

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MATEUS LOPES DO NASCIMENTO

**COMPREENSÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL (2014 E 2018)**

BRASÍLIA  
2023

MATEUS LOPES DO NASCIMENTO

**COMPREENSÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL (2014 E 2018)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA  
2023

MATEUS LOPES DO NASCIMENTO

**COMPREENSÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL (2014 E 2018)**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu

**Orientadora**

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rechem

Examinador(a) interno

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem

---

Prof. Dr. Walter Massa Ramalho

Examinador(a) interno

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Examinador(a) externo

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo dos anos e do meu mestrado.

A minha mãe Maria José, que sempre me incentivou a estudar, que desde à época do ensino primário me encorajou a ter uma profissão e que apesar das dificuldades sempre esteve ali para todo o suporte necessário.

Aos meus irmãos (Sthefanny e Jefferson) que também estiveram comigo durante todo esse processo.

A minha filha (Helena Amorim) que eu amo tanto, que hoje tem 4 anos, e que foi minha grande incentivadora. Minha maior motivação!!!

Aos amigos próximos (Rayri, Lectícia, Germana, Bárbara, Ester, Isabela, Luciana, Margarida, Thainna, Luana, Tainá) que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho e que de certa forma compreenderam minha ausência enquanto me dedicava á realização e conclusão deste trabalho.

A professora Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Simizu pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho em minha formação profissional.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

*Quanto mais claro é o conhecimento do homem, quanto mais inteligente ele é, mais sofrimento ele tem; o homem que é dotado de gênio sofre mais do que todos.*

*Arthur Schopenhauer*

NASCIMENTO, Mateus Lopes. **Compreensão do acesso na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal (2014 e 2018)**. 2023. 36 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizou investimentos importantes que requerem ser avaliados para verificar o alcance dos seus resultados. Esse programa foi criado com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica, sobretudo visando o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o país. A garantia de acesso visa assegurar aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantindo o acolhimento em qualquer hipótese. **Objetivo:** Descrever o acesso e o acolhimento na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal em 2014 e 2018, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários. **Métodos:** Estudo descritivo e analítico, realizado a partir de dados secundários, não identificados, de domínio público, provenientes do PMAQ-AB, de 2014 e 2018, divulgados pelo Ministério da Saúde. A amostra foi composta por 67 equipes de saúde da família. Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office *Excel Professional Plus 2013*® e a análise estatística foi feita por meio do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS-23). Foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson, considerou-se  $p < 0,05$ . **Resultados:** Para os profissionais de saúde houve melhoria no funcionamento do serviço no horário do almoço; nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento do usuário e quando não precisa do atendimento no mesmo dia; e mais espaço na agenda para o usuário sanar dúvidas. Para os usuários houve piora nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento e de consulta com hora marcada, e ainda dificuldade para conversar sobre os resultados dos exames. **Conclusão:** Existem barreiras organizacionais que precisam ser melhoradas, por meio da reorganização das formas de acesso e do acolhimento à demanda espontânea na APS.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento.

NASCIMENTO, Mateus Lopes. **Understanding access to Primary Health Care in the Federal District (2014 and 2018)**. 2023. 36 p. Dissertation (Master's) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2023.

### ABSTRACT

**Introduction:** The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) made important investments requiring evaluation to verify its results' scope. This program was created with the aim of expanding access and improving the quality of Primary Care, especially with a view to developing a comparable quality standard throughout the country. Acute ones, by spontaneous demand or by appointment, guaranteeing reception in any case. **Objective:** Describe access and reception in Primary Health Care in the Federal District in 2014 and 2018, from the perspective of health professionals and users **Methods:** Descriptive and analytical study, carried out from secondary data, unidentified, in the public domain, from the PMAQ-AB, from 2014 and 2018, released by the Ministry of Health. The sample consisted of 67 family health teams. Data were organized and processed in a Microsoft Office Excel Professional Plus 2013® spreadsheet and statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS-23) software. Pearson's Chi-square test was applied, considering p value <0.05. **Results:** For health professionals, there was an improvement in the functioning of the service at lunchtime; in scheduling appointments without the need for the user to travel and when he/she does not need assistance on the same day; and more space on the agenda for the user to resolve doubts. For users, there was a worsening in scheduling appointments without the need for travel and appointments by appointment, and still difficulty talking about the test results. **Conclusion:** There are organizational barriers that need to be improved, by reorganizing the forms of access and acceptance of spontaneous demand in Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Health Care; National Health Strategies; Health Services Accessibility; User Embracement

NASCIMENTO, Mateus Lopes. **Comprender el acceso a la Atención Primaria de Salud en el Distrito Federal (2014 y 2018)**. 2023. 36 p. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2023.

## RESUMEN

**Introducción:** El Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB) realizó importantes inversiones que requieren evaluación para verificar el alcance de sus resultados. Este programa fue creado con el objetivo de ampliar el acceso y mejorar la calidad de la Atención Primaria, especialmente con miras a desarrollar un estándar de calidad comparable en todo el país agudos, por demanda espontánea o con cita previa, garantizando la atención en todo caso **Objetivo:** Describir el acceso y acogida en Atención Primaria de Salud en el Distrito Federal en 2014 y 2018, desde la perspectiva de profesionales y usuarios de la salud. **Métodos:** Estudio descriptivo y analítico, realizado a partir de datos secundarios, no identificados, de dominio público, del PMAQ-AB, de 2014 y 2018, difundidos por el Ministerio de Salud. La muestra estuvo constituida por 67 equipos de salud de la familia. Los datos se organizaron y procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel Professional Plus 2013® y el análisis estadístico se realizó con el software Statistical Package for Social Science (SPSS-23). Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Para los profesionales de la salud, hubo una mejora en el funcionamiento del servicio a la hora del almuerzo; en la programación de citas sin necesidad de que el usuario se desplace y cuando no necesite asistencia en el mismo día; y más espacio en la agenda para que el usuario resuelva dudas. Para los usuarios, hubo un empeoramiento en la programación de citas sin necesidad de viajar y citas con cita previa, y todavía dificultad para hablar sobre los resultados de las pruebas. **Conclusión:** Existen barreras organizativas que necesitan ser superadas, reorganizando las formas de acceso y aceptación de la demanda espontánea en la Atención Primaria de Salud.

