

REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH



<https://doi.org/10.26512/1679-09442025v16e54470>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 11.12.2024

Aprovado: 13.02.2025

Artigo Original

Mateus Lopes do Nascimento

ORCID: 0000-0003-4142-9105

Universidade de Brasília (UnB)

Email: mateuslopes3467@gmail.com

Helena Eri Shimizu

ORCID: 0000-0001-5612-5695

Universidade de Brasília (UnB)

Email: shimizu@unb.br

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

ORCID: 0000-0001-6901-6439

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e

Universidade de São Paulo (USP)

Email: biaagutierrez@gmail.com

Henrique Salmazo da Silva

ORCID: 0000-0002-3888-4214

Universidade Católica de Brasília (UCB)

Email: henrique.salmazo@p.ucb.br

**ACESSO E ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO DISTRITO
FEDERAL (2014 E 2018)**

**ACCESS AND EMBRACEMENT OF SPONTANEOUS DEMAND IN PRIMARY CARE IN DISTRITO
FEDERAL, BRAZIL (2014 AND 2018)**

**ACCESO Y ACOGIMIENTO A LA DEMANDA ESPONTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL
DISTRITO FEDERAL, BRASIL (2014 Y 2018)**

CRedit

Contribuição de autoria: Concepção, curadoria, análise, coleta de dados, metodologia, redação - rascunho original e redação – revisão: LOPES, Mateus Lopes; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Análise e redação – revisão: SILVA, Henrique Salmazo da.

Conflitos de interesse: Os autores certificam que não há conflito de interesse.

Financiamento: Não possui.

Aprovação de ética: Os autores certificam que houve aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa

Uso de I.A.: Os autores certificam que não houve uso de inteligência artificial na elaboração do trabalho

Editores responsáveis: Andrea de Oliveira Gonçalves (Editor-Chefe); Matheus Feliciano Figueiredo (Assistente editorial).

RESUMO

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. Assim, este artigo objetiva analisar o acesso e o acolhimento à demanda espontânea no PMAQ-AB no Distrito Federal em 2014 e 2018, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com dados oriundos da avaliação externa do PMAQ-AB, de 2014 e de 2018. A amostra foi composta por 67 equipes de saúde da família. Foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando-se valor- $p < 0,05$. Para os profissionais de saúde, houve melhoria: no funcionamento do serviço no horário de almoço; nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento do usuário e quando este não precisa de atendimento no mesmo dia; na disponibilidade de 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. Conclui-se que existem barreiras organizacionais que precisam ser melhoradas por meio da reorganização das formas de acesso e do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS).

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

The Brazilian National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB, in its Portuguese acronym) implemented great investments that require evaluation to verify the scope of its results. This paper aimed to analyze the access and the embracement of spontaneous demand in PMAQ-AB in Distrito Federal in 2014 and 2018 from the perspective of health professionals and patients. It consists of a descriptive-analytical study based on data provided by the external evaluation of PMAQ-AB, collected in 2014 and 2018. The sample consisted of 67 healthcare teams. We used Pearson's chi-squared test, considering p -value < 0.05 . According to the healthcare professionals, there was an improvement regarding work organization during lunchtime, unnecessary in-person appointment scheduling, unnecessary immediate care, and additional openings in their schedule to solve patients' questions. However, according to the patients, there was a worsening regarding unnecessary in-person appointment scheduling, scheduling appointments, and difficulty in discussing about test results. In conclusion, there are organizational barriers that need improvement in the reorganization of access and embracement forms of primary health care spontaneous demands.

KEYWORDS: Primary Health Care; National Health Strategies; Health Services Accessibility; User Embracement.

RESUMEN

El Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB, por su sigla en portugués) de Brasil ha realizado importantes inversiones que requieren ser evaluadas para verificar el alcance de sus resultados. Este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso y el acogimiento de la demanda espontánea del PMAQ-AB en el Distrito Federal en 2014 y 2018, desde la perspectiva de los profesionales y usuarios de la salud. Se trata de un estudio descriptivo y analítico que emplea datos de la evaluación externa del PMAQ-AB realizada en 2014 y 2018. La muestra estuvo compuesta por 67 equipos de salud de la familia. Se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson, considerando un valor de $p < 0,05$. 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 en la disponibilidad de 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 en la dificultad para hablar sobre los resultados de las pruebas. Se concluye que existen barreras organizativas que deben mejorarse reorganizando las formas de acceso y acogimiento de la demanda espontánea en la atención primaria de salud.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud; Estrategias de Salud Nacionales; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Acogimiento.

