



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM OLHAR SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE DO BAIXO AMAZONAS,
PARÁ.**

SANTARÉM – PARÁ

2018

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM OLHAR SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE DO BAIXO AMAZONAS,
PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Oeste do Pará – Campus de Santarém, para a obtenção do grau de Bacharel Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Msc. Juliana Gagno Lima.

**SANTARÉM – PARÁ
2018**

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM OLHAR SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE DO BAIXO AMAZONAS,
PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Oeste do Pará – Campus de Santarém, para a obtenção do grau de Bacharel Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Msc. Juliana Gagno Lima.

Conceito:

Data de Aprovação ____/____/____

Prof^ª Msc. Juliana Gagno Lima – Orientadora
Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^ª Msc. Franciane de Paula Fernandes - Banca
Universidade do Estado do Pará

Prof^ª Msc. Rui Massato Hayarama – Banca
Universidade Federal do Oeste do Pará

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

S586a Silva, Larissa Ádna Neves
Acesso e acolhimento na atenção básica: um olhar sobre a região de saúde do Baixo Amazonas, Pará./ Larissa Ádna Neves Silva. – Santarém, 2018.
47 fls.: il.
Inclui bibliografias.

Orientadora: Juliana Gagno Lima
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. Equipe de saúde. 2. Atenção básica. 3. Saúde pública. I. Lima, Juliana Gagno, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 353.68098115

AGRADECIMENTOS

De forma sucinta, apresento a minha total gratidão:

A Deus;

À minha família;

A melhor orientadora que eu poderia ter tido, professora Juliana Gagno Lima, minha referência em saúde, a quem devo parcela do conhecimento que eu adquiri até agora;

Aos professores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e da Farmácia que durante toda trajetória do curso (ciclo 1) me ajudaram e incentivaram a ser melhor;

Aos professores da banca, pela disponibilidade e contribuições;

E aos que modo geral me ajudaram, colegas e amigos, obrigada!

Boas-vindas ao novo ciclo...

Você não é uma entidade isolada, mas uma parte única e insubstituível do cosmo. Não se esqueça disso. Você é peça essencial do quebra-cabeça da humanidade (Epicteto, A arte de Viver).

RESUMO

O presente trabalho tem como eixo geral a discussão de acesso e acolhimento, como uma forma de reorganização do processo do trabalho em saúde para garantir o acesso universal e humanizado, resolutividade das demandas dos usuários e a integralidade. Tem como objetivo geral: analisar as condições de acesso e acolhimento na Atenção Básica na região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, discutindo os principais avanços e desafios. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados secundários de entrevistas com as equipes de saúde e usuários participantes do Programa Nacional de Melhoria e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram selecionadas variáveis do Instrumento de Avaliação Externa dos módulos II profissional e módulo III usuários do segundo ciclo do PMAQ-AB, 2014. Nos dados, considerou-se 58 equipes de saúde dos municípios do Baixo Amazonas que aderiram ao PMAQ-AB em 2014 e 232 usuários participantes do PMAQ-AB, que foram entrevistados sobre a experiência de uso das UBS. Para a análise e separação dos dados, foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2016. Nos resultados destacou-se características específicas sobre acesso e acolhimento na AB: formas de agendamento, tempos de espera ao chegar e para a consulta, atendimento à demanda espontânea, acolhimento implantado na equipe de atenção básica, turno e frequência de realização do acolhimento, funcionamento da unidade e resolução de problemas pelas equipes de saúde. Quanto ao acesso, mais de 50% das UBS não realizam agendamento de consulta todos os dias da semana, apresentando especificidade quanto a dias e horários. Tais resultados indicam dificuldades na organização da agenda, assim como é possível destacar que ainda há a necessidade de fichas e fila para que o usuário chegue ao atendimento. No que se refere ao acolhimento, a pesquisa revelou alta porcentagem de “implantação” do acolhimento, não somente como prática pontual, mas como parte do cotidiano de trabalho das equipes da região de Saúde do Baixo Amazonas, sendo realizado em cinco dias ou mais por semana. Os resultados apontam uma concentração do acolhimento na sala de recepção, contudo, este deve acontecer nos diferentes ambientes da unidade. Uma observação a ser feita é que em geral os profissionais apresentaram uma avaliação mais positiva do que os usuários, o que demanda avaliar o modo como está sendo visualizado a AB na percepção da comunidade.

Palavras-Chave: Equipe de saúde; Acesso; Acolhimento; Usuários; Atenção Básica.

ABSTRACT

The present work has as general axis the discussion of access and reception, as a form of reorganization of the work process in health to guarantee the universal and humanized access, the resolution of the demands of the users and the integrality. Its general objective is to analyze the conditions of access and reception in Primary Care in the health region of Baixo Amazonas, Pará, discussing the main advances and challenges. This is a descriptive research, with a quantitative approach, in which secondary data from interviews with the health teams and users participating in the National Program for Improvement and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were used. Variables of the External Evaluation Instrument of the professional modules II and module III users of the second cycle of PMAQ-AB, 2014, were selected. In the data, 58 health teams from the municipalities of Baixo Amazonas were enrolled and joined the PMAQ-AB in 2014 and 232 PMAQ-AB participating users, who were interviewed about the experience of using UBS. Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0 and Microsoft Office Excel 2016 were used to analyze and separate the data. The results highlighted specific characteristics about access and reception in AB: scheduling forms, waiting on arrival and for consultation, attending to spontaneous demand, reception in the basic care team, shift and frequency of reception, unit functioning and problem solving by health teams. As for access, more than 50% of the UBS do not schedule every day of the week, presenting specificity as days and times. These results indicate difficulties in the organization of the agenda, as it is possible to highlight that there is still a need for tokens and a queue for the user to arrive at the service. Regarding the reception, the research revealed a high percentage of host "implantation", not only as a one-off practice, but as part of the daily work of the teams of the Health Region of Baixo Amazonas, being carried out in five days or more per week. The results indicate a concentration of reception in the reception room, but this should happen in the different environments of the unit. One observation to be made is that in general the professionals presented a more positive evaluation than the users, which demands to evaluate the way the AB is being visualized in the perception of the community.

Keywords: Health team; Access; Reception; Users; Basic Attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Pará	18
Figura 2 – Mapa da região de saúde Baixo Amazonas	19
Quadro 1 – Síntese das Características dos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB	26
Quadro 2 – Variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento no Instrumento de Avaliação Externa, equipes de saúde, PMAQ-AB, 2014	28
Quadro 3 – Variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento no Instrumento de Avaliação Externa, usuários PMAQ-AB, 2014	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição geral de equipes de saúde e usuários na região de saúde do Baixo Amazonas	31
Tabela 2. Resultados de acesso sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014	32
Tabela 3. Resultados de acolhimento sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014	33
Tabela 4. Resultados de acesso sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014	35
Tabela 5. Resultados de acolhimento sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014	36

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

CIR - Comissão Intergestores Regional

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAPESPA - Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas

IBR - Interação na Base Real

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

NASF - Núcleo de Apoio Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 REGIÃO DE SAÚDE	16
3.1.1. Dados da Região de Saúde do Baixo Amazonas	18
3.2 ACESSO E ACOLHIMENTO	20
3.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	23
4. METODOLOGIA	28
5. RESULTADOS	31
6. DISCUSSÃO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

A discussão de acesso e acolhimento em contexto regional insere-se em uma nova perspectiva no modelo assistencial, pautada na integração dos serviços do SUS e respostas compatíveis às necessidades de saúde da população. O tema “Acesso e Acolhimento na Atenção Básica” perpassa a trajetória da acadêmica desde o 2º semestre da graduação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, na Universidade Federal do Oeste do Pará. O interesse surgiu a partir da disciplina Interação na Base Real (IBR), que tem como objetivo aproximar os discentes da realidade da comunidade ao qual está sendo pesquisada. Nesse caso, a comunidade de aproximação durante o IBR foi o Bairro Mapiri, localizado na cidade de Santarém/PA.

Durante visitas no Bairro Mapiri, principalmente na participação da Pré-conferência Municipal de Saúde, foram ouvidos relatos dos moradores que apresentaram os obstáculos enfrentados para receber assistência integral na Unidade Básica de Saúde (UBS). Sinteticamente, os relatos abrangeram a expectativa do morador do bairro a ser atendido, a falta de capacitação para os profissionais de saúde, problemas relacionados ao acesso a medicamentos, a disponibilidade para agendar as consultas, que geralmente é realizada em filas de espera, sem classificação de risco, entre outros.

