se padrão essencial para continuar no Programa. Quem não assim fizer, será desclassificado. Vale destacar que UBS apenas “aberta” nos turnos de funcionamento, nem sempre implica na oferta dos serviços à população, por parte das equipes de saúde.

Também foram analisados os resultados acerca do funcionamento diário das unidades, onde apenas 7 (20%) destas funcionavam em horário de almoço (12 às 14 horas). Já acerca do funcionamento semanal, a maioria das equipes avaliadas não funcionava nos finais

de semana, conforme podemos identificar na tabela a seguir:

Tabela 2: Dias de funcionamento das UBS da Região do Território do Vale do Sambito, 2014.

	Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta		Sábado		Domingo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Sim	31	88,6	29	82,9	30	85,7	28	80,0	27	77,1	3	8,6	1	2,9
Não	4	11,4	6	17,1	5	14,3	7	20,0	8	22,9	32	91,4	34	97,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

É sabido que para se conseguir atenção à saúde na AB, a acessibilidade deve estar ausente de barreiras organizacionais e/ou físicas, a exemplo da delimitação de dias e horários de funcionamento. Conforme apresentado na Tabela 2, as UBS do território do Vale Sambito ofertam serviços ao longo de toda semana, havendo uma redução de funcionamento das UBS na sexta feira (77,1%), sendo que substancialmente nos finais de semana, o sábado apresenta apenas 3 UBS (8,6%) em funcionamento, e domingo 1 (2,9%).

Araújo (2014) afirma que, isso representa uma séria limitação, uma vez que há um grande intervalo descoberto para a atenção a saúde nos finais de semana, podendo ter repercussão na sobrecarga de outros níveis. Propõem ainda, em sua pesquisa, que deva haver investimentos suficientes para superar este problema, pois além de beneficiar toda a organização da ESF, como a criação de horários mais amplos e a contratação de profissionais, pode trazer também grandes benefícios para a população.

Porém, com os resultados apresentados tabela 2, é possível questionar se de fato os profissionais da AB do Vale do Sambito estão corretos para com às suas obrigações relacionadas ao cumprimento da carga horaria semanal de jornada de trabalho. Gonçalves et al (2015) relaciona que a percepção de incompatibilidade de horários entre a rotina das pessoas e as UBS, induzem ao pensamento se de fato a Estratégia de Saúde da Família está cumprindo seu papel de “porta de entrada” preferencial na Atenção Primária a Saúde nos sistemas públicos de atendimento à saúde.

Na perspectiva de 142 (83,2%) usuários, o horário de funcionamento das UBS atendia a suas necessidades, afirmando em sua maioria (86,5%) que a UBS fica em localização fácil ou muito fácil, considerando a distância de suas residências. Resultados semelhantes foram encontrados no estado da Bahia e Pernambuco para as equipes de estratégia de saúde da família (Albuquerque *et al.*, 2014; Cunha e Vieira-da-Silva, 2010). Os

autores pontuam que os critérios de territorialização para a implantação da ESF e descentralização foram fundamentais para a melhoria na acessibilidade geográfica, o que ainda é um desafio para as UBS tradicionais, por contar com barreiras financeiras para o transporte de pessoas, e outras atividades de atenção ao cuidado à saúde da população (Cunha e Vieira-da-Silva, 2010).

No tocante ao acolhimento realizado na UBS, a maioria (79,5%) das equipes respondeu possuir o acolhimento à demanda espontânea implantado, embora os profissionais, quase na sua totalidade (97,4%), afirmarem que não tenham recebido qualificação para sua implantação e avaliação.

Tabela 3: Acolhimento a demanda espontânea na atenção básica da Região do Vale do Sambito, 2014.

	Acolhimento implantado		Profissionais capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	
	N	%	N	%
Sim	31	79,5	1	2,6
Não	8	20,5	38	97,4
Total	39	100	39	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

É meio controverso a ideia da AB da região analisada apresentar resultados positivos das variáveis que confirmem a implantação do acolhimento, visto que ficou destacado nos resultados, que os profissionais afirmaram que em sua maioria, não possuem capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários. No acolhimento, Assis e Jesus (2012) o define como ações comunicacionais que possibilitam novas práticas em saúde, planejando melhorias a partir da obtenção de respostas sobre a problemática do excesso de demanda, e não resolutividade para os usuários no seu percurso na rede.

