

Melhorias ao acesso aos serviços de saúde oferecidos em uma comunidade de zona rural do município de Uruçuí-PI

Improvements in access to health services offered in a rural community in the municipality of Uruçuí-PI

Leonardo Correia Mauriz¹

Fabírcia Castelo Branco de Andrade Brito²

- 1- Autor-correspondente: Médico. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde de Uruçuí-PI. E-mail: leocorreia_15@hotmail.com
- 2- Orientadora. Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher pela UFPI.

RESUMO

Acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde e dependem de fatores sócios organizacionais e geográficos. O acesso aos serviços de saúde também pode ser influenciado por fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas. Desta forma, objetivou-se desenvolver uma intervenção para melhorias ao acesso aos serviços de saúde oferecidos em uma comunidade de zona rural do município de Uruçuí-PI. Trata-se de um projeto de intervenção. Essa intervenção será desenvolvido com a equipe de saúde da Maliças, a qual fica localizada na zona rural de Uruçuí, a 160 Km da cidade e é constituída por oito comunidades distintas (Maliça; Baixa Funda; Buriti Partido; Vão do Jacú; Nova Santa Rosa e Nova Olinda). Pretende-se com essa intervenção realizar capacitação com a equipe no intuito de esclarecer sobre a importância do acesso aos serviços de saúde, estabelecer melhorias junto à secretaria de saúde do município para garantir o acesso aos serviços de saúde da população e oferecer um serviço de qualidade aos usuários dessa comunidade.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Accessibility refers to the ease with which people obtain health care and depend on socio-organizational and geographic factors. Access to health services can also be influenced by social and cultural factors and ethnic and religious preferences. Thus, the objective was to develop an intervention to improve access to health services offered in a rural community in the municipality of Uruçuí-PI. This is an intervention project. This intervention will be carried out with the Maliças health team, which is located in the rural area of Uruçuí, 160 km from the city and consists of eight different communities (Maliça; Baixa Funda; Buriti Partido; Vão do Jacú; Nova Santa Rosa and Nova Olinda). This intervention intends to carry out training with the team in order to clarify the importance of access to health services, establish improvements with the municipality's health department to guarantee access to the population's health services and offer a quality service. to users in that community.

DESCRIPTORS: Access to Health Services. Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde localizada na zona rural município de Uruçuí-PI. Esse município possui 20.085 habitantes e fica localizado as margens do rio Parnaíba que divide os estados do Piauí e Maranhão e fica a 453 km de Teresina.

No que se refere aos indicadores de saúde a taxa bruta de mortalidade em 2010 apresentava-se em 4,5 e em 2017, aumentou para 6,8, a taxa de mortalidade infantil em 2010 era de 5,1 e teve um aumento exacerbado em 2017 para 21,7. Quanto a taxa de mortalidade neonatal precoce em 2010, foi de 2,5 casos e a taxa de mortalidade neonatal tardia não foram registrados casos; já no ano de 2017, essa primeira taxa foi de 9,6 e a taxa de mortalidade neonatal tardia, apresentou-se em 7,2, a taxa de mortalidade pós neonatal em 2010 apresentou valor de 2,5 e aumentou para 4,8 casos em 2017. Quanto a taxa de mortalidade em menores de 5 anos, houve aumento exacerbado de 5,1 casos no ano de 2010 para 21,7 casos no ano de 2017.

Em relação a razão de morte materna nos anos de 2010 e 2017 não ocorreram casos no município de Uruçuí. Foram avaliados também: a Mortalidade Proporcional por Tipo de Violência, incluindo acidentes, suicídios, homicídio e outros em que tanto no ano de 2010 e no ano de 2017 teve maior destaque para o número de acidentes. Em 2010, apresentando 13 casos de mortalidade e em 2017 um aumento para 18 casos.

Em Uruçuí, as ações e serviços da Vigilância em Saúde procedem da seguinte forma: Gestão da Vigilância em Saúde (gerência de unidades prestadoras de serviços; apoio técnico e administrativo, logística de transportes, gestão de materiais e estoques); Vacinação; Informação, educação e comunicação em Vigilância em Saúde e Controle de vetores, reservatórios e hospedeiros. Essas ações e serviços estão em ótimo funcionamento no meu município, enquanto, as demais referentes à Vigilância em Saúde estão em desenvolvimento para brevemente serem instaladas com sucesso, com o intuito de terem ações voltadas para a saúde coletiva, com intervenções individuais ou em grupo.