Mediante isso desenvolveu-se um projeto para estudar o acolhimento na unidade de saúde do bairro, pela percepção do usuário. Os resultados da pesquisa sugeriram fragilidade na relação profissional/usuário e a dificuldade do olhar integral e equitativo para a comunidade local.

Cientes da diversidade de abordagens dos conceitos de acesso e acolhimento, optou-se por destacar as definições de Starfield (2002) e Franco et al. (1999). Starfield (2002) aborda a discussão de acesso a partir do uso oportuno dos serviços para o alcance dos melhores resultados possíveis, em termos de tempo e atendimento às necessidades de saúde. Envolve a experiência de uso do cidadão ao buscar o serviço de saúde como sua referência. Logo, associa cuidado com necessidades, ampliando o olhar do aspecto geográfico.

No que se refere ao acolhimento, Franco *et al.* (1999), apontam este dispositivo como uma possibilidade de aperfeiçoamento (ou inversão) da lógica de organização dos serviços de saúde, com foco na relação equipe de saúde-usuário. Para os autores, três aspectos são definidores para a compreensão do acolhimento: a universalidade, a presença de equipe

multiprofissional e a base da humanização e cidadania nas relações entre equipe de saúde e usuário. Em outras palavras, o acolhimento pode ser descrito como uma prática necessária no cotidiano dos serviços: nas relações de cuidado, nos encontros entre equipe de saúde e usuários e nos processos de escuta.

A garantia do acesso e do acolhimento, portanto, é de suma importância para a consolidação do direito universal da população ao SUS e demanda uma estratégia de mudança no processo de trabalho, que intensifica as relações entre profissionais e usuários, e onde a equipe de saúde deve buscar utilizar seus conhecimentos para oferecer uma assistência integral, de qualidade, resolutiva e humanizada. Busca-se, assim, estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre profissionais/serviço e usuários, no intuito de, coletivamente, chegarem a soluções conjuntas para resolução das necessidades de saúde e principalmente, ao alcance do princípio do SUS denominado integralidade (MALTA, *et al* 2000).

Na implementação do SUS na década de 90, o foco esteve na descentralização por meio da municipalização. Através da leitura sobre o tema, percebeu-se a necessidade de ampliar a discussão de acesso e acolhimento para além da execução municipal, visto que as ações de saúde são construídas e constituídas no SUS de forma hierarquizada e regionalizada. O processo de regionalização no Brasil é recente, sendo proposto como uma forma de operacionalização do SUS. De fato, institui-se apenas em 2006 com o Pacto pela Saúde, na finalidade de agrupar em um espaço geográfico, os municípios limítrofes, considerando as suas especificidades, de modo a integrar os serviços, o planejamento e a execução dos serviços de saúde. O conceito acima aborda a importância do que pode ser denominado Região de Saúde, e encontra-se no Decreto n 7508/11 (BRASIL, 2011a). Focar exclusivamente nos municípios para garantia do acesso à saúde é insuficiente considerando a complexidade de uma rede de atenção à saúde, muitas vezes fragmentada e inexistente.

Assim, o trabalho abordará o acesso e acolhimento na região de saúde do Baixo Amazonas, entendendo este tema como campo de pesquisa indispensável para conceber melhores resultados do funcionamento dessa rede de atenção à saúde, que se estabelece de forma interfederativa (União, Estados e municípios).

Está organizado nas seguintes seções: 1) região de saúde: o que é e caracterização da região do Baixo Amazonas, 2) acesso e acolhimento: humanização no atendimento, vínculo

entre equipe de saúde e usuários e avanços e desafios do SUS e 3) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tal discussão será feita a partir de autores como Assis e Jesus (2012); Baptista (2007); Mitre (2012); Santos e Campos (2015); Sousa (2008); Starfield (2002) e Viana (2015). Seu foco será estudar a temática do acesso e acolhimento a fim de compreender os desafios adicionais desses conceitos na região, entendendo-os como formas de promoção de mudança no processo de trabalho e conseqüentemente, como ferramentas para consolidação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar as condições de acesso e acolhimento da Atenção Básica na região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, sob a perspectiva das equipes de saúde e dos usuários.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o acesso e o acolhimento na Atenção Básica, a partir de variáveis selecionadas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Identificar os avanços e desafios no acesso e acolhimento na região de saúde do Baixo Amazonas, Pará.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Região de Saúde

Nos últimos anos, o debate sobre região de saúde têm se expandido, a despeito de unir o que a descentralização fragmentou, bem como garantir o que o arcabouço constitucional do SUS diz sobre a construção de serviços em rede regionalizada e hierarquizada. Santos e Campos (2015) colocam que o fato de as leis não terem sido suficientes para o proteger o sistema do clientelismo privatista e ineficiente, fez com que o foco fosse direcionado para o município como o núcleo organizacional do sistema. Contudo, constituir a execução municipal trouxe de forma associada, uma dificuldade da integração em rede de políticas, programas e serviços entre os entes federativos, gerando iniquidades no sistema e em suas redes locais. Fernandes (2017) afirma que garantir a integralidade não é algo de fácil obtenção, principalmente em um município isolado.

Garnelo *et al.* (2017), Viana *et al.* (2015) entre outros autores, destacam que a regionalização em saúde é vista como o meio para o superar as desigualdades no acesso e a adequar os meios de oferta de serviços, de modo que ocorra compartilhamento solidário das responsabilidades entre os atores envolvidos na organização da região e redes. O processo de regionalização iniciou na Constituição Federal de 1988, passando por várias regulamentações específicas, contudo, foi fortalecido com o Pacto pela Saúde em 2006 e posteriormente com o Decreto n 7508, em 2011, que estabeleceu a região de saúde como um:

Art.2. I - Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Para que a região seja instituída pelo Estado são necessários que haja ações e serviços da atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e especializada e vigilância em saúde. Logo depois são definidos os aspectos pelos entes federativos: 1) limites geográficos, 2) população usuária das ações e serviços, 3) ações e serviços que serão ofertados e 4) responsabilidades e critérios para a conformação dos serviços (BRASIL, 2011a). Cabe ressaltar que a região de saúde é essencial para promover a integração dos serviços de saúde entre os entes federativos, devendo ser concebida não com

visão administrativa, mas como o verdadeiro espaço de integralidade e solidariedade. Um dos exemplos da importância de “regionalizar a descentralização”, de acordo com Santos (2017) é o processo de referenciamento dos usuários para outros serviços. Com o estabelecimento interfederativo, o ente de maior porte populacional e econômico deve responder pelos serviços de maior complexidade, sendo esse, referência tanto para os outros municípios, como também para os munícipes do município (dentro da região).

O decreto regulamentou a articulação interfederativa, a região de saúde, o planejamento regional, os contratos pactuados, as portas de entradas do SUS, dentre outros elementos, e permitiu liberdade para que a região, em comum acordo, definisse suas responsabilidades sanitárias. Como instrumentos de apoio para a efetivação das regiões de saúde destacam-se o mapa sanitário; o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP); e as comissão Intergestores, entre elas a Comissão Intergestores Regional (CIR) e instâncias de governança regional das redes de atenção à saúde, que são responsáveis pela dinâmica ativa da regionalização.

Santos e Campos (2015), observam que a região de saúde é essencial para promover a integração dos serviços de saúde ofertados pelos entes federativos, objetivando a qualificação do SUS e a integralidade das ações, constituindo assim uma visão mais abrangente da realidade do que a meramente administrativa. No Brasil, o processo de regionalização é fenômeno complexo, devido ao modelo federativo que apresenta em seu arsenal uma série de desigualdades socioespaciais.

Segundo Viana et al (2015, p. 415), alguns condicionantes estruturais devem estar ligados “ao desenvolvimento econômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde no contexto regional”. Na pesquisa dos autores citados acima, foi apresentada uma tipologia nacional das regiões de saúde, no ano de 2014 e com ênfase na região de saúde a ser pesquisada nesse projeto, os resultados apresentados indicam um baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços na região Norte, denotando a fragilidade na universalidade do acesso.

Em outras palavras, encontram-se muitos desafios para a efetivação das regiões de saúde entre eles: dificuldades de identificar mecanismos de articulação, principalmente pelo estado, necessidades de acordos solidários para municípios com baixa oferta de serviços e baixos índices socioeconômicos e fragilidades na construção dos Colegiados de Gestão

Regional (MENDES *et al.* 2015). Dessa forma vê-se a importância de se pensar em políticas adequadas aos contextos regionais, que a abordagem em saúde seja concebida de forma intersetorial, que ocorra intensa articulação interfederativa (União, Estados e Municípios) e o reconhecimento do papel do estado na rede de atenção, para que as responsabilidades e distribuição dos serviços seja de fato ofertados de forma equânime no SUS.