**Palabras-clave:** Atención Primaria de Salud; Estrategias de Salud Nacionales; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Acogimiento



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Módulo, subdimensão e avaliador.....	23
<b>Figura 1</b> – Dimensão e subdimensões. Brasília, Distrito Federal, Brasil.....	24
<b>Tabela 1</b> - Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo profissionais de saúde.....	25
<b>Tabela 2</b> - Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo os usuários.....	26

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACCR</b>	Acolhimento com Classificação de Risco
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF-AB</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SCNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	13
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO.....	14
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	14
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	16
3.4 PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	18
3.5 DO PMAQ PARA O PREVINE BRASIL.....	20
<b>4 MÉTODOS</b> .....	21
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4.2 DESENHO, LOCAL DE ESTUDO E PERÍODO.....	24
4.3 AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
4.4 PROTOCOLO DO ESTUDO.....	24
4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA.....	24
<b>5 RESULTADOS</b> .....	26
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	27
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	30
<b>7</b> .....	32
<b>CONCLUSÕES</b> .....	34
<b>8</b> .....	
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	



## INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde que possuem a Atenção Primária à Saúde (APS) centrada nas pessoas e nas comunidades são mais capazes de responder às necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais (STARFIELD, 2020; GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). No Brasil, tem-se investido nesse modelo desde os anos 1990, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja equipe é composta por: médico de família, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que atua em um território delimitado, obtendo-se resultados positivos em alguns indicadores de saúde (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; SOUSA; SHIMIZU, 2021).

Diversos esforços foram realizados, especialmente as revisões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que colocou como aspectos centrais a melhoria do acesso e da qualidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). Entretanto, ainda persistem desafios no que diz respeito à disponibilidade de serviços conforme as necessidades da população e que considere a acessibilidade geográfica, ou seja, estar próximo das residências e/ou do local de trabalho, para encurtar o tempo e amenizar os custos com o deslocamento (DONABEDIAN, 1973; FIGUEIRA; SILVA, 2018; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2018).

Em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado com vistas em ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica (AB), sobretudo visando o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o país (BRASIL, 2012). Esse programa contou com quatro fases, sendo uma delas a avaliação externa, responsável pela coleta de informações relacionadas à infraestrutura das unidades, insumos e materiais, processo de trabalho e organização, articulação do cuidado junto à rede de atenção à saúde, além de informações relacionadas às experiências e opiniões dos usuários quanto à acessibilidade, utilização e satisfação dos serviços da AB (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

No Distrito Federal (DF), por longo tempo, conviveram, simultaneamente, a AB tradicional com o modelo ESF, contudo, com baixa cobertura (CORRÊA *et al.*, 2019). Em 2017, houve uma reforma importante da APS no DF, que culminou na publicação da Portaria nº 77, no qual foi criado o programa denominado Converte, cujo objetivo era a conversão do modelo tradicional de APS adotado no DF em ESF, visando, assim, alcançar os atributos essenciais e derivados da APS (CORRÊA *et al.*, 2019; DISTRITO FEDERAL, 2017a). Essa Portaria trouxe normas de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como a adoção da escuta qualificada, a classificação de risco e o atendimento em programação clínica

e em demanda espontânea (DISTRITO FEDERAL, 2017a; FONSECA, 2019). Com o processo de conversão, houve aumento na cobertura ESF no DF, que foi de 29,67%, em 2014, para 61,26%, em 2018 (BRASI, 2021).

Além disso, essa reorganização do serviço trouxe como principal premissa a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, pela qual foi possível otimizar o processo de trabalho, bem como ampliar a conexão com os demais níveis de atenção à saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017a; BRASIL, 2021). A garantia de acesso visa assegurar aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantindo o acolhimento em qualquer hipótese (FONSECA, 2019; BRASIL, 2017).

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de realizar estudos que possam analisar o acesso e a qualidade da AB no DF através do PMAQ-AB, período marcado por mudanças importantes nesse nível de atenção do DF. Nesse sentido, este estudo se justifica, uma vez que as políticas e programas devem ser avaliados, sobretudo para analisar se houve mudanças nas práticas assistenciais, especialmente no que se diz respeito ao acesso e acolhimento dos usuários, assim como as características e funcionamento das UBS.

Destarte, o acesso e a acessibilidade têm significados distintos: a acessibilidade diz respeito às características da oferta que permitem que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso é como as pessoas percebem a acessibilidade (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018). Desta feita, sobretudo os sistemas públicos e universais devem garantir o acesso e a acessibilidade aos serviços, de qualidade, a fim de prover atenção aos problemas de saúde agudos e crônicos, bem como ações de promoção de saúde, prevenção e proteção de agravos (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

O acolhimento é uma diretriz operacional fundamental na AB que visa garantir não somente a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários (STARFIELD, 2002; SOUSA, SHIMIZU, 2021).

Assim, este estudo teve como objetivo descrever o acesso e o acolhimento na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal em 2014 e 2018, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários.

## **OBJETIVO GERAL**

Descrever o acesso e o acolhimento na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal em 2014 e 2018, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entender o funcionamento da demanda espontânea e da demanda programada na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;
- Comparar como se deu o acesso, nos anos de 2014 e 2018, com base nos resultados do segundo e terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

## A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO

Em alguns países, a Atenção Primária à Saúde (APS) é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em outros, particularmente em vários países europeus e no Canadá, a APS é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema (LAVRAS, 2011).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS (LAVRAS, 2011), no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maioria dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011). Outro marco histórico da APS é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde em 1978 se realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nessa Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Nos anos 2000, com a redemocratização e assunção de governos latino-americanos comprometidos com justiça social, observaram-se processos de revitalização da APS, em uma abordagem abrangente, reafirmando princípios de Alma-Ata (GIOVANELA *et al.*, 2019).



Para Barbara Starfield (2002), estudiosa da APS, é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, para satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada.

A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. A APS, segundo o conceito cunhado por Starfield, se baseia em quatro atributos essenciais e três atributos derivados (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018): (1) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências médicas; (2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma interpessoalidade intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais; (3) integralidade: amplo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária – ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, assim incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros; (4) coordenação: pressupõe continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado do paciente.