1 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⁽¹⁾. Diversos esforços foram realizados, especialmente as revisões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que colocaram como aspecto central a melhoria do acesso e da qualidade⁽²⁾. Entretanto, ainda persistem desafios no que diz respeito à disponibilidade de serviços de acordo com as necessidades da população e à acessibilidade geográfica, ou seja, à proximidade da residência e/ou do local de trabalho dos usuários, de forma a encurtar o tempo e amenizar seus custos com o deslocamento⁽³⁾.

Em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica (AB), sobretudo visando ao desenvolvimento do padrão de qualidade comparável em todo o país⁽⁴⁻⁵⁾.

No Distrito Federal (DF), por longo tempo, conviveram, simultaneamente, a AB tradicional e o modelo da estratégia saúde da família (ESF); contudo, com baixa cobertura populacional⁽⁶⁾. Em 2017, houve uma reforma importante da APS no DF, que culminou na publicação da Portaria nº 77, por meio da 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⁽⁶⁻⁷⁾. 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⁽⁷⁾.

Tal reorganização do serviço abarcou 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⁽⁷⁻⁸⁾. O acolhimento também foi incorporado como uma diretriz operacional fundamental, que visa garantir, além da acessibilidade universal, a qualificação das relações, nas quais escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo saúde-doença-cuidado para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários⁽¹⁾.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de realizar estudos que possam analisar o acesso e a qualidade da AB no DF por meio 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 os programas devem ser avaliados, sobretudo para analisar se houve mudanças nas práticas assistenciais, especialmente no que se diz respeito ao acesso e ao acolhimento dos usuários, assim como nas características e no funcionamento das UBS.

Ademais, o PMAQ-AB foi o maior e mais importante programa nacional de saúde, e com longa durabilidade: cerca de dez anos, com melhorias de processos e resultados relevantes⁽³⁾; portanto, requer ser estudado e seus resultados publicizados, apesar de ter sido substituído pelo programa Previne Brasil em 2019, processo que funcionou de forma inadequada, pois houve interferências da pandemia da covid-19 e também rejeição pela comunidade científica devido à indução de retrocessos, especialmente no alcance da

equidade⁽⁹⁾. Recentemente, a política de APS foi reformulada, e os resultados do PMAQ-AB poderão contribuir para informar essa nova iniciativa.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar o acesso e o acolhimento à demanda espontânea no PMAQ-AB do Distrito Federal em 2014 e 2018, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Barbara Starfield⁽¹⁾, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa. Coordena os cuidados quando elas recebem assistência em outros níveis de atenção, tendo como base quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação, além de três atributos derivados: orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural.

Pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; e mais efetivos porque são uma forma de enfrentar a situação epidemiológica das condições crônicas e por impactarem significativamente os níveis de saúde da população⁽²⁻⁴⁾. Além disso, são mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros, são mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres⁽²⁻⁴⁾. Também são 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⁽²⁾.

Portanto, a principal estratégia instituída pela PNAB de 2017 para fortalecer a APS foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a introdução de indicadores e padrões de qualidade^(3,8).

Contudo, a análise do acesso contemplado no PMAQ-AB e incorporado nos instrumentos de avaliação externa⁽⁸⁾ constitui-se grande desafio e é polissêmica. Existe certa convergência que demarca algumas características, com destaque para a disponibilidade de serviços em relação à necessidade, a localização geográfica adequada, a oferta que respeite normas, condutas, costumes e símbolos culturais da população⁽³⁻⁴⁾. Donabedian, citado por Figueiredo, Shimizu e Ramalho⁽⁴⁾, destaca que o acesso pode ser diferenciado em duas grandes dimensões, a saber, geográfica e sócio-organizacional: a primeira engloba fatores tais como distância, tempo e custo para o deslocamento; a segunda, por sua vez, refere-se a todas as demais características que envolvem o acesso, como a maneira de ingressar e receber o cuidado na unidade de saúde⁽³⁻⁴⁾.

O acolhimento pode ser compreendido como uma tecnologia que facilita o vínculo dos usuários com os serviços de saúde. Nessa perspectiva, a qualidade do acesso está fortemente associada à capacidade dos serviços em desenvolver boas práticas de acolhimento à demanda espontânea, reduzindo filas e tempo de espera com base em critérios de risco⁽³⁻⁴⁾. Esse dispositivo favorece o reconhecimento dos grupos mais

vulneráveis e a reorganização dos serviços de modo a garantir um acesso mais adequado à necessidade de cada usuário.

Todavia, observam-se desafios para a operacionalização e a qualificação do acolhimento, como: ausência de articulação em redes integradas; excesso de demandas de atendimento; e ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para a organização do processo de trabalho em saúde.

3 MÉTODO

Trata-se de um 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 aos microdados disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, divulgados pelo Ministério da Saúde (MS)⁽⁸⁾. O presente estudo se amparou nas diretrizes do roteiro **Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)**.

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), o 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.

Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento de avaliação externa do PMAQ, que 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⁽⁴⁾. O módulo II consiste na entrevista com o profissional da equipe da ESF (que poderia ser o enfermeiro ou médico) e na análise 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⁽⁴⁾. Já o módulo III compreendeu uma entrevista com o usuário na UBS, com o objetivo de verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e à utilização⁽⁴⁾. 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

Módulo	Subdimensão	Avaliador
Módulo I	Estrutura física e arquitetônica (infraestrutura)	Entrevistador
Módulo II e Módulo III	Dias e horários de funcionamento	Profissionais de saúde (enfermeiro ou médico) e usuários

	Acolhimento à demanda espontânea	
	Organização da agenda	

Fonte: dados da pesquisa (2022).

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 e/ou ao funcionamento das UBS e à organização do processo de trabalho para oferta dos serviços de saúde, sendo 16 referidas pelas equipes de ESF e 13 representantes da opinião dos usuários que acessam os serviços das UBS.

Inspirados na categorização proposta por Sousa e Shimizu⁽¹⁰⁾, as variáveis foram organizadas considerando as dimensões analíticas apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Dimensões e subdimensões das variáveis



Fonte: dados da pesquisa (2022).

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica por meio do software 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 se esperava em uma célula

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 valor- $p < 0,05$.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o Parecer nº 441358.

4 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 de almoço, entre 12h e 14h ($p=0,034$), período em 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 ao agendamento de atendimentos sem a necessidade de o usuário se deslocar à 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 ($p < 0,001$).

Por sua vez, a Tabela 2 mostra que, na visão dos usuários, não ocorreram alterações substanciais na acessibilidade geográfica, que se materializa 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 de o usuário se deslocar à 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 1 – Acesso e acolhimento à demanda espontânea segundo profissionais de saúde (Distrito Federal, Brasil, 2014 e 2018)

Subdimensão	Variável	2014		2018		Valor-p
		N	(%)	N	(%)	
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 de almoço (das 12h às 14h)	13	31,7	22	55	0,034
Acolhimento à demanda espontânea	Acolhimento à demanda espontânea implantado			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 de vulnerabilidade no acolhimento dos usuários	61	91	61	98,4	0,117
	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário	50	74,6	44	71	0,641
	O agendamento de atendimentos pode ser feito sem a necessidade de o usuário se deslocar à unidade	4	6	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	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	0,845
	Existe espaço na agenda para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta	52	77,6	61	98,4	< 0,001

Fonte: dados da pesquisa(2022).

Tabela 2 – Acesso e acolhimento à demanda espontânea segundo usuários (Distrito Federal, Brasil, 2014 e 2018)

Subdimensão	Variável	2014		2018		Valor-p
		N	(%)	N	(%)	
Deslocamento	Leva até 20 minutos para se deslocar de casa até a UBS	198	80,5	215	83,3	0,046
Dias e horários de funcionamento	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
	O agendamento de atendimentos pode ser feito sem a necessidade de o usuário se deslocar à unidade	97	40,9	25	9,7	< 0,001
Organização da agenda	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	0,353
	Encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos exames	167	78,8	162	64	0,001

Fonte: dados da pesquisa (2022).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, analisaram-se aspectos do acesso e do acolhimento à demanda espontânea nos serviços da APS do DF, nos períodos de 2014 e 2018, na visão dos profissionais de saúde 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⁽⁴⁾.

No que tange à acessibilidade, os profissionais evidenciaram que não houve melhora relevante na infraestrutura para as pessoas com restrições de mobilidade. Resultados semelhantes foram encontrados em um 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 disponível aos usuários⁽¹¹⁾.

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, havendo ligeira melhora/ampliação daquelas unidades que abrem em horário de almoço. Um estudo 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⁽¹²⁾.

No DF, tem-se a expansão do horário de funcionamento de algumas UBS até 22h, o que favorece ainda mais o acesso e corrobora o resultado de um estudo realizado no município de Curitiba⁽¹³⁾, o que mostra a melhora no acesso aos serviços, contribuindo para a extensão dos atributos da APS. Nesse sentido, neste estudo, os usuários expressaram que ocorreu melhoria significativa na adequação do horário de atendimento quando este era mais ajustado às suas necessidades.

Constatou-se que as UBS realizavam o acolhimento da demanda espontânea, que é fundamental para a avaliação de risco e vulnerabilidade, para a redução de filas e tempo de espera, bem como para a promoção da singularização do cuidado. A adoção da avaliação/estratificação de risco é, sem dúvida, uma estratégia importante para a garantia do acesso com equidade, uma vez que possibilita identificar as diferentes gradações de risco – principalmente as situações de maior urgência – e, com isso, permite proceder às devidas priorizações nos cuidados⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

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⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Por outro lado, um estudo com dados nacionais do PMAQ-AB mostrou que aproximadamente 35% dos usuários entrevistados não buscaram a UBS em situações consideradas como urgência, evidenciando que ainda existem dificuldades para a APS incorporar essa responsabilidade⁽¹⁵⁾.