3.1.1. Dados da Região de Saúde do Baixo Amazonas

O estado do Pará é composto por treze regiões de saúde, sendo elas: Região de Saúde Araguaia, Região de Saúde Carajás, Região Lago do Tucuruí, Região de Saúde Marajó I, Região de Saúde Marajó II, Região de Saúde Metropolitana I, Região de Saúde Metropolitana II, Região de Saúde Metropolitana III, Região de Saúde Tapajós, Região de Saúde Tocantins, Região de Saúde Rio Caetés, Região de Saúde Baixo Amazonas, Região de Saúde Xingu (Figura 1). Para este trabalho, a escolha da região de saúde do Baixo Amazonas é devido à proximidade da pesquisadora com a região e localização do campus universitário da UFOPA, sendo o propósito facilitar o entendimento dessa rede de atenção à saúde.

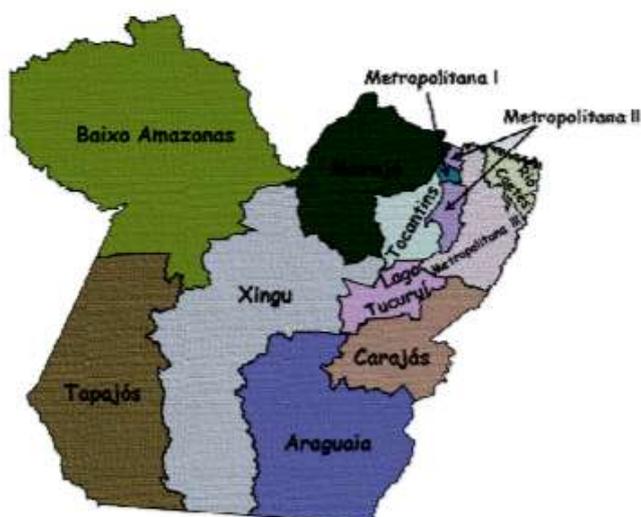


FIGURA 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Pará

Fonte: DRAR/SESPA – Plano Estadual de Saúde do Pará (2016)

A região de saúde do Baixo Amazonas (Figura 2) possui uma população total de cerca de 733.437 mil habitantes, composta por 14 municípios: Oriximiná, Óbidos, Alenquer, Almeirim, Monte Alegre, Prainha, Santarém, Juruti, Terra Santa, Faro, Mojuí dos Campos,

Placas, Curuá e Belterra, sendo a maior parte desses municípios com população inferior a 50.000 habitantes. (BRASIL, 2017b)

FIGURA 2 – Mapa da região de saúde Baixo Amazonas



Fonte: DRAR/SESPA – Plano Estadual de Saúde do Pará (2016)

O Produto Interno Bruto (PIB) da região, segundo dados da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA), em 2014, era de 99.445.609 (noventa e nove milhões, quatrocentos e quarenta e cinco mil e seiscentos e nove reais), sendo o PIB per capita de 13.384 (treze mil e trezentos e oitenta e quatro reais). Em 2015, apenas 75.351 mil indivíduos desenvolviam trabalho formal, com um quantitativo maior para o sexo masculino, em que estes também apresentavam remuneração média superior ao do sexo feminino (BRASIL, 2017a). A taxa de trabalho infantil era de 6,32%, em 2016.

Relacionado a educação, em 2015, a região apresentava 1.947 estabelecimentos de ensino fundamental e 63 de ensino médio. As taxas de evasão escolar (15,76%) mostraram-se próximas às do estado do Pará (16,80%), e superiores comparando as taxas de aprovação (Baixo Amazonas – 76,24% e Pará – 72,90%). No Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), destaca-se que tanto as séries iniciais (5º ano), com IDEB 4,5, como as séries finais (9º ano), com IDEB 3,8 apresentaram notas inferiores às estabelecidas pelo Plano Nacional de Educação (com média nacional de 5,5) (BRASIL 2017a).

No que se refere a AB da região de saúde do Baixo Amazonas: possui 204 UBS em

funcionamento e 59 em construção, conta com 95 equipes de saúde da família, 2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 1.794 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 42 equipes de saúde bucal. Na região, a cobertura populacional pela AB é de 43,42% e a de ACS é 95,51% (BRASIL 2017b). Quanto aos indicadores de mortalidade, apresentou taxa de 4,46% de mortalidade geral, sendo 59,10% pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2016).

3.2 Acesso e Acolhimento

A saúde como direito vêm sendo discutido internacionalmente desde a década de 50, a partir da Declaração de Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas, momento em que eram reconhecidas as desigualdades em saúde, inclusive dos países em desenvolvimento. Entretanto, a discussão só foi efetiva, em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, em que mediante a Declaração de Alma Ata, foi institucionalizada a universalidade do acesso à saúde (MITRE *et al* 2012).

No Brasil, em contexto de redemocratização, o debate surgiu com o movimento da Reforma Sanitária, em meados de 1980, que propôs uma visão mais ampliada de acesso, equidade e integralidade nas ações de saúde, de forma que toda população fosse assistida. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, esses princípios foram garantidos na Constituição de 1988 e instituídos pelo SUS, objetivando políticas econômicas e sociais, inclusivas e democráticas (VIEIRA, 2010). Depois vieram as Leis nº 8.080, que estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização de todos os serviços (BRASIL, 1990a) e a nº 8.142, que organizou sobre a participação da comunidade e a questão do financiamento (BRASIL, 1990b).

Como estratégia do SUS para proporcionar um efetivo acesso à saúde pública, em 1994, o Ministério da Saúde, desenvolve, o Programa Saúde da Família, tendo como pilar o núcleo familiar (SOUZA; CARVALHO, 2003). Em 2006, o marco da Política Nacional de Atenção Básica, oficializa a transformação do Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família (ESF), com financiamento específico e como principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) no Brasil. Seus principais objetivos envolvem uma reorientação do processo de trabalho visando ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), versões 2006 e 2011, os serviços de atenção primária configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil. A expectativa é que esse nível de atenção seja acessível e resolutivo em relação às necessidades de saúde, realizando o acolhimento com escuta qualificada, assim como atendimento à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011b).

O acesso, de acordo com Souza *et al* (2008), deve ser visto como atos consecutivos de cuidado ao usuário, no qual extrapola a dimensão geográfica e considera a integralidade na oferta de serviço em todos os aspectos incluindo, o econômico, o cultural e o funcional. Assis & Jesus (2012), consideram que o acesso é a primeira barreira a ser superada pelo usuário, principalmente por envolver questões como: a disponibilidade ou não dos serviços, a distância, os serviços que estão sendo ofertados, os recursos disponíveis e a capacidade técnica e responsabilização pela resolução dos problemas dos usuários, pelos profissionais.

O SUS se apresenta como uma das maiores políticas públicas de saúde que possibilita a acessibilidade aos serviços e ao longo da sua implementação vem apresentando avanços importantes quanto a resolutividade das ações de saúde. Segundo Médici (2014), entre os principais avanços estão: as estratégias e programas com os profissionais da saúde, entre eles o Programa de Agentes Comunitários (PACS), atual estratégia e a ESF; a definição de recursos para a Atenção Básica; a descentralização das políticas de saúde para a regulação de bens, produtos, serviços e tecnologias; a estratégia de estabilização das fontes de financiamento; a melhoria dos sistemas de informação; a criação de mecanismos de acompanhamento dos gastos públicos setoriais e a adoção de políticas para atenuar o efeito de fatores de risco na saúde.

No entanto, segundo Baptista (2007) três grandes desafios precisam ser superados para operacionalização do SUS, o primeiro diz respeito ao grande eixo da descentralização, sugerindo uma maior cooperação entre União, estados e municípios, para que possam ser definidas estratégias diferenciadas de fortalecimento dos gestores estaduais e municipais; o segundo, refere-se a participação popular, ao que diz a dificuldade da articulação entre usuários, profissionais e gestores, em que por vezes, prevalecem os interesses individuais e por último, o desafio de uma política mais universal e integral. Mendes (2013, p. 28) coloca outros que complementam, como: “a organização macroeconômica do sistema de saúde no

Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento”.

As adversidades enfrentadas pelos gestores, principalmente relacionada à oferta desordenada e por vezes, duplicada dos serviços, além de uma desarticulação da rede de atenção, levam ao desenvolvimento de grandes filas, pacientes em corredores, estruturas físicas precárias, a falta de condições para a realização da assistência por parte dos profissionais de saúde e/ou a falta de comunicação adequada entre os profissionais e os usuários (VIANA, 2004).