Quanto às fichas de notificações compulsórias, elas são alimentadas semanalmente, assim como declarações de óbitos e nascidos vivos no município de Uruçuí. Esses dados são importantes para análise, estudo e melhoria no atendimento da equipe multiprofissional com uma abrangência na epidemiologia do município com melhor identificação e resolução das pendências na saúde de Uruçuí.

O município de Uruçuí conta atualmente com uma rede de saúde formada por 10 equipes de saúde da família (ESF), com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro Especializado em Odontologia (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), dois Centros de Atenção de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), um Hospital de Regional e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ao analisar os serviços de saúde do município há o desenvolvimento de algumas características que são necessárias para a construção de um indicador, como: sensibilidade (grau no qual o indicador é capaz de identificar mudanças no fenômeno que está sendo mensurado); especificidade (capacidade de o indicador medir somente o fenômeno que se quer avaliar) e relevância (capacidade de obter respostas objetivas a assuntos importantes nas políticas de saúde).

A UBS foco da intervenção será a Maliças, a qual fica localizada na zona rural de Uruçuí, a 160 Km da cidade. A equipe de saúde é responsável por oito comunidades distintas (Maliça; Baixa Funda; Buriti Partido; Vão do Jacú; Nova Santa Rosa e Nova Olinda). A sede é localizada na

UBS de Maliça, todavia existe dois anexos dessa UBS que são: a Nova Santa Rosa e Baixa Funda. Essa equipe é responsável por 1.600 usuários, sendo 320 famílias.

Possui uma equipe multiprofissional constituída por um médico; uma enfermeira; três agentes comunitários de saúde (ACS); um técnico de enfermagem; uma recepcionista; uma auxiliar de serviços gerais e um agente de portaria. A equipe possui dentista, porém o consultório e esse atendimento só acontece na UBS Nova Santa Rosa. Além disso, as sedes possuem em sua estrutura física um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, uma recepção, um banho e não possui farmácia. Já nas outras comunidades, tais como: Vão da Bacaba, Jacu, Estivona e Nova Olinda os atendimentos acontecem em uma casa improvisada, com estrutura inapropriada para essa finalidade. Além disso, a comunidade Buriti Partido os atendimentos acontecem em uma escola.

A comunidade de responsabilidade pela equipe da UBS Maliça sobrevive da agricultura familiar, com plantações de arroz, feijão, fava, mandioca e milho, produtos esses que eles destinam para o consumo próprio durante o ano. Além disso, a maioria dessas pessoas possui baixa escolaridade e residem em casas de adobo, com teto de palha e outros com telhas de amianto. No entanto, é possível notar uma disparidade entre a comunidade Nova Santa Rosa e as demais localidades, pois ela foi ocupada por pessoas oriundas da região sul-sudeste do país, que se tornaram grandes agricultores de soja e milho. Nessa localidade as estruturas das casas são melhores, mais amplas e com mais conforto.

O que chamou atenção nos atendimentos médicos foi a dificuldade de deslocamento e a precariedade de transporte para realizar os atendimentos, pois as comunidades ficam muito distantes uma das outras. Por vezes esses atendimentos ocorrem no meio da estrada, embaixo de árvores ou em locais precários para essa finalidade.

Acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde e dependem de fatores sócios organizacionais e geográficos. O acesso aos serviços de saúde também pode ser influenciado por fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas. Desta maneira, fatores geográficos são importantes fatores da aceitabilidade social para a assistência (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

O acessibilidade geográfica, foi mencionado no estudo de Lima et al. (2015) como uma barreira para alguns profissionais e os usuários, principalmente, expressaram que há dificuldade de acesso que impossibilita a presença das unidades básicas (tradicionais) e das USF dentro do território da população de referência, o que aumenta a distância e dificulta o deslocamento a pé.

No intuito de minimizar o acesso aos serviços de saúde devido a dificuldades geográficas, o Ministério da Saúde recomenda que o financiamento das equipes de áreas rurais e remotas deve considerar e custear a aquisição e manutenção de frota veicular para as equipes de saúde da família, incorporando o condutor de veículos aquáticos e terrestres nas equipes mínimas de saúde da família de áreas rurais e remotas (MALTA et al., 2016).

O isolamento geográfico e profissional deve considerar a implementação de uma rede interligada de comunicação entre UBS e outros níveis de atenção, que analise as peculiaridades da infraestrutura tecnológica dos locais, os quais nem sempre possuem acesso à internet ou rede de

telefonia celular. As áreas rurais e remotas são áreas de difícil provimento de profissionais de saúde (SILVA, 2017). O aumento do número de profissionais nessas áreas está relacionado com a existência de políticas públicas que alcancem além do provimento emergencial. É preciso investir em um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos profissionais atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais (HARZHEIM, 2016).