Mitre *et al.* (2012) indicam que apesar das potencialidades envolvidas na ampliação do acesso dos serviços da APS, o acolhimento encontra alguns desafios para sua operacionalização e qualificação como: ausência de articulação em redes integradas, excesso de demandas de atendimento, ausência de capacitação de trabalhadores. Fato esse que suscita a possibilidade de afirmar que a não capacitação desses profissionais está diretamente ligada aos desafios enfrentados cotidianamente pelos serviços públicos de saúde, no tocante ao acolhimento.

LIMA 2016, afirma que um serviço pode ser acessível quanto ao horário de

funcionamento e localização, mas possa ser que apesar da acessibilidade ser um parâmetro efetivo, o serviço pode ter barreiras organizacionais, como por exemplo, baixa implantação do acolhimento ou baixa qualidade desse acolhimento, conforme observado na Tabela 3. Essa baixa qualidade pode decorrer tanto da carência de profissionais capacitados para a classificação de risco e vulnerabilidade quanto ao não investimento de recursos suficientes, ou relação em torno da lógica de aplicabilidade e organização desse acolhimento.

Souza *et al.* (2008) verificam o dispositivo acolhimento como um desafio presente, no caso das UBS tradicionais, o que se traduz em um modelo tradicional de organização da recepção, com fichas e filas, evidentemente percebido pela reclamação dos usuários sobre a convencional disputa por vagas de atendimento, através das desgastantes práticas de “dormir na fila” (fator evidenciado na tabela 01 pelo funcionamento amplo das UBS no turno da manhã), com o intuito de conseguir condição para tentar o acesso aos serviços.

Porém é necessário averiguar mais precisamente a situação. É importante observar que a responsabilidade pela implementação do acolhimento, e capacitação dos profissionais, também envolve o planejamento por parte da gestão. Souza *et al.* (2008) destacam que apesar do acolhimento possibilitar uma maior compreensão sobre as necessidades dos usuários, sua qualidade depende diretamente de melhorias nas condições de trabalho para melhorias no serviço, e isso abrangeria incentivos financeiros, espaços de escuta pela gestão, capacitações e autonomia no trabalho.

Quanto a marcação de consultas na unidade, a Tabela 4 apresenta resultados sobre a possibilidade de marcação de consultas nas UBS, no qual 29 UBS (74,4%), realizam o agendamento da consulta no dia em questão, mesmo que esse dia não seja o programado para a marcação da referida consulta, atendendo da mesma forma o usuário que não faça parte de grupo de atendimento programado na UBS. Assim como é possível identificar na tabela 4, que 27 UBS (69,9%) não realizam o agendamento de consultas em qualquer dia e horário da semana.

Tabela 4: Marcação de consultas na atenção básica da região do Vale do Sambito, 2014.

	Agendamento realizado ainda que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de grupo de atendimento programado na UBS		Agendamento de consultas em qualquer dia e horário da semana	
	N	%	N	%
Sim	29	74,4	12	30,8

Não	10	25,6	27	69,2
Total	39	100	39	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quando se tem uma demanda maior que a capacidade do serviço, é provável que muitos usuários fiquem sem resolutividade. Oliveira *et al.* (2010) apontam que um dos indicativos da não resolutividade do agendamento são as grandes filas que se formam na procura de marcação de consulta, onde todos permanecem em uma mesma fila esperando atendimento, mesmo que as necessidades sejam diferentes.