O atendimento nos serviços públicos de saúde sempre foi alvo de críticas, por apresentarem uma assistência ineficiente, carente de respeito e atenção pelos profissionais, estes considerados sempre inferiores aos serviços particulares (GUEDES *et al* 2013). A grande procura pela Unidade Básica de Saúde, para o atendimento e resolução dos problemas antes que se agravem e demandem serviços de emergência, resultam em uma demanda excessiva de usuários, provocando filas extensas e as vezes até o não atendimento das pessoas que precisam. Nesses últimos casos, a demanda se transfere para os serviços de urgência e emergência, quando na verdade, deveriam ser resolvidos na atenção básica.

Com isso, em 2004, é incluída dentro das políticas, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que evidencia a humanização como sendo o guia das atividades de saúde em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Política essa que detém como eixo principal para seu desenvolvimento, o acolhimento, na qual de acordo com Ministério da Saúde:

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2006, p. 21).

Para uma reorganização das práticas em saúde e maior resolutividade das atividades em saúde, faz-se necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas. Acolher complementa a concepção de acesso ao serviço de saúde, por meio da noção de qualidade: porta de entrada e recepção do usuário. Acolher, baseia-se no desenvolver de um processo contínuo, sendo envolvido pela sensibilidade e conhecimento técnico-científico de todo o conjunto de profissionais para detectar necessidades de saúde decorrente de processos

sociais, físicos biológicos, ambientais e mentais (GUEDES *et al* 2013). O acolhimento, portanto, se relaciona com a perspectiva de organizar o serviço para atender as necessidades dos usuários.

Litwinki (2011), em seu trabalho, afirma que o acolhimento só será mais efetivo se houver capacitação para os profissionais, para que estes saibam recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar visando o bem-estar do cidadão. Braz (2013), relaciona ainda a capacidade do profissional e das instituições públicas de responsabilizar-se pela intervenção dentro do seu território de atuação, a fim de promover práticas acolhedoras tanto em nível individual como em coletivo.

O acolhimento, o acesso, a humanização no atendimento, a integralidade da atenção e o vínculo, ditos por Trindade (2010) e diversos autores, são ferramentas indispensáveis para a modificação das relações entre os sujeitos sociais. São essas que resgatam a realidade dos princípios do SUS e promovem a mudança no processo de trabalho.

3.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹

Apresentado pela Portaria n 1.654, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB é criado a partir da reedição da PNAB para induzir os processos avaliativos na AB. Avaliações em saúde, que por sua vez, vêm sendo desenvolvidas paulatinamente, de modo a aferir a qualidade e a efetividade dos serviços, melhorando as práticas de gestão e atenção à saúde.

Nesse sentido, o PMAQ-AB surge como uma estratégia do Ministério da Saúde para superar problemas, tais como: “insuficiência no financiamento, inadequação na infraestrutura, falta de acesso a atenção oportuna, baixa qualificação da gestão e relações de trabalhos”, através da melhoria do acesso e da qualidade na AB (ALMEIDA e LIMA 2016, p. 55). E tem como objetivo principal estimular e valorizar o profissional da saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, elevando o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora na qualidade do atendimento, bem como ampliar o acesso e garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior

¹ Seção construída coletivamente no grupo de pesquisa de Atenção Primária da UFOPA, coordenado pela prof.^a Juliana Gagno Lima.

transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (BRASIL, 2013).

As diretrizes do programa baseiam-se em construir parâmetros que considere as diferentes realidades de saúde do país; envolva em processos contínuos de melhorias: a gestão, o processo de trabalho e os resultados de saúde; transparência nas etapas do programa; mobilização e responsabilização dos gestores nas três esferas do governo, por meio de um processo de cultura de gestão e de qualificação da AB; orientação dos serviços com foco nas necessidades e na satisfação do usuário; e o caráter voluntário para adesão ao programa (BOUSQUAT *et al.* 2017).

Em 2011, quando o PMAQ-AB foi criado, organizou-se em quatro fases complementares:

1) Adesão e Contratualização: a primeira fase, de caráter voluntário, considerada como a etapa de formalização da adesão pelo município e contratualização entre a equipe da Atenção Básica e o gestor municipal, para que posteriormente a informação seja encaminhada ao Conselho Municipal e a Comissão Intergestores Regional (CIR), e destes para homologação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). É nesse momento que os atores envolvidos devem estabelecer pactos e compromissos, a fim de qualificar os serviços em nível local.

2) Desenvolvimento: etapa em que serão desenvolvidas ações por todos os atores, entre eles: equipes da AB, gestores municipais e estaduais e Ministério da Saúde, e estas devem perpassar por todas as fases, de modo a contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade da AB. São essas as ações: a realização da autoavaliação, indicando pontos positivos e negativos no processo de trabalho; monitoramento de indicadores de saúde contratualizados; a oferta de educação permanente e o apoio institucional, estabelecendo suportes para as equipes.

3) Avaliação Externa: consiste no momento em que serão levantadas as informações sobre o acesso e qualidade da AB das equipes participantes do programa, fase que também objetiva reconhecer o desempenho das equipes e da gestão, isso porque o trabalho exige a interação de ambos. O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o

desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;

- Subsidiar a reconstrualização das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013, p. 8).

Na coleta de dados, o Ministério da Saúde conta com o apoio de instituições públicas de ensino superior, na qual em conjunto realizam tarefas na construção de instrumentos de coleta, seleção e treinamento das equipes entrevistadoras e a organização do trabalho de campo. O instrumento de coleta está organizado em quatro módulos: 1) Módulo I – observação da UBS, aqui está questões relativas a infraestrutura, 2) Módulo II - processo de trabalho das equipes da AB, sendo a entrevista com o profissional e a verificação de documentos da UBS, 3) Módulo III – percepção e satisfação do usuário sobre as condições de acesso e utilização de serviços de saúde, 4) Módulo IV – incluído no ciclo 2, entrevista com o Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF) e 5) Módulos V e VI, também incluídos no ciclo 2, relacionada a infraestrutura e processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ALMEIDA E LIMA, 2016).

Ainda nessa etapa, as equipes são certificadas, sendo classificadas de acordo com seu conceito, podendo obter desempenho: insatisfatório, regular, bom e ótimo. Posteriormente, os municípios passam a receber recurso financeiro de acordo com os resultados alcançados.

4) Reconstrualização: a partir do desempenho das equipes é realizada uma nova pactuação de compromisso e de novos padrões e indicadores de qualidade. Dessa forma é possível evidenciar questões que ocorreram nas fases anteriores e podem ser analisadas e reelaboradas com novos objetivos.

Com o lançamento da Portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015, o novo desenho do programa propôs apenas três fases: adesão e contratualização, certificação/recontrualização) e um eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (CALVACANTI *et al.* 2016).

O Ciclo 1 do programa foi iniciado em 2011 e concluído em 2012. E em 2013 deu-se início ao seu segundo ciclo, contando com a participação de todas as equipes de saúde da

Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB. As principais características podem ser visualizadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Síntese das Características dos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB

Características	Ciclo 1	Ciclo 2
Período 4 fases	2011 a 2012	2013- 2014
Período de coleta Fase 3	Junho a novembro de 2012	Novembro 2013 a abril 2014
Limite para adesão das equipes	50% das equipes de saúde da família do município	Sem limites
Municípios participantes do censo	5.543	Não houve censo
UBS participantes do censo	38.812	Não houve censo
Municípios com equipes contratualizadas**	3.935 municípios (71,3%)	5.211 municípios (93,5%)
Equipes da Atenção Básica contratualizadas**- total	17.482 equipes (54,1%)	30.562 equipes (94,5%)
Número de usuários entrevistados	65.391 usuários	114.615 usuários

*Quadro adaptado de Bousquat *et al.* 2017. **Contratualização indica as equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB, número reduzido na certificação (somente equipes classificadas).

Observa-se no quadro, que no Ciclo 2, não foi realizado censo das UBS, sendo visitadas exclusivamente as equipes participantes do PMAQ-AB, em um total de 30.562 equipes, adesão superior ao do Ciclo 1. Cabe ressaltar que o instrumento de avaliação também foi modificado sendo incluído os módulos IV, V e VI.

De acordo com Santos *et al.* (2016), alguns dos avanços do programa está relacionado ao salto de qualidade na informação em saúde pertinente a obtenção de dados através da padronização da coleta; a expansão do número de indicadores avaliados e sua relação com aspectos territoriais relativos a infraestrutura dos serviços e qualificação profissional; inclusão da avaliação da satisfação dos usuários, em que são entrevistados usuários que já acessaram previamente a UBS; autoavaliação da equipe, para além da percepção do gestor e a produção de dados sobre dimensões da organização da AB indisponíveis nos demais sistemas de registro.