Em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental, como áreas de agronegócio, de grandes empreendimentos, com intenso fluxo migratório e intensa transformações advindas do modelo de produção, que ocasiona aumento da prostituição, do uso de drogas, violência, esgarçamento do tecido social, a Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (ESF/SUS) precisa atuar considerando o dinamismo do território, tais como: processos de desterritorialização e reterritorialização. Isso requer habilidades de fortalecimento da luta social local por saúde, constituindo relações sociais que evidenciem as relações de poder em permanente tensão e disputa no território em um processo de corresponsabilização com sujeitos que conformam as novas territorialidades (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Investimentos e esforços de gestores e profissionais de saúde, sobretudo aqueles envolvidos diretamente com a assistência em saúde, devem ser direcionados a essas duas dimensões. Essa possibilidade de identificar, sob a ótica de usuários e profissionais, áreas prioritárias de atuação para melhorar o acesso, de uma parcela da população de um município com elevados índices de vulnerabilidade econômica e social, configura a principal contribuição para melhor o acesso aos serviços de saúde às comunidades assistidas por equipes da atenção básica.

Portanto, o objetivo geral é desenvolver uma intervenção para melhorias ao acesso aos serviços de saúde oferecidos em uma comunidade de zona rural do município de Uruçuí-PI. Os objetivos específicos são: realizar capacitação com a equipe no intuito de esclarecer sobre a importância do acesso aos serviços de saúde, estabelecer melhorias junto a secretaria de saúde do município para garantir o acesso aos serviços de saúde da população e oferecer um serviço de qualidade aos usuários dessa comunidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para planejar estratégias de melhorias em relação ao acesso da comunidade aos serviços oferecidos. Essa intervenção será desenvolvido com a equipe de saúde da UBS Maliças, a qual fica localizada na zona rural de Uruçuí, a 160 Km da cidade e é constituída por oito comunidades distintas (Maliça; Baixa Funda; Buriti Partido; Vão do Jacú; Nova Santa Rosa e Nova Olinda).

Desta forma, Antes e iniciar a intervenção o médico irá conversar com os gestores municipais para articular estratégias de melhorias no acesso ao atendimento oferecido pela equipe de saúde. Nessa reunião será explicado a importância da indisponibilidade de um local com estrutura básica para os atendimentos, por meio de uma UBS com estrutura física adequada e que seja mais central

entre as localidades mais distantes, facilitando assim o deslocamento desses pacientes e otimizando os atendimentos oferecidos.

Posteriormente a essa reunião o médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional da UBS e do NASF, a fim de melhorar o acesso da população aos serviços oferecidos por essa equipe. Será realizado um encontro, na sexta-feira, com duração de 4 horas. Nesse encontro também serão explicados os objetivos e metas com a intervenção, bem como distribuído as tarefas de cada membro da equipe. Todos os profissionais serão ouvidos em relação a sua opinião em relação as possíveis melhorias sobre o acesso da população aos serviços de saúde.

Os ACS serão importantes nesse processo, pois irão ajudar a identificar um local (associação de moradores ou uma casa para alugar com estrutura adequada) mais apropriado para serem realizadas as consultas médicas e de enfermagem. Esse local será repassado aos gestores municipais que deverão estruturar e dar o suporte dos recursos materiais para o funcionamento em um tempo máximo de 90 dias.

O quadro 1 mostra a situação problema, bem como os objetivos, metas e prazos para a sua resolução, as estratégias e os responsáveis.

Quadro 1: síntese das ações programadas

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde oferecidos por uma equipe de saúde da zona rural do município de Uruçuí-PI.	Estabelecer melhorias junto a secretaria de saúde do município para garantir o acesso aos serviços de saúde da população;	Repassar 100% dos problemas e as possíveis estratégias em relação ao acesso da comunidade ao serviço de saúde/uma semana	Antes e iniciar a intervenção o médico irá conversar com os gestores municipais para articular estratégias de melhorias no acesso ao atendimento oferecido pela equipe de saúde.	1- Médico
	Realizar capacitação com a equipe no intuito de esclarecer sobre a importância do acesso aos serviços de saúde.	Realizar uma capacitação para 100% da equipe multiprofissional/ Um semana	O médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional da UBS e do NASF.	1- Médico
	Oferecer um serviço de qualidade aos usuários dessa comunidade.	Oferecer melhorias de pelo menos 80% dos problemas em relação ao acesso da comunidade aos serviços de saúde/ 3 meses	Os ACS irão ajudar a identificar um local mais apropriado para serem realizadas as consultas médicas e de enfermagem.	1- Médico 2- ACS

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avanços da assistência à saúde na atenção básica

Um dos mais importantes avanços para a assistência à saúde é a consolidação da atenção primária de saúde (APS), a qual representa nas últimas décadas um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016 (SILVA, 2017).