Os três atributos derivados da APS são: (1) orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; (2) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; (3) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se

organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e, porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde (MENDES, 2012).

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

O Brasil experimentou orientações institucionais recentes em direção a esses princípios, com a criação do SUS em 1988 e suas reformas incrementais, como a adoção da APS como um enfoque de interesse político nos últimos vinte anos e a progressiva implementação da ESF em caráter substitutivo à rede tradicional (PORTELA, 2017).

A criação do SUS implicou em mudanças do modelo de atenção nas diversas dimensões, especialmente na política e gerencial, contudo, não se estabeleceu em sua criação um novo modelo de APS, ainda que influenciado por propostas com distintas racionalidades e experiências localizadas nas décadas precedentes (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

No Brasil, segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a APS deve ser desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, para com a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). Vem sendo desenvolvida, em larga escala, no país, desde a década de 1990, com destaque para o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, e depois modificado, em 2006, para ESF como estratégia

de mudança do modelo assistencial (PINTO; GIOVANELLA, 2018). As diversas experiências de organização e oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país (PORTELA, 2017). Nesse contexto, a PNAB enfatiza que é de responsabilidade comum a todas as esferas de governo “apoiar e estimular a adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2017).

A ESF caracteriza-se como modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A proposta brasileira do PSF é a mais adequada para a situação brasileira porque é a que se adequa aos princípios do SUS e porque é ampla ao centrar-se na saúde da população. Ela valoriza a medicina familiar e a incorpora, mas vai além dela ao instituir-se com foco na saúde da família (MENDES, 2012). A ESF é o principal dispositivo de reorganização da atenção básica no Brasil, embora possa coexistir com outras formas de organização do cuidado nas UBS (FAUSTO *et al.*, 2018).

O acesso aos serviços de APS com ampliação da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro tem sido crescente nas últimas três décadas; reflexo dos investimentos públicos realizados para o fortalecimento da APS como porta de entrada e organizadora da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Os investimentos realizados na APS no período pós-reforma sanitária têm resultado em avanços incontestáveis. São mais de 40 mil equipes de saúde da família atuando em todo o País (FAUSTO *et al.*, 2018).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011). Lavras (2011) ressalta que parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação. Reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade (LAVRAS, 2011).

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros (LAVRAS, 2011).

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

No âmbito do DF, a APS funcionou durante muitos anos, segundo o modelo tradicional com profissionais especialistas (clínicos, ginecologistas, pediatras, entre outros), agenda programada e espaços físicos improvisados, e a cobertura da Saúde da Família era uma das piores do país durante muitos anos (FONSECA, 2019).

Diferentemente do que aconteceu em relação à expansão da cobertura de ESF no cenário brasileiro na totalidade, no DF, em fevereiro de 2016, portanto pouco mais de duas décadas após o lançamento do PSF, a cobertura era de apenas 28,17% segundo dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

A análise da organização dos serviços assistenciais no DF, de movimentos de reorganização ocorridos em outras cidades e estados, de documentos do Ministério da Saúde (MS) e da vasta evidência científica sobre as melhores práticas de organização de serviços de saúde apontava para a necessidade de reformulação do modelo assistencial no DF.

Nesse âmbito, foram elaboradas, então, duas portarias que continham as novas regras de funcionamento e implantação da APS, ambas datadas em 14 de fevereiro de 2017.

A portaria no 77/2017 trouxe as normativas da Política de APS do DF que, além de princípios e diretrizes, formulou uma nova organização administrativa que não mais contava com unidades básicas funcionando no modelo tradicional, passando a ter como base as ESF como elemento de organização da APS, assim como equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), além de outras composições voltadas a populações específicas (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

A portaria no 78/2017 trouxe o regramento para que os profissionais que já trabalhavam na APS, mas não em ESF, pudessem optar por compor equipes, caso assim desejassem e cumprissem os requisitos para a conversão de modelo (DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Para a portaria 77, o principal foco foi a ampliação do acesso, para isso, foi ampliado o horário das unidades maiores para funcionarem das 7 às 19 horas, ininterruptamente, e também aos sábados das 7 às 12 horas, com possibilidade de funcionamento até as 22 horas.

Outra importante mudança ocorreu na organização das agendas que passaram a ter horários marcados e reserva de 50% dos atendimentos para a demanda espontânea, visando facilitar o acesso da população às UBS próximas de suas residências ou locais de trabalho.

Para que tudo isso pudesse ser colocado em prática evidenciou-se também a implementação do acolhimento com classificação de risco em todas as UBSs. Para a portaria número 77, o acolhimento é definido como o ato de receber e escutar as pessoas como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço. Deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS, por qualquer trabalhador da unidade (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Apesar de avanços para a ampliação do acesso dos serviços da APS, observam-se desafios para a operacionalização e qualificação do acolhimento, como: ausência de articulação em redes integradas, excesso de demandas de atendimento, ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para organização do processo de trabalho em saúde. Um serviço pode ser acessível quanto ao horário de funcionamento e localização, mas possuir barreiras organizacionais, como, por exemplo, baixa implantação do acolhimento ou baixa qualidade desse acolhimento, tanto por carência de profissionais capacitados para a classificação de risco e vulnerabilidade quanto pela lógica de organização desse acolhimento (LIMA *et al.*, 2018).

A expansão da cobertura é um passo inicial e condicionante para ampliar o acesso da população ao sistema de saúde. No entanto, investimentos constantes em infraestrutura e capacitação, monitoramento de indicadores, incorporação regular de novas tecnologias, apoio diagnóstico e consolidação da atenção secundária regulamentada pela APS como coordenadora do cuidado e orientadora das redes de atenção são elementos fundamentais para consolidar esse processo com qualidade e resolução (CORRÊA *et al.*, 2019).

O que também fica evidenciado em um estudo realizado no DF, em que houve políticas locais para aumento da cobertura da APS, tanto da AB tradicional, que era o modelo prevalente antes do período desse estudo, quanto da ESF, com destaque para a política de 2017, que aumentou consideravelmente o número de equipes de ESF. Essa política permitiu, além do aumento da cobertura, a ampliação substancial de domicílios assistidos e foi seguida por investimentos, capacitação profissional e monitoramento (COSTA; SHIMIZU; SANCHES, 2023).

## PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Em relação à avaliação da qualidade da APS no Brasil, destaca-se o PMAQ-AB, um programa de abrangência nacional lançado em 2011 pelo MS, que certifica o desempenho das equipes de APS com base em inúmeros padrões de qualidade, sendo, portanto, um marcador do nível de acesso e qualidade da assistência prestada ao usuário na APS (CASTRO, 2020). Além de ampliar o acesso, a estratégia pode ampliar a transparência e a efetividade das ações governamentais com foco na APS (SANTOS *et al.*, 2022).

Trata-se de um programa gerencial que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços de APS (LIMA *et al.*, 2018). O programa passou por três ciclos (ciclo 1: 2011-2012, ciclo 2: 2013-2015 e ciclo 3: 2015-2019) (SILVA *et al.*, 2023)

Para alcançar os seus objetivos, esse programa se organizou a partir de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Foram definidos, previamente, indicadores capazes de observar padrões de acesso e qualidade na AB que, posteriormente, serviram de parâmetro para a avaliação final. Estes se apresentam nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da AB, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário (SOARES, 2020).

O PMAQ, sendo um programa da AB, apresenta-se como um instrumento importante para esse nível de atenção, sobretudo, ao propor a melhora da qualidade e do acesso à saúde no Brasil. Isso porque o trabalho realizado na AB é capaz de produzir efeitos positivos à saúde da população, como: diminuir as desigualdades sociais em saúde ao proporcionar um maior acesso aos serviços; aumentar a qualidade do atendimento enfocando as suas ações na prevenção e na promoção de saúde; tratar precocemente os problemas relativos à saúde; e reduzir os cuidados especializados (SOARES, 2020).

Estudos criteriosos e abrangentes em relação à modelos conceituais, grupos de comparação, definição de indicadores, padronização de instrumentos e abordagens estatísticas necessitam de incentivos e valorização, considerando sua relevância para subsidiar as políticas direcionadas à melhoria da qualidade da AB, como o PMAQ (FACHINNI, 2018).

Dessa forma, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O PMAQ é produto e síntese desse contexto (BRASIL 2017b).

## DO PMAQ PARA O PREVINE BRASIL

Desde dezembro de 2019 o PMAQ foi extinto, passando a prevalecer o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O foco desse programa é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aumento da qualidade da assistência, com foco no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL 2021).

No âmbito da gestão municipal, esse modelo de financiamento oportunizou a flexibilidade na gestão dos recursos da APS, possibilitando adequar a capacidade instalada e a abrangência das ofertas dos serviços da APS às necessidades de saúde da população, a partir da atuação de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2021).

Além disso, as práticas de cuidado precisam ser orientadas por um modelo de atenção centrado na pessoa, com base nos atributos essenciais e derivados da APS. O novo financiamento da APS foi formulado baseado na compreensão de que o modelo de financiamento influencia o modelo de atenção executado (BRASIL, 2021).

O Programa Previne Brasil preceitua, primordialmente, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2021)

Contudo, o programa enfrenta diversos desafios para ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade da APS no mundo, dentro de sistemas universais de saúde (HARZHEIM, 2020).

Uma vez, que a proposta do Previne Brasil é romper com a lógica do PMAQ em que repassa recursos financeiros mediante alcance de metas, criticado pelo elevado número de indicadores e baixa capacidade de induzir melhorias. Tal forma, que o Previne Brasil, entraria com incremento, em valores nominais, de aproximadamente dois bilhões de reais ao orçamento

para a APS em 2020, com novos critérios fundamentados em três eixos (SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2020):

i) Substituição dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável pela Capitação Ponderada. Deixam de existir repasses regulares de base populacional e incentivos para custeio de eAB, Nasf e o PMAQ. Passa a ser considerado o cadastramento de cada cidadão na UBS correspondente.

ii) Incentivos do PMAQ serão substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores a serem instituídos em 2020, referentes a processos e resultados em Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas. Até 2022, o número de indicadores chegaria a 21, com o monitoramento sobre Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal.

iii). Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passarão a compor o eixo de adesão a programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família.

Porém, tais mudanças trouxe uma situação política na saúde tensa. De um lado, a flexibilidade e autonomia para a gestão local, defendidos pelo Ministério, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e entidades médicas; de outro, as críticas de sanitaristas, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo (Cosems/RJ e Cosems/SP) e do CNS, que apontaram o caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da APS proposta, na concepção de cobertura universal em saúde, em detrimento a de sistema de saúde universal almejado para o SUS (SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2020).

Autores do campo do movimento sanitário apontaram outras críticas: risco de “desfinanciamento”; impertinência em considerar o cadastro como via única de inserção ao SUS, desconsiderando seu caráter universal; provável direcionamento da prestação em APS para o setor privado através da conjugação entre cesta de serviços e lista de pacientes cadastrados; ausência de participação social e representação do CNS; prejuízo ao planejamento e segurança de financiamento pelo fim do PAB fixo (SETA; OCKE-REIS; RAMOS, 2020).



## **MÉTODOS**

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Estudo realizado a partir de dados secundários, não identificados, de domínio público, provenientes do PMAQ-AB, divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2022). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

## DESENHO, LOCAL DE ESTUDO E PERÍODO

Estudo descritivo e analítico, realizado a partir de dados secundários oriundos da avaliação externa do PMAQ-AB, do segundo e do terceiro ciclos, realizados em 2014 e 2018, por meio de consulta dos microdados disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica do MS. Estudo amparado no roteiro do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE).

## AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Em 2014, foram avaliadas 110 equipes, 60 UBS e 333 usuários; já em 2018 participaram da avaliação 129 equipes, 71 UBS e 528 usuários. Para identificar as possíveis mudanças ocorridas nos períodos avaliados, foi selecionada uma amostra caracterizada pelas mesmas equipes que participaram de ambas as avaliações no DF, 2014 e 2018, que correspondeu a 67 equipes localizadas em 41 UBS. Além disso, foram entrevistados, nessas mesmas unidades, 246 usuários na avaliação de 2014 e 259 usuários na avaliação de 2018.

## PROTOCOLO DO ESTUDO

O instrumento de avaliação externa do PMAQ está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações.