No entanto Calvacanti *et al.* (2016) apresenta desafios relativos à parceria entre universidades e gestores; à logística aplicada a um programa de capacidade nacional que se propõe avaliar processos locais; a dinâmica de mudanças esperadas em curto e médio espaço de tempo e as incoerências que podem ser geradas pela remuneração por desempenho. Dessa

forma, institucionalizar o PMAQ-AB no âmbito do SUS requer investimentos cautelosos e sólidos que promovam construção consensual entre os diversos atores sociais.

4. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizadas as bases de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de acesso público.

Foram realizadas buscas de referências bibliográficas nas bases Scielo, google acadêmico e site institucional do Ministério da Saúde, tais como, artigos científicos, dissertações, legislações, portarias e políticas nacionais com as palavras-chave: acesso; acolhimento; região de saúde; equipe de saúde; percepção dos usuários; regionalização; direito à saúde, entre outras.

O banco de dados utilizado na pesquisa foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em seu segundo ciclo de atuação (2014). Este programa tem como objetivo promover a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados à população, sendo fundamental no diagnóstico das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e diferentes atores envolvidos no processo. Pela literatura existente, compreende-se um grande potencial do PMAQ-AB nas proposições de melhorias para o processo de trabalho da Atenção Básica.

Foram utilizados exclusivamente os dados do segundo ciclo do PMAQ-AB (2014) referentes às equipes de saúde da família, através de uma seleção de variáveis dos módulos II (entrevista com profissionais) (Quadro 2) e módulo III (entrevista com usuários) (Quadro 3) do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, que podem ser visualizadas abaixo:

Quadro 2 – Variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento no Instrumento de Avaliação Externa, equipes de saúde, PMAQ-AB, 2014.

Modulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica	
II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
II.12.2	Em que local é realizado o acolhimento?
II.12.3	Em quais turnos é realizado o acolhimento?
II.12.4	Quantos dias por semana acontece?
II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?
II.12.12	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?
II.12.13	Como os usuários são agendados?

II.12.15 Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?

II.12.16 Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 2, Instrumento de Avaliação Externa, 2014. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>

Quadro 3 – Variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento no Instrumento de Avaliação Externa, usuários, PMAQ-AB, 2014.

Modulo III - Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário	
III.5.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?
III.5.2	Chegar até essa unidade de saúde é.
III.5.4	Em que horário a unidade funciona?
III.5.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?
III.6.0	Essa unidade de saúde faz marcação de consulta?
III.6.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?
III.6.2	Na maioria das vezes, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita
III.7.1	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?
III.7.2	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?
III.7.3	No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?
III.7.4	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?
III.8.1	Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?
III.8.6	Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?
III.8.7	O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações?

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 2, Instrumento de Avaliação Externa, 2014. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>

Os dados foram obtidos por meio do site do Ministério da Saúde, seção PMAQ-AB do Departamento de Atenção Básica, que tem acesso público: microdados de acesso público do ciclo 2 do PMAQ-AB, com dados sobre o estado do Pará, disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>. Esses dados foram disponibilizados em planilha Excel pelo sistema, que foram importados para o programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 22.0). No SPSS 22.0, os dados de cada município foram agregados para visualização da região de saúde como um todo, sendo filtrada dos dados do Estado do Pará. As variáveis selecionadas foram rotuladas, ou seja, foram acrescentados os rótulos de perguntas e resposta do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB no programa SPSS e as tabelas foram geradas.

Foram consideradas 58 equipes de saúde dos municípios do Baixo Amazonas que aderiram ao PMAQ-AB em 2014, cada qual com 1 profissional de nível superior respondente. E 232 usuários participantes do PMAQ-AB, que foram entrevistadas sobre a experiência de uso das UBS. (Tabela 1). As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas a partir das variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento, perspectiva dos profissionais e perspectiva dos usuários. Foram desconsideradas as alternativas com resposta “não se aplica”, sendo recalculadas as porcentagens geradas pelo SPSS 22.0. Algumas observações foram acrescentadas ao final das tabelas, tais como, questões com resposta “não sabe/não respondeu” e questões que admitem múltiplas respostas.

Os resultados de usuários foram apresentados nas tabelas 2 e 3, dados sobre acesso e acolhimento sob a perspectiva das equipes de saúde, respectivamente, e tabelas 4 e 5, dados sobre acesso e acolhimento sob a perspectiva dos usuários. Para tal, o software utilizado foi o Microsoft Office Excel versão 2016.

Por fim, foi realizada uma discussão sobre avanços e desafios do acesso e acolhimento nas regiões de saúde do Baixo Amazonas, a partir dos resultados encontrados e relacionando-os às referências bibliográficas sobre o tema. Por se tratar de uma pesquisa com base em dados quantitativos de banco de dados de acesso público, não houve necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Vale ressaltar que antes da realização das entrevistas do PMAQ-AB, um projeto específico foi submetido a Comitês de Ética de diferentes instituições de ensino e pesquisa brasileiras, com respectiva aprovação e utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais e participantes, assegurando a autorização e a privacidade dos participantes, respeitando os aspectos éticos da pesquisa e explicando a importância e o objetivo do estudo.

5. RESULTADOS

A tabela abaixo apresenta dados gerais e do PMAQ-AB referentes a população, equipes de saúde por município, equipes participantes do PMAQ-AB e usuários entrevistados pelo programa. Os resultados mostram que os municípios da região de saúde do Baixo Amazonas apresentam população entre 10 a 60 mil habitantes, menos Santarém, que têm mais de 290 mil habitantes, conferindo-se como o município polo da região. Dentre as equipes observa-se que mesmo no cenário de possibilidades de adesão ao programa alguns municípios como: Curuá, Monte Alegre e Óbidos, apresentam-se com menos de 50% de equipes participantes até o momento do segundo ciclo do PMAQ-AB. Quanto aos usuários, a quantidade prevista de 4 usuários por equipe, encontra-se exata/sem perda.

Tabela 1. Distribuição geral de equipes de saúde e usuários na região de saúde do Baixo Amazonas

Municípios*	População**	n de equipes por município**	n de equipes/ PMAQ-AB***	n de usuários/ PMAQ-AB***
Alenquer	54.353	2	2	8
Almeirim	33.466	6	3	13
Belterra	16.924	5	5	20
Curuá	13.333	4	1	4
Juruti	52.755	7	6	23
Monte Alegre	56.231	8	3	12
Óbidos	50.317	5	2	8
Placas	27.700	2	1	4
Prainha	29.270	6	5	20
Santarém	290.521	32	26	104
Terra Santa	17.783	4	4	16
Total Geral	642.653	81	58	232

*A região de saúde do Baixo Amazonas é composta por 14 municípios, no entanto, os municípios de Faro, Mojuí dos Campos e Oriximiná não aderiram ao PMAQ-AB.

**Fonte: DAB/SAS/MS, Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br>>

*** Banco do PMAQ AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>

Dentre as equipes de saúde participantes do PMAQ-AB da região do Baixo Amazonas observa-se o quantitativo de 58 equipes, distribuídas nos municípios conforme Tabela 1. Através de variáveis específicas, foram analisados no eixo acesso: formas de agendamento, tempos de espera ao chegar e para a consulta, e atendimento à demanda espontânea.

Nesse eixo acesso (Tabela 2) observou-se os seguintes resultados, segundo respostas

das equipes de saúde: 44,8% das equipes responderam que os usuários são agendados em qualquer dia da semana, em qualquer horário, 22,4% em dias específicos e em horários específicos e 20,7% em qualquer dia da semana e em horários específicos. Geralmente, as equipes agendam esses usuários com hora marcada (37,9%), ou marcam por bloco de horas (36,2%), ou ainda há a necessidade de fila para pegar senha (25,9%), sendo esse agendamento feito 100% de forma presencial. Tais resultados mostram dificuldades nas formas de agendamento, ao visualizar que em mais de 50% das UBS é preciso ou de um dia específico, ou de um horário específico e pela questão de ainda serem precisas filas e senhas para chegar ao atendimento. Quanto ao tempo de espera do usuário desde sua chegada até o momento do primeiro acolhimento, 69,0% dos profissionais responderam que gira em torno de 10 a 30 minutos e 29,3% de 31 a 60 minutos, evidenciando certa preocupação quanto a demora para o atendimento da necessidade de saúde do usuário. Esse usuário ainda, para chegar até a consulta, espera de 10 a 30 minutos (50,0%), ou mais, que seria de 31 a 60 minutos (29,3%). Para 96,6% dos profissionais, os usuários conseguem sair da unidade com a consulta marcada, caso não seja atendido no mesmo dia.