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 uma importante barreira organizacional e, portanto, da concretização ao direito às ações de saúde⁽¹⁶⁾.

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 e da implementação de prontuários

eletrônicos integrados em uma plataforma, o que possibilitaria, inclusive, o teleatendimento⁽¹⁷⁾, objetivando fortalecer o vínculo com os usuários e assegurar o cuidado integral.

Por sua vez, verificou-se melhoria na agenda para os usuários sanarem dúvidas após a consulta; contudo, eles referiram dificuldade para a verificação de resultado de exames. As pós-consultas são relevantes para que os usuários saiam mais esclarecidos dos atendimentos, sendo uma forma de garantir a resolutividade do cuidado⁽¹⁵⁾.

Estudos têm mostrado 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 relacionados às questões que envolvem o uso do serviço, se comparados à dimensão geográfica, que é um fator limitante, mas não necessariamente impeditivo para sua utilização⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, apesar de o PMAQ-AB ter previsto diversas estratégias para melhorias de estrutura e processos durante a sua implementação – como a autoavaliação pelas equipes –, verificou-se que o programa 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.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, para os profissionais de saúde, houve melhoria no funcionamento dos serviços no horário de almoço, nos agendamentos de atendimentos sem a necessidade de deslocamento e quando o usuário não precisa de atendimento no mesmo dia, além da disponibilidade de 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, observou-se que existem barreiras organizacionais que precisam ser melhoradas por meio da reorganização das formas de acesso e acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [citado em 2020 out. 15]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
2. Mitros VMS, Rocha RN, Costa NGS,. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado em 2024 jul. 24];47:e144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>
3. Giovanella L, Bousquat A, Almeida P, Sardinha LMV, Vieira LMF. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Rev Ciênc. Saúde Colet [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 24]; 26(Supl. 1):2543-2556. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
4. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. Cad Saúde Colet [Internet]. 2020 [citado em 2024 jul. 24];28(2):288-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>

5. Córrea DSRC, Moura AGOM, Quito M V, Souza H M, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [citado em 2024 jul. 24];24(6):2031-2041. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
6. 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. *Diário Oficial do Distrito Federal* [Internet]. 2017 set. 15 [citado em 2024 jul. 24];(33 seção 1):7-8. Disponível em: <https://shorturl.at/x9Ano>
7. 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* [Internet]. 2017 set. 22 [citado em 2024 jul. 24];(183 seção 1):68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. 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); s. d. [citado em 2022 set. 12]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
9. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 24];26(supl 2):3781-3786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
10. Souza ANA, Shimizu HE. Como os brasileiros acessam a atenção básica em saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [citado em 2024 maio 7];26(8):2981-2995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>
11. Vieira-Meyer APGE, Moraes APP, Guimarães JMX, Campelo ILB, Vieira NFC, Machado, MFAS, Nogueira PSF, Nuto SAS, Freitas RWJF. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará, 2020. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2020 [citado em 2024 jul. 24]; 2020;54:62. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001878>
12. Almeida ER, Pereira FWA. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. *APS em Revista* [Internet]. 2020 [citado em 2024 maio 15];2(3):240-244. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.147>
13. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado em 2024 jul. 24];8(29):294-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2020 abr. 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
15. Morelato CS, Dorneles LL, Martins VP, Góes FSN, Viana AL, Brunello MEF, et al. Acolhimento da demanda espontânea na atenção primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 24];74(2):e20200317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317>
17. Viegas SMF, Nascimento LC, Menezes C, Santos TR, Roquini GR, Tholl AD, et al. SUS-30 anos: direito e acesso no cotidiano da atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 24];74(2):e20200656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ferramentas digitais viabilizam acesso à APS durante a pandemia. *APS Redes* [Internet]. 2020 jul. 6 [citado em 2024 jul. 24];Covid19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/22531-2/>

BIOGRAFIA OU CURRÍCULO DOS AUTORES

Mateus Lopes do Nascimento. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Especialista em Saúde da Família e Comunidade e em Docência do Ensino Superior.

Helena Eri Shimizu. Profa Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília / Prof visitante Aix Marseille Université. Pós Doutorado na Pan American Health Organization, École de science L'Homme, Imperial College.

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez. Enfermeira, Mestrado e Doutorado em Enfermagem e Pós-doutorado em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade de São Paulo, São Paulo - SP.

Henrique Salmazo da Silva. Professor Doutor do Programa de Pós graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. Pós doutorando pela Universidade de Porto e Salamanca.