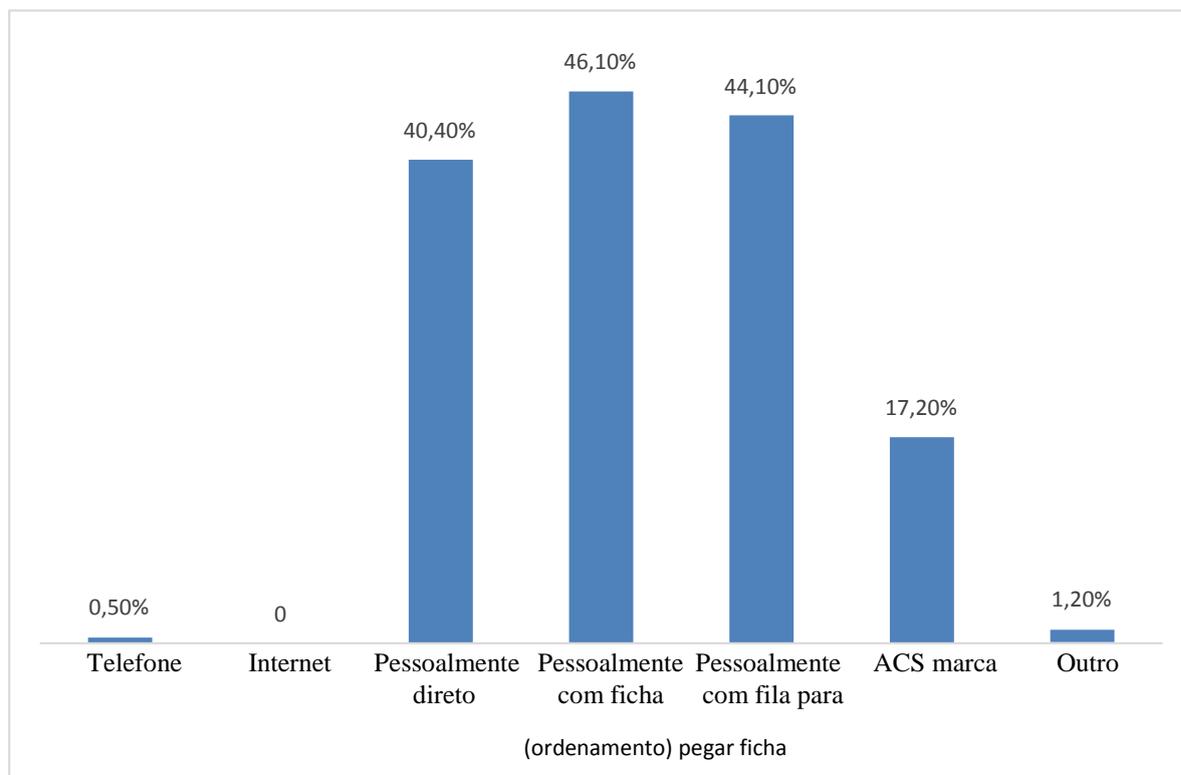
Em sua análise, Uchoa (2008) aponta que essas práticas são constantemente encontradas no Nordeste do País, onde o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos. Tal problema também foi constatado nos resultados da pesquisa de Lima (2016), indicando que a forma prioritária de marcar atendimento na Atenção Básica é através de ficha e fila antes da abertura das UBS, constatando essas práticas em todas as regiões de saúde do Brasil, mas majoritariamente na Região Nordeste.

Mesmo em meio aos desafios, é preciso refletir que por mais que haja a boa vontade, empenho, no atendimento por parte profissionais e equipes de saúde, a problemática da reserva de vagas para atendimento nas UBS no mesmo dia ou em qualquer dia e horário da semana, é condicionada pelo planejamento da agenda do profissional, pela disponibilidade de profissionais capacitados e habilitados para o atendimento, e por uma organização do acolhimento com critérios de risco e vulnerabilidade.

LIMA (2016) pontua que tal problema poderia ser minimizado por investimento da reserva de vagas para atendimento no mesmo dia, especialmente para os casos de maior gravidade clínica ou risco social, para usuários com dificuldade de ir à UBS em horário diferente e/ou para grupos prioritários.

No gráfico 1, os percentuais apresentados e descritos pelos 182 usuários acerca da metodologia utilizada para a marcação de consultas nas UBS avaliada nesta região de saúde, permanece semelhantes na marcação pessoalmente direta (40,40%), pessoalmente com ficha (46,10%); pessoalmente com fila para pegar ficha (44,10%), no qual tem destaque para a totalidade da não marcação de consultas utilizando a ferramenta da internet (0,0%) e telefone (0,50%).

Gráfico 1: Método de agendamento de consultas referido pelos usuários entrevistados. Vale do Sambito, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