Tabela 2. Resultados de acesso sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014.

Acesso/Equipes de Saúde		Baixo Amazonas	
		n	%
EqAB: Como são agendadas as consultas na unidade **	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	26	44,8%
	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	12	20,7%
	Dias específicos fixos, em qualquer horário	4	6,9%
	Dias específicos fixos, em horários específicos	13	22,4%
	Outros	3	5,2%
EqAB: Como os usuários são agendados?	Com hora marcada	22	37,9%
	Marcado por blocos de hora	21	36,2%
	Fila para pegar senha	15	25,9%
EqAB: O agendamento pode ser feito?	Presencial	58	100,0%
EqAB: tempo de espera do usuário desde da chegada até o momento do primeiro acolhimento	10 a 30 minutos	40	69,0%
	31 a 60 minutos	17	29,3%
	Mais de 60 minutos	1	1,7%

EqAB: tempo que o usuário espera para a consulta	10 a 30 minutos	29	50,0%
	31 a 60 minutos	17	29,3%
	Mais de 60 minutos	12	20,7%
EqAB: O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia? ¹		56	96,6%

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

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

**n de Equipes-AB: Baixo Amazonas = 58

¹ O percentual corresponde ao número de equipes que responderam sim.

No que se refere ao eixo de acolhimento (Tabela 3), foram apresentados os resultados a partir dos aspectos: realização do acolhimento e frequência. Os resultados mostram que 98,3% das equipes de saúde participantes do PMAQ-AB, que totalizam o número de 57, responderam que realizam o acolhimento a demanda espontânea, indicando a inserção dessa prática continuamente nos processos de trabalho, cabendo entretanto avaliar não apenas a existência, mas qualidade do acolhimento. Quanto ao local de realização do acolhimento: 59,6% dos profissionais colocaram a sala de recepção como principal espaço para o atendimento, seguido de consultório (15,8%) e nenhum outro local específico (10,5%). Os dados mostram que geralmente os usuários são direcionados para a sala de recepção, contudo sabe-se que o acolhimento deve acontecer nos diferentes ambientes da UBS. Os turnos mais frequentes para o acolhimento, segundo os profissionais, são manhã com 95,0% e tarde com 91,0%, sendo que no turno noturno, o acolhimento acontece apenas em 2 (4,0%) UBS do total geral, indicando dificuldades de atendimento para os usuários que trabalham em horário comercial, ou até mesmo para usuários que precisam de atendimentos básicos no referido horário. Referente a quantidade de dias, 84,2% dos profissionais informaram que é realizado o acolhimento em cinco dias ou mais por semana, comparando com dados nacionais, essas UBS podem ser consideradas como as mais acessíveis.

Tabela 3. Resultados de acolhimento sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014.

Acolhimento/Equipes de Saúde	Baixo Amazonas	
	n	%
EqAB que realiza o acolhimento a demanda espontânea	57	98,3%
EqAB: Local de realização do acolhimento*	Sala de espera/recepção	34 59,6%
	Consultório	9 15,8%

	Não há local específico	6	10,5%
	Outro local	5	8,8%
	Sala específica	3	5,3%
EqAB: Em quais turnos é realizado o acolhimento? * ¹	Manhã	54	95,0%
	Tarde	52	91,0%
	Noite	2	4,0%
EqAB: Quantos dias por semana acontece? *	Um a dois dias por semana	5	8,8%
	Três a quatro dias por semana	4	7,0%
	Cinco ou mais dias por semana	48	84,2%

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

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*n de equipes que realizam o acolhimento a demanda espontânea: Baixo Amazonas= 57

**n de Equipes-AB: Baixo Amazonas = 58

¹ A questão admite múltiplas respostas.

Quanto aos usuários, foram entrevistados pelo PMAQ-AB da região de saúde do Baixo Amazonas, um total de 232 usuários. Para caracterizar o acesso, de acordo com os dados analisados, destacou-se o: tempo (casa/unidade, atendimento/consulta), funcionamento da unidade e a marcação de consulta. Relacionado ao acesso (Tabela 4), 90,9% dos usuários responderam que levam de 10 a 30 minutos de casa até a sua unidade, e 7,8% de 31 a 60 minutos, sendo que para os usuários chegar até essa unidade está entre fácil (53,4%), muito fácil (28,9%) e razoável (12,5%). A espera dos usuários para ser atendido por um profissional de saúde, varia entre 10 e 30 minutos (37,8%), 31 a 60 minutos (23,9%) e mais de 60 minutos (38,3%). Observa-se que o usuário espera em média de uma hora ou mais até ser atendido por um profissional, resultados negativos, principalmente se considerarmos que os usuários entrevistados pelo PMAQ-AB já acessaram previamente a UBS. As unidades de saúde funcionam nos turnos: manhã com 99,1%, tarde com 99,6%, e apenas 3,9% destas funcionam a noite. Para 84,9% dos usuários entrevistados, o horário de funcionamento atende as suas necessidades de saúde.

No que se refere à marcação de consultas, 97,0% dos usuários afirmam que as unidades de saúde realizam a marcação de consultas. Contudo, a forma de marcação é variável: 62,2% dos usuários responderam que para marcar consulta é necessário ir a unidade e marcar o atendimento, 31,6% vai a unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila, 26,7% vai a unidade e fica na fila para pegar ficha e 17,3% o agente comunitário de saúde marca a consulta. O percentual de usuários que ainda precisam ficar nas filas e pegar fichas, denota falhas na organização da agenda da equipe de saúde. De acordo com os usuários

entrevistados, a consulta pode ser realizada: em qualquer dia da semana, em qualquer horário (46,0%), em dias específicos, em horários específicos (30,8%) e em qualquer dia da semana, em horários específicos (17,9%). Resposta que pode ser equiparada com a dos profissionais, entretanto ainda é perceptível que há uma especificidade quanto ao dia e ao horário para marcação de consultas.

Tabela 4. Resultados de acesso sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014.

Acesso/Usuários		Baixo Amazonas	
		n	%
Usuários: quanto tempo o senhor leva da sua casa até a unidade?	10 a 30 minutos	211	90,9%
	31 a 60 minutos	18	7,8%
	Mais de 60 minutos	3	1,3%
O(a) senhor(a) sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes? ²	10 a 30 minutos	76	37,8%
	31 a 60 minutos	48	23,9%
	Mais de 60 minutos	77	38,3%
Chegar até essa unidade é:	Muito fácil	67	28,9%
	Fácil	124	53,4%
	Razoável	29	12,5%
	Difícil	11	4,7%
	Muito difícil	1	0,4%
Em que horário a unidade funciona?	Manhã	230	99,1%
	Tarde	231	99,6%
	Noite	9	3,9%
O horário de funcionamento atende suas necessidades?		197	84,9%
Essa unidade faz marcação de consulta? ^{**}		225	97,0%
Como é marcada a consulta? ^{**1}	Marca pela internet	1	0,4%
	Vai a unidade e marca atendimento	140	62,2%
	Vai a unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila	71	31,6%
	Vai a unidade e fica na fila para pegar ficha	60	26,7%
	O agente comunitário de saúde marca a consulta	39	17,3%
A consulta normalmente pode ser feita: ^{**}	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	103	46,0%
	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	40	17,9%
	Dias específicos, em qualquer horário	14	6,3%
	Dias específicos, em horários específicos	69	30,8%

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*n usuários PMAQ-AB: Baixo Amazonas = 232.

**n de usuários que responderam que a unidade faz marcação de consultas: Baixo Amazonas= 225

***n de usuários que precisaram ir a unidade sem hora marcada: Baixo Amazonas = 129

¹Essa questão admite múltiplas respostas

² O n de usuários = 201, os 31 respondentes que faltam não souberam responder

No que tange o acolhimento na perspectiva dos usuários (Tabela 5), foram observados os seguintes elementos: atendimento a demanda espontânea e resolução de problemas pelas equipes de saúde. Dos 232 usuários entrevistados, apenas 55,6% precisaram ir a unidade sem hora marcada. Quando perguntados sobre a recepção pelos profissionais na unidade, 62,0% dos usuários responderam que foram bem recebidos, 17,8% muito bem recebidos e 15,5% recebidos de forma regular. E para 87,6% dos usuários foi realizado algo para resolver o seu problema. Percebe-se que mais 60% dos usuários afirmam terem sido bem recebidos. Contudo vê-se a necessidade de ampliar o conceito de “bem recebido”, já que a pergunta traz um nível de satisfação pouco qualitativo quanto a integralidade nesse atendimento. Quanto a equipe buscar resolver seus problemas na própria UBS, 50,2% dos usuários responderam positivamente e 45,5% na maioria das vezes. Outra questão aborda se os profissionais de saúde perguntam sobre questões da vida do usuário atendido, cujo resultado apresenta que 46,1% responderam positivamente, 26,1% nunca foram perguntados e 20,9% na maioria das vezes. 69,3% dos usuários relatam se sentir à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações e 14,7% na maioria das vezes. Nota-se que apesar dos usuários estarem dispostos a falar, mais de 60% responderam que os profissionais pouco perguntam sobre as questões da sua vida, fato que distorce o conceito do acolhimento como reorganização do processo de trabalho.