O módulo I fundamenta-se na observação da UBS em que se objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2021).

O módulo II consiste na entrevista com o profissional da equipe da ESF (que poderia ser o enfermeiro ou médico) e verificação de documentos na UBS, visando verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de AB, assim como obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado aos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2021).

Já o Módulo III compreendeu uma entrevista com o usuário na UBS, objetivando verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e à utilização (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2021).

É importante salientar que ambos os questionários utilizados nos módulos I e II foram compostos de perguntas fechadas. Portanto, para este estudo, foram trabalhadas algumas

variáveis presentes nos módulos I, II e III, conforme demonstrado no Quadro 1 e nas Tabelas 1 e 2 mais adiante.

**Quadro 1** – Módulo, subdimensão e avaliador

<b>Módulo</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Avaliador</b>
<b>Módulo I</b>	Estrutura física e arquitetônica (Infraestrutura)	Entrevistador
<b>Módulo II</b> <b>E</b> <b>Módulo III</b>	Dias e Horários de Funcionamento Acolhimento à Demanda Espontânea Organização da Agenda	Profissionais de saúde (Enfermeiro ou Médico) e usuários

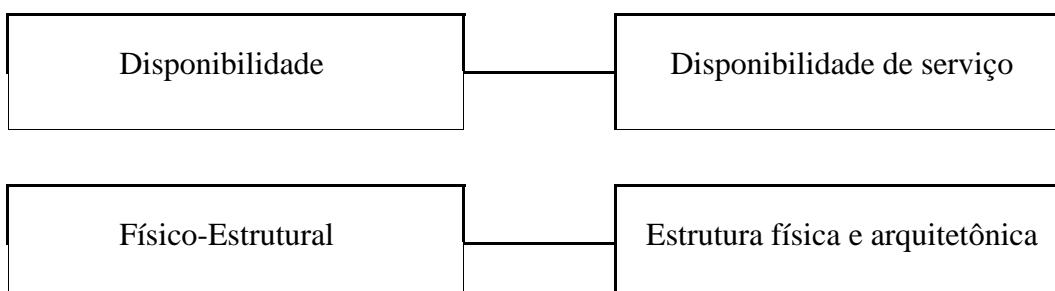
**Fonte:** Elaborado pelos autores.

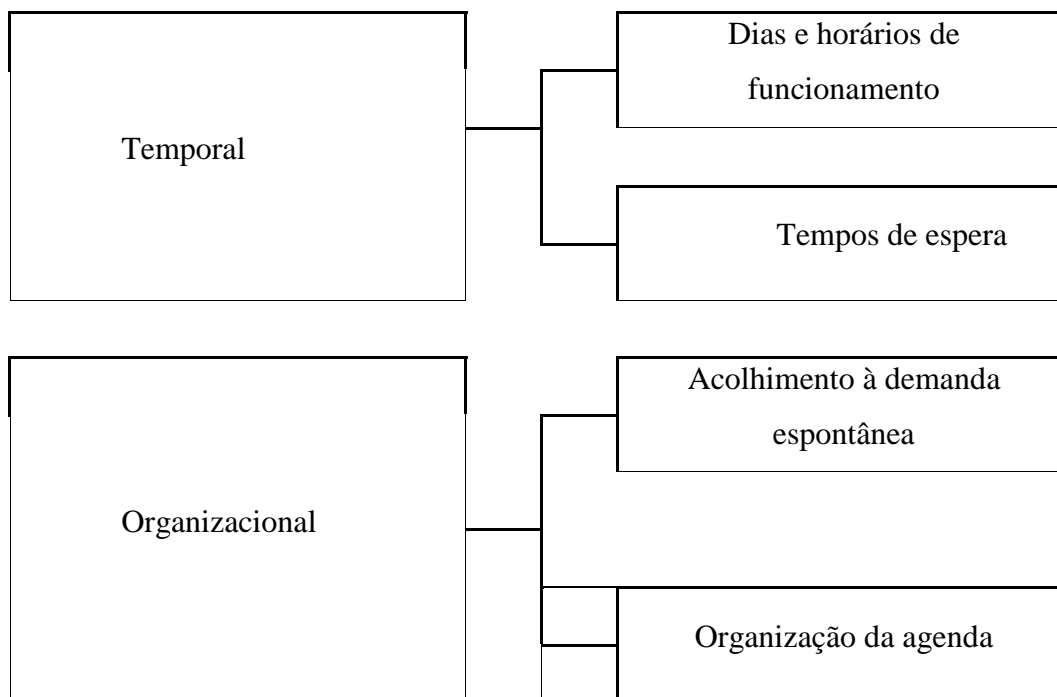
Para a seleção das variáveis estudadas, foram identificadas as que correspondiam às dimensões de acesso e acolhimento. Buscou-se garantir a comparabilidade das variáveis entre as avaliações, assim, foram selecionadas apenas as que se mantiveram inalteradas em texto ou sentido.

Foram selecionadas 29 variáveis relacionadas às informações quanto às características/funcionamento das UBS e organização do processo de trabalho para oferta dos serviços de saúde, sendo 16 referidas pelas ESF e 13 representantes da opinião dos usuários que acessam os serviços das UBS.

Inspirados na categorização proposta por Sousa e Shimizu (2021), as variáveis foram organizadas considerando as seguintes dimensões analíticas, conforme a Figura 1.

**Figura 1** – Dimensão e subdimensões. Brasília, Distrito Federal, Brasil





Fonte: Elaborado pelos autores.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office *Excel Professional Plus 2013*® e a análise estatística foi feita por meio do software *Statistical Package for the Social Science (SPSS-23)*.

Para avaliar a associação das diversas variáveis com o período estudado, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson calculado na forma exata quando necessário (quando ao menos uma célula esperava frequência menor que 5). Os casos ausentes e nos quais a resposta não se aplicava foram excluídos dos testes estatísticos. Para fins de significância estatística, considerou-se  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 que, na visão dos profissionais de saúde, foram pouco relevantes as melhorias relacionadas à estrutura física e arquitetônica para proporcionar acessibilidade. Contudo, houve melhoria nos dias e horários de funcionamento dos serviços, especialmente no horário do almoço, entre 12h e 14h ( $p=0,034$ ), período que a população pode aproveitar para resolver os seus problemas de saúde.