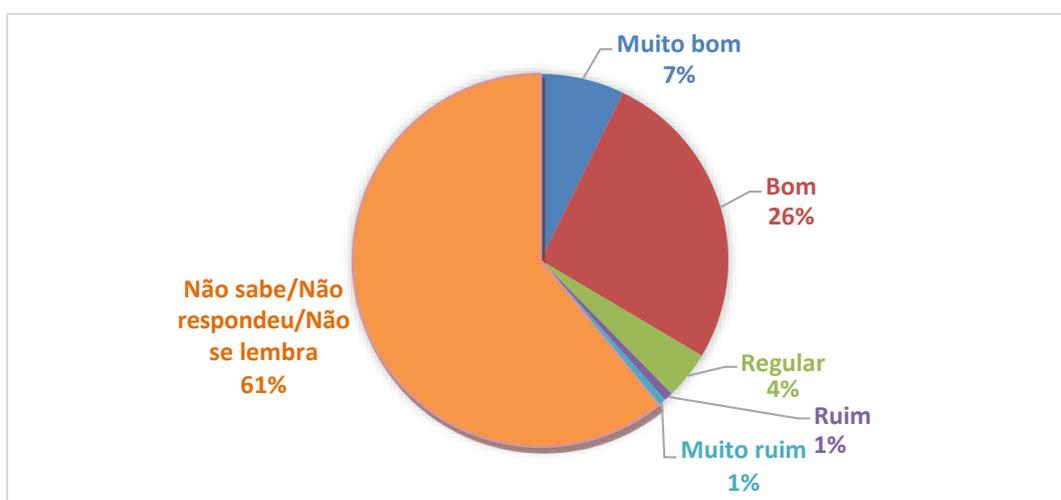
A informatização das UBS, seria uma importante aliada na oferta de marcações, informações, e cuidados a saúde da população. Fazendo um comparativo com resultados internacionais, Gêrvias (2009) destaca que na APS espanhola, a frequência dos encontros indiretos entre profissional e usuários, com uso de telefone ou internet, chega a cerca de 20% do total. Seu estudo exemplifica o Reino Unido, e algumas localidades da Catalunha, que oferecem serviços telefônicos de atenção à saúde 24h por dia, para resolver dúvidas de pacientes e realizar orientações gerais.

A exemplo de outros países, o uso adequado de tecnologias, como o telefone e internet, se constitui como ferramentas que poderiam não só facilitar essa marcação de consultas, mas também pode atuar como elo no favorecimento de vínculos entre serviço de saúde e usuários.

Como foi abordado anteriormente, caso não haja investimentos suficientes na estrutura física e de pessoal das UBS ou na capacitação profissional, a tendência é que essas práticas de enfrentamento de filas para marcação de exames, demora para o atendimento nas consultas, entre outros, permaneçam, desacreditando cada vez mais os usuários da qualidade dos serviços públicos de saúde.

Vale destacar que 76,9% das equipes informaram não realizar atendimento à urgências e emergências na unidade de saúde e que 37,1% dos entrevistados respondeu já ter necessitado ir à UBS sem horário marcado ou agendamento prévio, o que indica a necessidade de atendimento a demanda espontânea associada ao acolhimento qualificado desta demanda nas UBS, ainda que pelo gráfico indicado na Figura 2, a seguir, possamos avaliar que o grau de satisfação com o atendimento sem horário marcado tenha sido elevado entre os que responderam.

Gráfico 2: Atendimento sem horário marcado nas UBS da Região do Vale do Sambito na opinião dos usuários, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Mesmo havendo uma classificação que considere o atendimento como bom (26%), é importante observar que a maioria dos entrevistados (61%) relata não saber, não responder ou não lembrar se o atendimento sem horário marcado nas UBS da Região do Vale do Sambito, foi bom, ruim, regular, muito ruim ou muito bom, supondo que possa haver a existência de alguma barreira, por parte dos usuários, no momento de avaliação dos serviços de saúde prestado a eles próprios, seja por receio de “reclamar” do serviço, ou pela falta de informações suficientes acerca dos seus direitos e deveres para com os serviços públicos de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização em saúde tida como organizadora das redes que articulam e promovem a saúde para a população, exercem uma importância constante nas discussões sobre como a atenção a saúde deve ser prestada em nível regional, levando em consideração as peculiaridades geográficas e epidemiológicas. A importância do levantamento e apresentação de dados regionalizados sobre os indicadores que envolvem diretamente o âmbito da saúde, oferece aos gestores municipais parâmetros que sirvam de reflexão da existência de desafios semelhantes enfrentados em outras localidades, de modo a servir como parâmetro para o incentivo do território a cooperação mútua intergovernamental, bem como ferramentas e mecanismos de gestão regional dos problemas e soluções no âmbito da saúde pública, convergindo na oferta de cuidados, pautados na universalidade, equidade, e integralidade.

A importância da APS, agregada aos princípios norteadores da regionalização, tem se tornado cada vez mais discutida, uma vez que o seu enfoque no debate, potencialize a APS como sendo uma forte aliada para os sistemas de saúde que optam por organizar seus serviços em rede, e associa- los a melhores resultados de saúde; maior e melhor acesso aos serviços; maior qualidade de atendimento, redução na concepção do modelo pontual de cuidados médicos especializados, como opção preferencial; além de favorecer o diagnóstico e tratamento precoce de problemas de saúde, enxergando o usuário do serviço não como um índice ou indicador desse atendimento, mas como fator fundamental no incentivo das práticas de promoção proteção e prevenção de doenças e agravos.