Tabela 5. Resultados de acolhimento sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, 2014.

Acolhimento/Usuários		Baixo Amazonas	
		N	%
O senhor já precisou ir a unidade sem hora marcada?		129	55,6%
Como o senhor foi recebido?***	Muito bem	23	17,8%
	Bem	80	62,0%
	Regular	20	15,5%
	Ruim	2	1,6%
	Muito ruim	4	3,1%
Foi realizado algo para resolver seu problema?***		113	87,6%
A equipe busca resolver suas	Sim	116	50,2%

necessidades/problemas na própria unidade de saúde?	Na maioria das vezes	105	45,5%
	Quase nunca	8	3,5%
	Nunca	2	0,9%
Os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida?	Sim	106	46,1%
	Na maioria das vezes	48	20,9%
	Quase nunca	16	7,0%
	Nunca	60	26,1%
O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações?	Sim	160	69,3%
	Na maioria das vezes	34	14,7%
	Quase nunca	10	4,3%
	Nunca	27	11,7%

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

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*n usuários PMAQ-AB: Baixo Amazonas = 232.

***n de usuários que precisaram ir a unidade sem hora marcada: Baixo Amazonas = 129

6. DISCUSSÃO

A Atenção Básica (AB), para além da prestação do cuidado, é intitulada como a base para a formação do processo saúde-doença de um indivíduo, por abordar todos problemas de saúde de uma comunidade e apresentar-se como estratégia para organização da atenção em saúde. Starfield (2002) apresenta a AB como primeiro nível de atenção, que oferece entrada ao sistema, responsabiliza-se pelo acesso, acolhe o indivíduo, ouvindo-o (atenção voltada não só para a enfermidade) e desenvolve todos os meios de prevenção, cura e reabilitação em saúde (trabalho em equipe).

Um dos princípios da AB, apresentada nos resultados, é o acesso. O acesso, de acordo com Assis e Jesus (2012), está relacionado com as possibilidades que o usuário tem para adentrar aos serviços, entre elas: a localização da UBS, a disponibilidade de dias e os horários que ela atende, o atendimento a demanda espontânea e a percepção que a população tem sobre estes componentes do acesso. Nos dados, mais de 50% das respostas analisadas, tanto das equipes de saúde participantes quanto dos usuários entrevistados, variam entre os dias em que podem ocorrer o agendamento. Tais resultados indicam dificuldades na organização da agenda, assim como é possível destacar que ainda há a necessidade de fichas e fila para que o usuário chegue ao atendimento. Corroborando com o trabalho de Fausto *et al.* (2014), que identificou no Brasil que mais de 30% de usuários, tanto em regiões de pequeno e grande porte populacional, precisam de senhas para ser atendidos, bem como na pesquisa de Souza *et al.* (2008), que observou em unidades de saúde da família, a prevalência do molde tradicional, centrado na consulta médica, por meio de distribuição de fichas para a demanda aberta.

Outro fator que pode inferir diretamente na procura pelos serviços de saúde é o tempo de espera, em geral avaliados com resultados negativos. Em análise dos resultados, percebe-se que os usuários esperam mais de 60 minutos, entre a saída da sua casa até a consulta. Pelo tempo de espera, por vezes, a consulta acaba sendo reduzida, apresentando obstáculos para a integralidade da atenção, já que o tempo da consulta deveria abordar todos os aspectos pessoais e clínicos do paciente. Comes *et al* (2016), em seu estudo, mostra que ter o tempo de espera reduzido, é uma das demandas dos usuários para maior satisfação e melhoria do acesso.

Nesse estudo, a maioria das UBS da região de saúde do Baixo Amazonas, não atendem todos os turnos, o que poderia ser apontado como um limitador de acesso se

considerarmos a dificuldade dos usuários em frequentar a UBS em horário comercial. Protasio *et al.* (2017), coloca que na Região Norte, o fato da marcação de consultas não ser realizada todos os dias da semana, influencia na satisfação do usuário da Atenção Básica. Contudo, apesar das unidades não atenderem os três turnos ou fins de semana, os usuários entrevistados avaliam positivamente o horário de atendimento quanto as suas necessidades de saúde.

O acesso determina o grau de facilidade e dificuldades que a população encontra para a utilização dos serviços, fator que pôde ser observado nas equipes participantes do PMAQ-AB. Resultados nacionais apontam avanços na Atenção Básica como porta de entrada preferencial, contudo ainda persistem os obstáculos na dimensão organizacional (fluxo de atendimento/barreiras geográficas/referência e contrarreferência/avaliação) (ASSIS e JESUS, 2012).

Como diretriz da AB, o processo de acolhimento vem se tornando contínuo no desenvolvimento do trabalho. Nas ESF, o acolhimento tem se apresentado como uma ferramenta potente na organização dos serviços, quando articulado a outras práticas que reconheçam as necessidades de saúde da população de abrangência da UBS. Este, é então um facilitador na garantia de melhores relações entre a equipe de saúde e usuário, de escuta qualificada, melhora do cuidado e de resolutividade da assistência prestada.

A pesquisa aqui apresentada revelou alta porcentagem de “implantação” do acolhimento, não somente como prática pontual, mas como parte do cotidiano de trabalho das equipes da região de Saúde do Baixo Amazonas, sendo realizado em cinco dias ou mais por semana. Corroborando com observações feitas também no estudo de Fausto *et al* (2014), que no Brasil, as UBS onde as equipes participantes do PMAQ-AB atuam, são consideradas como mais acessíveis. Merece destaque nessa questão, a avaliação não somente da realização do acolhimento, mas da qualidade do atendimento prestado aos usuários. Nos Cadernos de Atenção Básica é colocado que o acolher com qualidade não é só distribuir senhas em número limitado e fazer a triagem ao médico, mas também realizar a escuta de forma ampliada, reconhecer os riscos/vulnerabilidades e ofertar soluções resolutivas para necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2011c).

O fato das afirmativas sobre a presença de acolhimento ter partido dos profissionais, pode demonstrar variadas percepções acerca do conceito e do modo de fazer o acolhimento. A pesquisa de Clementino *et al* (2015), confirma tal afirmação ao considerar que para a maioria

dos profissionais, o acolhimento é como se fosse apenas mais uma prática desenvolvida entre tantas outras atividades oferecidas pela AB, enquanto para poucos seria um novo posicionar do profissional frente as necessidades do usuário.

Para Ramos e Lima (2003), os fatores que denotam qualidade no atendimento estão ligados a uma boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e desempenho profissional. Em geral, para os usuários que precisaram ir a unidade sem hora marcada, mais de 60% relatam ter sido bem recebidos, resposta que traz pouca qualificação a esse conceito de “bem recebido”. Os resultados apontam uma concentração do acolhimento na sala de recepção. Braz (2013), entretanto argumenta que o acolhimento não se restringe a um local ou sala específica, mas parte de uma postura humana e enfatiza que em todo lugar onde ocorra um encontro entre qualquer profissional e usuário deve-se ocorrer a prática de acolhimento, na qual promova a constituição de vínculos e responsabilização profissional. E ainda de acordo com Política Nacional de Atenção Básica, o acolhimento é de responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde, devendo, portanto ocorrer nos diferentes ambientes da UBS (BRASIL, 2011b).

No Brasil, além do atendimento a demanda programada, são sugeridas formas de atenção à demanda espontânea, não somente para ampliar o acesso as consultas, mas como proposta de elo entre as necessidades do usuário e as possibilidades de cuidado. Assim, a demanda espontânea, pode ser entendida como o momento que o indivíduo têm para que seus problemas sejam ouvidos, acolhidos e reconhecidos como legítimos, esses, caracterizados como demanda ou não. Para tanto, AB se torna mais efetiva a partir da ampliação do processo de escuta, por meio das tecnologias das relações, à medida que essas relações possam produzir saúde.