Evidenciou-se que não houve mudanças substanciais em relação ao atendimento da demanda espontânea, mas as unidades melhoraram alguns aspectos atinentes à organização da agenda, sobretudo o agendamento de atendimentos sem a necessidade do usuário se deslocar a unidade (p=0,037), especialmente de agendamentos quando os usuários não precisam de atendimento no mesmo dia (p=0,002). Ressalta-se que os profissionais perceberam que houve melhoria e mais espaço na agenda para que o usuário possa sanar dúvidas (p<0,001).

**Tabela 1** – Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo profissionais de saúde (2014 e 2018)

Subdimensão	Variável	2014 n (%)	2018 n (%)	p*
Estrutura Física e Arquitetônica (Acessibilidade)	Porta de entrada e portas internas adaptadas para cadeira de rodas	17 (41,5%)	20 (50%)	0,441
	Corredores adaptados para cadeira de rodas	24 (58,5%)	15 (37,5%)	0,058
	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário	18 (49,9%)	22 (55%)	0,318
Dias e Horários de Funcionamento	Funciona 5 ou mais dias da semana	40 (97,6%)	40 (100%)	0,320
	Funciona ao menos 2 turnos por dia	41 (100%)	40 (100%)	-
	Funciona no horário do almoço (12h às 14h)	13 (31,7%)	22 (55%)	0,034
Acolhimento à demanda espontânea	Acolhimento à demanda espontânea implantado	66 (98,5%)	62 (100%)	1,000
	Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana	63 (95,5%)	60 (96,8%)	1,000
	Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia	61 (100%)	62 (100%)	-
	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	61 (91,0%)	61 (98,4%)	0,117
	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário	50 (74,6%)	44 (71,0%)	0,641
	O agendamento de atendimentos pode ser feito sem a necessidade do usuário se deslocar à unidade	4 (6,0%)	11 (17,7%)	0,037
Organização da Agenda	Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia	53 (79,1%)	60 (96,8%)	0,002
	Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica	61 (91,0%)	54 (87,1%)	0,471
	Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames	52 (77,6%)	49 (79,0%)	0,845
	Existe espaço na agenda para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação	52 (77,6%)	61 (98,4%)	<0,001

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Observa-se na Tabela 2 que, na visão dos usuários não ocorreram alterações substanciais na acessibilidade geográfica, que se materializam pela localização das unidades próximas às suas residências. Também não se observaram mudanças relevantes nos dias e horários de funcionamento das unidades, mas houve melhoria no horário de funcionamento da unidade, visando atender às suas necessidades ( $p=0,004$ ).

Verifica-se, ainda, que na percepção dos usuários houve piora na organização da agenda no que se refere ao agendamento de atendimentos sem a necessidade do usuário se deslocar a unidade ( $p<0,001$ ) e de consultas com hora marcada ( $p<0,001$ ). Além disso, os usuários destacaram a dificuldade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos exames ( $p=0,001$ ).

**Tabela 2** – Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo os usuários (2014 e 2018), Brasília, Distrito Federal, Brasil

Dimensão	Variável	2014 n (%)	2018 n (%)	<i>p</i> *
Dias e Horários de Funcionamento	Leva até 20 minutos para se deslocar de casa até a UBS	198 (80,5%)	215 (83,3%)	0,406
	Funciona 5 ou mais dias da semana	240 (97,6%)	237 (96,7%)	0,582
	Funciona ao menos 2 turnos por dia	238 (96,7%)	253 (98,1%)	0,352
	O horário de funcionamento atende às necessidades do usuário	207 (84,5%)	240 (92,7%)	0,004
	Para facilitar o atendimento, gostaria que a UBS atendesse em outro horário ou dia da semana	159 (64,6%)	169 (65,3%)	0,885
Acolhimento à Demanda Espontânea	Consegue atendimento de urgência na UBS	64 (84,2%)	125 (87,4%)	0,512
Organização da Agenda	O agendamento de atendimentos pode ser feito sem a necessidade do usuário se deslocar à unidade	97 (40,9%)	25 (9,7%)	<0,001
	Agendamento de consulta todos os dias da semana em qualquer horário	89 (39,4%)	75 (31,6%)	0,082
	Consegue marcar consulta para o mesmo dia	33 (13,6%)	27 (10,5%)	0,283
	Consulta com hora marcada	75 (30,5%)	27 (10,5%)	<0,001
	Encontra facilidade para falar com profissionais em caso de dúvidas após a consulta	156 (80,4%)	163 (84,0%)	0,353

Encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos exames	167 (78,8%)	162 (64,0%)	0,001
--	-------------	-------------	-------

---

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, analisaram-se aspectos do acesso e do acolhimento à demanda espontânea e demanda programada nos serviços da APS do DF, nos períodos de 2014 e 2018, na visão dos profissionais e dos usuários, no âmbito do PMAQ-AB, que apresentavam possibilidades de melhorias contínuas no processo de trabalho, mais precisamente no acesso e na qualidade (BRASIL, 2012).

No que tange à acessibilidade, os profissionais evidenciaram que não havia melhora relevante na infraestrutura para as pessoas com restrições de mobilidade. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo nacional do primeiro ciclo do PMAQ-AB que verificou que mais de 70% das UBS não possuíam corredores e portas para cadeira de rodas, e apenas 1/3 tinha cadeira de rodas (SANTOS *et al.*, 2020).

Em relação à acessibilidade geográfica, evidenciou-se que, no DF, existem UBS próximas às residências das pessoas (cerca de 20 minutos das residências). No que se refere aos dias e horários de funcionamento, observou-se que as UBS estavam abertas durante toda a semana, em pelo menos dois turnos, e havia ligeira melhora/ampliação daquelas unidades que abrem em horário de almoço. Estudo realizado em Minas Gerais concluiu que a disponibilidade da equipe para o atendimento aos usuários em horários noturnos e finais de semana contribui para a boa resolubilidade, principalmente de eventos agudos (CHOMATAS *et al.*, 2013).