A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (HARZHEIM, 2016).

O lançamento do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, marcou avanço importante no enfrentamento da carência histórica de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população, principalmente de médicos (FACHINI *et al.*, 2016).

O PMM é a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção médica na ESF, mediante provisão emergencial em larga escala (cerca de 18 mil médicos em seu pico) combinada com intervenções na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos (FACHINI *et al.*, 2016).

Mediante a inclusão desse programa as ações do SUS foi possível expandir o acesso de populações mais carentes aos serviços médicos e assistência de saúde. A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde, com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB (KEMPER *et al.*, 2016).

Além disso, cerca de 90% da população está satisfeita com o programa, reforçando sua legitimidade e aceitabilidade (SANTOS *et al.*, 2017). Estudos recentes sobre utilização e qualidade da atenção prestada em UBS, notadamente aqueles que analisaram dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), reforçam esses avanços em ações programáticas típicas da atenção primária. Durante o pré-natal, 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso (FACHINI; TOMAS; DILÉLIO, 2018).

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde, de nível superior/médio, envolvidos na assistência enquanto responsáveis pela coordenação municipal do PMAQ-AB, foram apontadas mudanças após a implantação do programa, sobretudo, na organização do trabalho, em relação aos recursos materiais e infraestrutura da ESF e na organização dos registros (FEITOSA *et al.*, 2016).

Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (FEITOSA *et al.*, 2016; FACHINI; TOMAS; DILÉLIO, 2018).

O

Sistema Único de Saúde (SUS) incorpora esses princípios e reconhece que é a partir dos valores e demandas da atenção primária que o planejamento de suas ações deve ser feito: é o planejamento ascendente (BRASIL, 2018).

O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos, e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação da OMS e do MS (BARCELOS *et al.*, 2018).

Em um retrato complexo da realidade da AB no SUS, em meio a tantos resultados positivos, obtidos em pouco mais de duas décadas de implantação da ESF, emergem de forma consistente seus problemas mais importantes. Apesar dos avanços observados na infraestrutura das UBS, inclusive em curtos períodos avaliados no PMAQ, os problemas de estrutura dos serviços ainda persistem (SANTOS *et al.*, 2015).

Vale destacar que, no campo da saúde, a avaliação da AB transforma-se em problema no momento em que demanda a mobilização coletiva dos profissionais da AB. O reconhecimento e a inclusão de todos os profissionais na avaliação da AB constituem elementos-chave na identificação da qualidade do processo avaliativo e critério importante para que os resultados apontados embasem as tomadas de decisão (MERCADO; BOSI, 2013).

Todavia, é essencial refletir sobre a qualidade dos serviços de AB, considerando sua função estrutural num sistema de saúde responsável pela resolutividade e coordenação do cuidado em toda a rede de serviços. Práticas inovadoras têm sido utilizadas para a qualificação de ações em prol da qualidade, como demonstrou um estudo norte-americano, realizado com profissionais de serviços de cuidados primários, que identificou a presença de equipe ampliada, atuação de profissionais leigos no apoio ao autocuidado, manejo de doenças crônicas e orientações de saúde, direcionamento de atividades médicas, autonomia dos profissionais e atuação sob protocolos, trabalho em comunidade, entre outras ações (WAGNER *et al.*, 2017).

Influências negativas na qualidade dos serviços oferecidos pela atenção básica

Verifica-se um distanciamento entre a recomendação do Ministério da Saúde e a realidade das equipes. Nesse sentido, existem problemas diretos na verticalização da implementação do PMAQ na atenção básica e destacam a necessidade do envolvimento e do olhar reflexivo do coletivo de profissionais sobre as suas práticas como fundamentais para a mudança no sentido da qualificação do processo de trabalho e do cuidado ofertado (BRASIL, 2018).