O envolvimento do usuário no próprio cuidado pode fortalecer a capacidade de relação e vínculo com a equipe, sendo essencial que esse exponha a sua percepção acerca da atenção à saúde prestada. Alguns elementos destacam a visão dos usuários sobre o acolhimento desenvolvido nas UBS: a resolutividade nos serviços ofertados e a escuta ampliada. Cerca de 50% dos usuários entrevistados afirmaram ter respostas para as suas necessidades/problemas na própria UBS. Nessa afirmação apesar de ter um número expressivo na resolutividade dos problemas dos usuários, não se atinge o percentual indicado pelos profissionais de 98,3% de realização do acolhimento nas UBS, já que o acolhimento é conferido como proposta para

reorganização dos serviços, promovendo o acesso universal, resolutividade e humanização no atendimento.

Outra questão que pode ser relacionada a como está sendo “implantado” o acolhimento, é que mais de 50% dos usuários responderam que os profissionais não perguntam sobre questões da sua vida, mesmo se sentindo à vontade para falar com a equipe sobre as suas preocupações. Logo, é possível visualizar que mesmo que os usuários estejam dispostos a falar, os profissionais pouco abrem espaços para que seja conhecido o contexto social do usuário. Clementino *et al.* (2015), em seu estudo sobre o acolhimento no Brasil, colocou dois aspectos que podem explicar a diferença entre as respostas de profissionais e usuários: 1) divergência de percepção sobre que é ser acolhido e ser ouvido e 2) produção de pouco impacto no modo do usuário visualizar a atenção em saúde, ora quando não concretizado de fato o acolhimento pelas ESF.

Assim, observa-se uma estreita relação entre acesso e acolhimento, porque embora possamos perceber avanços e facilidades na disponibilidade de serviços próximos a casa dos usuários, identificam-se fatores que determinam qual vai ser a escolha, tanto do serviço de saúde como do profissional, aspectos ligados a forma como o usuário é recebido e a resolutividade dos serviços. Dessa forma, a AB só será efetiva, quando a produção de saúde for compartilhada entre a equipe de saúde e usuários e em decorrência disso ocorra a mudança na visão de como produzir saúde e do papel da Atenção Básica no cuidado ao usuário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, o estudo realizado apresentou resultados positivos. Alguns dos avanços notáveis está relacionado às formas de agendamento; fácil acesso do usuário a UBS (distância casa e unidade); horário de funcionamento atendendo as necessidades do usuário; mais 90% de acolhimento implementado no processo de trabalho das equipes de saúde e a realização do atendimento nos cinco dias ou mais da semana. Outra consideração importante é que o número de usuários entrevistados (quatro por unidade) está de acordo com o estabelecido pelo programa, identificando a participação social como um dos elos para conceber propostas mais efetivas na AB.

Entretanto estes resultados ainda mostram limitações para concretização do acesso e realização do acolhimento na Região de Saúde do Baixo Amazonas, dentre elas: dificuldades na organização da agenda, destacando que ainda há a necessidade de fichas e fila para que o usuário chegue ao atendimento; tempo de espera, anexo ao fato dos usuários esperarem uma hora ou mais até chegar a consulta, impedindo a integralidade na atenção; turnos de atendimento, considerando a dificuldade dos usuários em frequentar a UBS em horário comercial; concentração do acolhimento em apenas um ambiente da unidade; qualidade do acolhimento, visto que este é mais do que uma triagem ao médico; e obstáculos no processo de escuta e na resolutividade das necessidades de saúde dos usuários.

Uma observação a ser feita é que em geral os profissionais apresentaram uma avaliação mais positiva do que os usuários quanto às dimensões pesquisadas. Essa questão pode referir ao modo como as orientações recebidas estão atendendo as expectativas dos usuários, sem produzir maior impacto na saúde. Já que a visão do usuário nessa pesquisa apresenta-se em partes divergentes a do profissional, caberia aqui avaliar os recursos que faltam para que o usuário visualize a AB integralmente como primeiro acesso.

Importante ressaltar que o PMAQ-AB pode ser considerado o maior programa nacional de avaliação existente no Brasil, permitindo um amplo diagnóstico e uma série de melhorias no processo de trabalho da AB, seja no âmbito dos serviços, seja na produção científica da área. Entretanto, dos resultados encontrados problematiza-se a questão do acesso, visto que os usuários respondentes/participantes do programa, previamente já acessaram a UBS, sendo este um critério do PMAQ-AB: usuários que estavam na UBS na hora da entrevista. Ou seja, os resultados encontrados de acesso expõem a realidade de um público

que já acessou a UBS.

Diante dessas constatações, indaga-se: considerando as equipes que aderiram ao PMAQ-AB, seria o incentivo financeiro um potencializador de mudanças de práticas de saúde? Considerando as equipes que não aderiram ao PMAQ-AB, quais as dificuldades que estas equipes sem incentivo nenhum estão tendo?

Por mais que o acesso e acolhimento estejam afirmados na AB, ainda é preciso ações integradas na produção de saúde, que gerem o envolvimento e a satisfação do usuário. Acredita-se que o fortalecimento da regionalização no Baixo Amazonas pode criar condições de suporte estrutural e organizacional para que os municípios possam atuar de forma mais integrada e resolutiva aos problemas dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de. LIMA, Juliana Gagno. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. IN: Associação Brasileira de Enfermagem. KALINOWSKI, Carmen Elizabeth et al. (Org). **Programa de Atualização de Enfermagem (PROENF):** Atenção Primária e Saúde na família. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. v. 3, cap. 2, p. 53-98.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo. JESUS, Washington Luiz Abreu. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas. História das políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, GC. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.p.29-60.
- BOUSQUAT, Aylene Emília Moraes et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde. IN:TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. (Org.). **Avaliação em Saúde:** Contribuições para Incorporação no Cotidiano. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2017. v. 1, cap. 9, p. 101-113
- BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm > Acesso em: 10 fev. de 2018.
- BRASIL, Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas. **Radar de Indicadores das Regiões de Integração 2017**, Pará, 2017a. Disponível em < <http://www.fapespa.pa.gov.br/Menu/154> > Acesso em: 10 jan. 2018.
- BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 10 fev. de 2018.
- BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 10 fev. de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento a demanda espontânea, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: 56 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica** n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento as práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Dados de março referente ao ano de 2017. Brasília, 2017b. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/>> Acesso em: 10 jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa paras as equipes de Atenção Básica – PMAQ-AB**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo> Acesso em: 22 nov. de 2017.

BRASIL. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 fev. de 2018.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 fev. de 2018.

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Belém, 2016. Disponível em: <<file:///F:/plano-estadual-saude-2016-2019.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2018.

BRAZ, Flavia de Ávila Fonseca. **A importância do acolhimento aos usuários na Atenção Básica**: uma assistência humanizada. [Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. UFMG. Belo Horizonte, 2013.

CALVACANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. IN: GOMES, Luciano Bezerra et al. (Org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. v. 1, cap 1, p. 17-48.

CLEMENTINO, Francisco Sales et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência On line**, 2015; 4(1): 62-80.

COMES, Yamila et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2749-2759, 2016.

- FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out 2014.
- FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1311-1320, 2017
- FRANCO, Túlio Batista et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 1999; 15:345-53.
- GARNELO, Luiza et al. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1225-1234, 2017.
- GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira. LIMA, Morgana Maria Ribeiro. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev; 66(1): 31-7, 2013.
- LITWINKI, Guilherme Isaac Schreiber. **O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do acolhimento na unidade básica de saúde**. UFMG. [Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. UFMG. Belo Horizonte: 2011.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate** v. 24, p. 21-34, 2000.
- MÉDICI, André. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/> Acesso em: 23 ago. 2017.
- MENDES, Áquilas et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.423-437, 2015.
- MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados** 27 (78), 2013.
- MITRE, Sandra Minardi et al. 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(8):2071-2085, 2012.
- PROTASIO, Ane Polline Larceda et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, João Pessoa, 22(6):1829-1844, 2017
- RAMOS, Donatela Dourado. LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SANTOS, Lenir. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1281-1289, 2017

SANTOS, Thais Chiapinoto dos et al. PMAQ-AB e Pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? IN: GOMES, Luciano Bezerra et al. (Org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. v. 1, cap 1, p. 75-100

SOUZA, Rafaela Assis. CARVALHO, Alysson Massote. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Belo Horizonte, 8(3), 515-523, 2003.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TRINDADE, Cristiano Santos. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. [Monografia do curso de especialização em atenção básica e saúde da família]. UFMG. Belo Horizonte, 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015.

VIANA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura**. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Brasília, 2004.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de Atenção Primária em população rural do município de Jequitinhonha**, Minas Gerais. [Dissertação]. UFMG. Belo Horizonte, 2010.