Nesta investigação, analisar os resultados do PMAQ-AB a partir do atributo “acesso de primeiro contato” foi uma tentativa de contribuir para a qualificação da APS na Região do Vale Sambito, abordando elementos tanto da prática profissional, como da organização do serviço que se relacionam com aspectos da qualidade do cuidado em saúde, de forma a evidenciar uma análise específica sobre alguns pontos que se relacionam com a qualidade da AB, de maneira a disponibilizar informações que sirvam de alicerce para possíveis intervenções.

Pesquisar as regiões de saúde como parâmetro para essa discussão partiu da inquietação de que somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, possibilite aos usuários o acesso a um sistema de saúde equânime e integral, de forma rápida e resolutiva.

Frente aos resultados encontrados neste estudo é possível afirmar que atributo

primeiro contato, de forma geral, apresentou bons resultados na região analisada. O horário de funcionamento das UBS em geral foi adequado, com usuários satisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades e a distância de sua casa até a UBS. As equipes relataram a implantação do acolhimento nas UBS, mas questiona-se se a qualidade desse acolhimento é válida, decorrente da maioria dos profissionais não serem capacitados para tal função. Identificaram-se grandes dificuldades na marcação de consultas na AB, sendo necessário pegar ficha, enfrentar fila, submeter-se a condições desnecessárias de espera, ou comparecer a UBS em horários e dias específicos para marcação de consultas. Em relação às urgências, há necessidade de se definir melhor o papel da APS para esse tipo de atendimento, especificando o que seria desse nível de atenção e o que demandaria maior complexidade. Em síntese, os indicadores de padrão muito bom e bom, corresponderam, majoritariamente, ao componente turno de funcionamento e acolhimento, dentre os inadequados, marcação e agendamento de consultas na AB.

Sendo assim, almeja-se que os resultados da avaliação da APS, aqui representado pelo PMAQ-AB, contribuam para o aperfeiçoamento dos serviços ofertados aos usuários do SUS da Região do Vale Sambito, e para a tomada de decisão dos gestores que pretendam melhorar o contexto de saúde da região, desvinculando a ideia de que o PMAQ é somente um instrumento de avaliação descontínuo, com o objetivo de obter adicionais monetários nos salários e repasses, e esclarecendo que Avaliação não se fundamenta em punição, mas como forma de melhoria para a efetivação da APS como direito conquistado pelos clientes/pacientes/usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654. **Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB.** Brasília, 2011. Regulamentação do SUS.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade.** Ministério da Saúde, 2012.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2013^a

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

____BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002**. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Jun. 2002.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília, DF, 2012.

____BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2013.

____BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da Atenção Básica - PNAB. Série E, Legislação em Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: DF; 2012ª

____BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria da qualidade da Atenção Básica**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

____BRASIL. **Programa de Melhoria da qualidade da Atenção Básica**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ALBUQUERQUE, M. S. V; LYRA, R.M. *et al.* **Acessibilidade ao serviços de saúde**: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. (especial), p. 182-194, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

ALMEIDA, P. F; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/02.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

ARAÚJO, L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.19, n.8, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521>. Acesso em: 03 jul. 2017.

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 17, n.11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CAMPOS.A.C. Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. 2011. 145 p. Dissertação (Mestrado)- **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade Federal de São Paulo.

CARVALHO, M. F; SILVA, A. R. V; VASCONCELOS, M. I. O. Programa de Melhoria

do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: estratégias utilizadas em dois estados nordestinos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, V. 7, (Supl. 1), p. 875- 88, jul. 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/21996/15704>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P; BROUSSELLE, A. *et al.* **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos.** In: Brousselle A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z. (org.) Avaliação: conceitos e métodos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p. 41-60.

CLAUDIA, Â. G; FABIANA, L. V; GLAUCIA, M.B. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, fev. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200449>. Acesso em: 03 jun.2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a Avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Capítulo 12, p. 263-272. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700019>. Acesso em: 03 jun. 2017.

CUNHA, A.B.O; Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**[online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

DUBOIS, C. A;CHAMPAGNE F, BILODEAU H. HISTÓRICO DA AVALIAÇÃO. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (org.) **Avaliação: conceitos e métodos.** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p.19-39.