As iniciativas recentes em relação a esse Programa e os modelos de aplicação do mesmo com propostas de inovação e mudanças mostram-se ainda incipientes, gerando inquietações no cotidiano de trabalho da equipe de saúde na rede básica. Processos avaliativos da Política de Saúde vêm interferindo nas estruturas e organizações dos serviços de saúde de forma diversa, surtindo resultados nem sempre significativos, influenciado pelo método de avaliação e pelas peculiaridades locais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Um exemplo são as desigualdades na estrutura dos serviços, as quais são marcantes em função das características da região geopolítica, do porte populacional do município, do IDH e da cobertura de ESF (BARCELOS *et al.*, 2018). Poças *et al.* (2017) evidenciam que 74,6% não dispõem de sinalização externa adequada e que 89,6% não contam com profissionais para acolhimento.

Além de problemas estruturais e de provisão de pessoal, a organização dos serviços, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho (FACHINI; TOMAS; DILÉLIO, 2018).

No caso do pré-natal, apenas 15% das gestantes receberam todos os procedimentos, exames e orientações preconizadas. O exame de mamas foi referido por 56% das gestantes, enquanto os exames ginecológico e da cavidade oral sequer foram dispensados à metade delas (FACHINI; TOMAS; DILÉLIO, 2018).

Desta maneira, melhorias na construção, acesso, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias, mas é preciso uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação (SILVA, 2017).

A oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na ESF depende intensamente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde (TOMASI *et al.*, 2017).

Na prática, a assistência à saúde prioriza ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda e não nas reais necessidades dos usuários. Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF (CRUZ *et al.*, 2014).

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal (BRASIL, 2018).

Cabe ressaltar que a autoavaliação é uma ferramenta de gestão estratégica na organização do processo de trabalho e para melhoria da qualidade da atenção à saúde, pois permite identificar e reconhecer dimensões positivas e problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde, a fim de mobilizar iniciativas para mudança e aprimoramento do serviço. Tendo em vista seu potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde recomenda que o instrumento utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores, entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS (BRASIL, 2014). Desta forma, a participação coletiva de todos os atores envolvidos com a AB em seus diferentes âmbitos é importante para que a autoavaliação se constitua como ação crítico-reflexiva, possibilitando apontar situações que necessitam ser revistas e/ou modificadas (CRUZ *et al.*, 2014).

Por fim, um elemento crucial para a qualificação da cobertura da ESF é o aprimoramento do e-SUS para produção de informações úteis às equipes e gestores, mediante acesso a relatórios

automatizados de indivíduos e coletividades sobre situação de saúde e ações ofertadas. Acelerar a incorporação de tecnologias de informação e comunicação facilita o uso de informações atualizadas e potencializa a melhoria do cuidado (PROTASIO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se com essa intervenção realizar capacitação com a equipe no intuito de esclarecer sobre a importância do acesso aos serviços de saúde, estabelecer melhorias junto à secretaria de saúde do município para garantir o acesso aos serviços de saúde da população e oferecer um serviço de qualidade aos usuários dessa comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**. São Paulo, v. 38, spe, p. 182-94, mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB):** manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program. **Health Systems & Reform**. v. 1, n. 12, p. 1-14, set. 2018.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, São Paulo. v. 38, n. esp, p. 124-39, out. 2014.

FACCHINI, L. A. *et al.* O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciênc Saúde Colet**. São Paulo, v. 21, n. 9, p. 2652-666, set. 2016.

FACCHINI, L. U.; TOMASI E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 208-23, set. 2018.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 21-29, set. 2016.

HARZHEIM, E. **Avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde:** mensuração dos atributos. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. 2016.

KEMPER, E. S. *et al.* Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc Saúde Colet**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 2785-296, mai. 2016.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, v. 635-56, set. 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc Saúde Colet**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 327-38, set. 2016.

MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2013.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 302-14, set. 2018.

POÇAS, K. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 275-84, mai. 2017.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciênc Saúde Colet**. São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1829-844, set. 2017.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciênc Saúde Colet**. São Paulo, v. 20, n. 11, p. 3547-552, mai. 2015.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ**. v. 95, n. 2, p. 103-10, mai. 2017.

SILVA, J. F. S. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde**. Tese (Doutora em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília: Brasília, DF. 208f 2017.

TOMASI, E. *et al.* Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality — PMAQ. **The Journal of ambulatory care management**. v. 12, supl. 2, p. 12-22, mai. 2017.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 1, p.100-12, set. 2015.

WAGNER, E. H. *et al.* Effective team based primary care: observations from innovative practices. **BMC Fam Pract**. v. 18, n. 2, p. 13-20, mai. 2017.