No DF, tem-se a expansão do horário de funcionamento de algumas UBS até o horário das 22h, o que favorece ainda mais o acesso, e corrobora com o resultado de um estudo realizado no município de Curitiba que mostra a melhora no acesso aos serviços, contribuindo para a extensão dos atributos da APS (CHOMATAS *et al.*, 2013). Nesse sentido, neste estudo, os usuários expressaram que ocorreu melhoria significativa na adequação do horário de atendimento mais ajustada às suas necessidades. O horário estendido como alternativa para ampliar o acesso, principalmente de trabalhadores que possuem dificuldades para buscar o serviço em horários regulares, tem sido uma estratégia adotada para facilitar o acesso em algumas regiões do país (CAMPOS *et al.*, 2019; PEDRAZA *et al.*, 2018; FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

Contatou-se que as UBS realizavam o acolhimento da demanda espontânea, fundamentais para avaliação de risco e vulnerabilidade, para redução de filas e tempos de espera, bem como para proporcionar a singularização do cuidado. A adoção da avaliação/estratificação de risco é, sem dúvida, uma estratégia importante para a garantia de acesso com equidade e possibilita identificar as diferentes gradações de risco, principalmente as situações de maior urgência e, com isso, permite proceder às devidas priorizações nos cuidados (BRASIL, 2013).

Ademais, estudos sobre acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea na APS identificaram necessidades de aprendizagem sobre o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) da demanda espontânea por enfermeiros que atuam na APS (MORELATO *et al.*, 2021; GOMIDE *et al.*, 2018). Essas competências permitem que os enfermeiros ampliem a sua autonomia para desenvolver práticas clínicas avançadas, ou seja, aquelas voltadas para a



integralidade do cuidado das famílias e das comunidades em todo seu ciclo vital (GOMIDE *et al.*, 2018; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Observou-se que as práticas de acolhimento da demanda espontânea das UBS do DF incluem os atendimentos de emergência. As experiências internacionais reforçam que é muito relevante a incorporação desse atendimento nas UBS para melhorar o grau de resolutividade dos problemas dos usuários (BRASIL, 2013; MORELATO *et al.*, 2021). Por outro lado, estudo com dados nacionais do PMAQ-AB mostrou que aproximadamente 35% dos usuários entrevistados não buscaram a UBS em situações consideradas de urgência, evidenciando que ainda existem dificuldades para a APS incorporar essa responsabilidade (CORRÊA *et al.*, 2019). Outro estudo demonstrou que a dificuldade de acesso impacta de forma negativa sobre os fundamentos e diretrizes propostos para a AB, bem como contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências, o que aponta o horário de funcionamento adequado da unidade como item mais crítico (VIEGAS *et al.*, 2021).

Em relação à organização da agenda, na avaliação dos usuários, observou-se discreta piora nos mecanismos para realizar agendamento de consultas sem deslocamento para a UBS e para realizar consulta com hora marcada. Isso ocorre, em parte, porque muitas UBS do DF não possuem telefone e internet para comunicação com os usuários, o que dificulta, sobremaneira, o acesso aos serviços necessários, caracterizando-se como importante barreira organizacional e, portanto, da concretização ao direito às ações de saúde (BRASIL, 2020).

Para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), a APS, para ser mais acessível, precisa ir além, por meio da melhoria da infraestrutura de rede de internet, de prontuários eletrônicos integrados em uma plataforma, que possibilite, inclusive, o teleatendimento (BRANDÃO; GIOVANELA; CAMPOS, 2013), objetivando fortalecer o vínculo com os usuários e assegurar o cuidado integral.

Verificou-se melhoria na agenda para os usuários sanarem dúvidas após a consulta, contudo, eles referiram dificuldade para verificação de resultado de exame. As pós-consultas são relevantes para que os usuários saiam mais esclarecidos dos atendimentos. No estudo de avaliação da qualidade do PSF no Ceará, segundo os usuários, apenas 14% afirmaram sair da pós-consulta com dúvida. Em outro estudo que avaliou a satisfação dos usuários com a ESF em município de Minas Gerais, 96,2% dos usuários estavam satisfeitos com a clareza nas explicações realizadas nas pós-consultas aos pacientes (LOPES JUNIOR; LAZARINI; COQUEIRO, 2022).

Estudos mostram que os obstáculos organizacionais, geralmente de governabilidade local/municipal, como também foram verificados nos serviços de APS do DF, apresentam maiores impactos na acessibilidade dos serviços da APS, porque estão relacionadas às questões que envolvem o uso do serviço, se comparada à dimensão geográfica, que é um fator limitante, mas não, necessariamente impede a sua utilização (MORELATO *et al.*, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2021; GOMIDE *et al.*, 2018). Nesse sentido, apesar do PMAQ-AB ter previsto diversas estratégias para melhorias de estrutura e processos durante a sua implementação, como a autoavaliação pelas equipes, verificou-se que não foi capaz de modificar positivamente algumas barreiras organizacionais relevantes, pois alguns aspectos do acesso pioraram, constatando-se, ainda, dissonância entre a percepção dos profissionais e dos usuários.

Há que salientar, ainda, que a substituição do PMAQ-AB pelo Previne Brasil, desde 2020, tem trazido diversos prejuízos à qualidade da AB, principalmente pelo processo de desfinanciamento produzido pelo novo modelo de alocação, que tem produzido inequidades (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; GURGEL JUNIOR *et al.*, 2023). Além disso, é preciso registrar as perdas em relação às avaliações de processo proporcionadas pelo PMAQ-AB, que apesar de todas as dificuldades na sua implementação, culminaram na melhoria da qualidade do acesso e da equidade (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; GURGEL JUNIOR *et al.*, 2023). Particularmente, o PMAQ-AB por meio da avaliação externa produziu melhorias nos processos de trabalho, que resultaram na ampliação do acesso, por meio do acolhimento, e da qualidade do cuidado.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A impossibilidade de avaliar os dados do 1º ciclo do PMAQ, dada a reduzida quantidade de equipes que participaram desse ciclo, caracterizou-se como uma limitação. Outro ponto importante a se mencionar como fator limitante, mas não impeditivo para a realização da pesquisa é a mudança de profissionais nas equipes entre um ano e outro, apesar da análise ter sido feita pelas mesmas equipes em ambos os anos, não foi possível garantir que o profissional que respondeu ao instrumento de 2014 foi o mesmo que respondeu ao instrumento de 2018.