E. M. Vasconcelos. **Educação Popular e Atenção à saúde da família**, 2015. p.22- 23.

OLIVEIRA, R. A. O. *et al.* Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 12, n. 2, p. 46-51. Disponível em:<

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/205/117>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, fev/mar 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

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

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

FAUSTO MCR, MATTA GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini, M.V.G.C; Corbo, A. D. (org). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro, ESPJV/FIOCRUZ, v.4, p. 43-67, 2007.

GERHARDT, T. E. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
GÉRVAS J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). In: Navarro B, Martíns-Zurro A (org.) **La atención primaria de salud en España y sus Comunidades**. Barcelona: Semfyc; 2009. p.91-104.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. p. 493-546.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Mai/Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>. Acesso em: 27 jun. 2017.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Censo demográfico** 2010.

RIBEIRO, J. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.17, n. 3, jul/set 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a04.pdf>>. Acesso em: 03 de jul 2017.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2307-2316. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467006>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0332.pdf>>. Acesso em: 4 de jun. 2017.

LIMA, JULIANA GAGNO. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. 246 f. Dissertação (Mestrado em Saúde em Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LOBATO, L. V; GIOVANELLA, L. **Sistema de Saúde: origens, componentes e**

dinâmica. In: Giovanella L; Escorel, S; Lobato, L. V. C; Noronha, J.C; Carvalho, A.L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. p.107- 140.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: **Boletim Epidemiológico Aids e DST.** n. 1 a 26, jan a jun de 2016.

MITRE, S.M; Andrade, E.I.G; Cotta R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma Ata 1978 – **Cuidados Primários de Saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

PAULA, C. C; SILVA, C. B; TASSINARI, T. T. *et al.* Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: **revisão integrativa.** ISSN 2175-5361 DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3918/pdf_18_36>. Acesso em: 3 jun. 2017.

Portal: **Caminho e Redes:** caminho da universalização da saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/metadados_indicadores.php>. Acesso em 03 jul. 2017.

Portal: **Saber Geografia.** Disponível em: < <http://www-geografia.blogspot.com.br/2010/03/piaui-geografia-historia-economia.html>>. Acesso em 03 jul. 2017.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad.Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, 2008, 24(suppl.1): s100-s110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

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

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.** Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n .2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

UCHOA, A. C. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-10, 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa Pedagogia Médica. **Rev SOCERJ. 2007;20(5):383-386**, Rio de Janeiro, set/out. Disponível em:
<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em:
jun 27. 2017.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Quadro de análise das variáveis

VARIAVEL	PERSPECTIVA	CICLO 2
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO		
Quais os turnos de atendimento?	UBS	I.8.1
Esta unidade funciona quais dias na semana?	UBS	I.8.2.
Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	UBS	I.8.3
O horário de atendimento desta UBS atende às suas necessidades	Usuário	III.5.7
É fácil ou muito fácil chegar até sua UBS de referência?	Usuário	III.5.2.
ACOLHIMENTO		
Está implantado o acolhimento na UBS	Equipe	II.12.1
Os profissionais que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	Equipe	II.12.18
O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?	Usuário	III.7.1
Considera bom ou muito bom o atendimento sem hora marcada na unidade	Usuário	III.7.2
AGENDAMENTO DA CONSULTA NA AB		
Nas situações em que não seja ocaso de agendar no dia e o usuário não faça parte de grupo de atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada	Usuário	II.12.9
As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer Horário	Equipe	II.12.12
Essa unidade de saúde faz marcação de consulta?	Usuário	III.6.0
Para marcar consulta na UBS, marcam por telefone	Usuário	III.6.1
Para marcar consulta na UBS, marcam por internet	Usuário	III.6.1
Para marcar consulta, vão a UBS e marca o atendimento	Usuário	III.6.1
Para marcar consulta, vão a UBS e precisa pegar ficha, sem fila	Usuário	III.6.1
Para marcar consulta, vão a UBS e precisa enfrentar fila para pegar ficha	Usuário	III.6.1
O ACS marca a consulta	Usuário	III.6.1
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Realizam atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde	Equipe	II.12.8 (II.12.8.9)

Adaptado de: LIMA, 2016.

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 2, 2014.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Mathews Soares Santos,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Acesso de Primeiro Contato Na Atenção Básica: Os resultados
do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí.
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 27 de Março de 20 18.

Mathews Soares Santos
 Assinatura

Mathews Soares Santos
 Assinatura