Além disso, sabendo-se da dimensão da APS no DF, verifica-se a amostra ainda foi reduzida, dado ao fato de que muitas equipes que participaram em 2014 não participaram em 2018 e vice-versa. Ademais, é necessário apontar os limites quanto à extensão das questões mobilizadas para dar conta da complexidade que os temas abordados pelo PMAQ envolvem, em função da comparabilidade das questões entre os dois ciclos avaliados.

## **CONCLUSÕES**

Verificou-se que, para os profissionais de saúde houve melhoria no funcionamento no horário do almoço; nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento e quando o usuário não precisa ser atendido no mesmo dia; e mais espaço na agenda para o usuário sanar dúvidas. Para os usuários houve piora nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento e de consulta com hora marcada, além da dificuldade para conversar sobre os resultados dos exames.

Nesse sentido, verificou-se que existem barreiras organizacionais que precisam ser melhoradas por meio da reorganização das formas de acesso. Essas barreiras organizacionais

são complexas de atingir, pois sua resolução é multifatorial. Um dos fatores que impedem a sua resolução, é a falta de capacitação dos profissionais de saúde ali atuantes, pois muitos sabem do que é preconizado pela PNAB e pelas normativas estaduais, porém falta saber como fazer sua implementação, ou seja, falta capacitação.

Além disso, cabe salientar que este estudo contribuiu para refletir sobre a necessidade de continuidade de investimentos em programas que realizem avaliações de processo e de resultados, contínuas, como fez o PMAQ-AB, para termos uma APS forte, central para sustentabilidade política do SUS, que foi abruptamente interrompido pelo Programa Previne Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. de; SOUSA, A. N. A. de; BRANDÃO, C. C. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>

ALMEIDA, E. W. S. de; GODOY, S. de; SILVA, Í. R. *et al.* Mapping of advanced practice nursing actions in the Family Health Strategy. **Rev bras enferm.**, v. 74, (Suppl 6), e20210228, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0228>

BRANDÃO, A. L. da R. B. da S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Cienc saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-14, jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ferramentas digitais viabilizam acesso à APS durante a pandemia**. Brasília: APS Digital, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/22531-2/>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2020 Apr 12]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/>. Acesso em 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Microdados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2017. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.346, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017. (Seção 1, 183), p. 68. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília, 2021. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617\\_N\\_vpManualInstrutivoPrevine\\_8735032256307120348.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e nasf**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf). Acesso em: 21 fev. 2023.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P. de *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, esp., p. 252-64, out. 2014.

CASTRO, D. M. de; OLIVEIRA, V. B. de; ANDRADE, A. C. de S. *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 11, e00209819, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)

CORRÊA, D. S. R. C.; MOURA, A. G. O. M.; QUITO, M. V. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Cienc saúde coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2031-41, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>

COSTA, G. M.; SHIMIZU, H. E.; SANCHES, M. N. Mortalidade de idosos por causas sensíveis e cobertura de Atenção Primária no Distrito Federal. **Rev Bras Enferm.**, v. 76, n. 1, e20220170, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0170pt>

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 78**, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017. (Seção 1, 33), p. 7-8. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria\\_78\\_14\\_02\\_2017.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/Portaria_78_14_02_2017.html). Acesso em: 21 fev. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 77**, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017a. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES\\_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstabelece-aPol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Esstabelece-aPol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.

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

FACHINNI, L.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

FAUSTO, M. C. R., Rizzoto, M. L. F.; Giovanella, L. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 12-17, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>

FIGUEIRA, M. C. e S.; SILVA, W. P. da; SILVA, E. M. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev bras enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1178-88, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>

- FIGUEIREDO, D. C. M. M. de; Shimizu, H. E.; Ramalho, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad. saúde coletiva**, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>
- FONSECA, H. L. P. da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Cienc saúde coletiva**, v. 24, n. 6, p. 1981-90, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>
- GIOVANELA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Cienc saude coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; BUSS, P. M. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
- GOMIDE, M. F. S.; Pinto, I. C.; Bulgarelli, A. F. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-98, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
- GURGEL JUNIOR, G. D.; KRISTENSEN, S. R.; SILVA, E. N. da *et al.* Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future. **Health policy**, Amsterdam, Netherlands, v. 128, p. 62–68, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.004>
- HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1189-1196, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 52-66, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>
- LOPES JÚNIOR, L. C.; LAZARINI, W. S.; COQUEIRO, J. M. Universal health system based on Primary Care and Advanced Practice Nursing. **Rev Bras Enferm.**, v. 75 n. 5, e20210403, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0403>
- MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164621>.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em::

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 10 out. 2022.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 25 fev. 2023.

MORELATO, C. S.; DORNELES, L. L.; MARTINS, V. do P. *et al.* Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. **Rev bras enferm.**, v. 74, n. 2, e20200317, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS**, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2023.

PEDRAZA, D. F.; NOBRE, A. M. D.; ALBUQUERQUE, F. J. B. de *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Cien saude coletiva**, v. 23, n. 3, p. 923-33, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>

ROCHA, S. A.; A, BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis.**, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>

SANTOS, D. M. A.; ALVES, C. M. C.; ROCHA, T. A. H. *et al.* Fatores associados às internações infantis por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: estudo ecológico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 46, e63, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.63>

SANTOS, M. L. de M. dos; FERNANDES, J. M.; VICENTE, D. P. *et al.* Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiol serv. Saúde**, v. 29, n. 2, e2018258, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>

SETA, M. H; OCKÉ-REIS, C. O; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciênc. saúde coletiva** 26 (suppl 2) 30 Ago 20212021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>

SILVA, H. F. R. da; GOMES, L. B., BEZERRA, A. F. B. *et al.* Conflito distributivo: análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em duas



capitais nordestinas. **Interface** (Botucatu), v. 27, e220280, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220280>.

SOARES, Cesar; RAMOS, Marilia. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 708-724, jul-set 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>

SOUSA, A. N. A. de; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Cienc saude coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-95, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>

STARFIELD, B. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 10 out. 2022.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, v. 42, esp. 1, 361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

VIEGAS, S. M. da F.; NASCIMENTO, L. C. do; MENEZES, C. *et al.* SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Rev bras enferm.**, v. 74, n. 2, e20200656, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>