



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Samantha Mendes Semeunka
Sílvia Maristela Pasa Takeda
Rodrigo Godoy da Silva
Luciana Bitello Firmino

Porto Alegre, 2020

Samantha Mendes Semeunka

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Residência Multidisciplinar em
Saúde, Programa de Saúde da Família e
Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição,
como requisito parcial para obtenção do título
de especialista em Saúde da Família e
Comunidade

Orientadora: Sílvia Maristela Pasa Takeda

Coorientadores: Rodrigo Godoy da Silva,
Luciana Bitello Firmino

Porto Alegre, 2020

Sumário

| | |
|--|----|
| RESUMO | 4 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2. METODOLOGIA..... | 7 |
| 2.1. Tipo de Estudo..... | 7 |
| 2.2. Local do Estudo..... | 8 |
| 2.3. Participantes do estudo..... | 8 |
| 2.4. Coleta de dados..... | 9 |
| a) Descrição dos processos de planejamento das mudanças e implantação da nova organização do acesso..... | 9 |
| b) Abordagem Quantitativa..... | 9 |
| c) Abordagem Qualitativa..... | 10 |
| 3. RESULTADOS..... | 11 |
| 3.1. Descrição do processo de trabalho da equipe da USPM..... | 11 |
| a) Descrição da organização da equipe antes da mudança..... | 11 |
| b) Descrição do processo de implantação das mudanças no acesso..... | 14 |
| c) Descrição da organização da equipe depois das mudanças..... | 17 |
| 3.2. Quantitativo..... | 20 |
| 3.3. Qualitativo..... | 24 |
| a) Percepção dos usuários e profissionais sobre o acesso à US antes das mudanças..... | 24 |
| b) Percepção dos usuários e profissionais sobre o acesso à US depois das mudanças..... | 25 |
| 4. DISCUSSÃO..... | 29 |
| 4.1. Desafios no processo de implantação..... | 29 |
| 4.2. Indicadores de acesso..... | 33 |
| 4.3. Percepções dos usuários e profissionais..... | 35 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| APÊNDICE A..... | 42 |
| APÊNDICE B..... | 43 |

RESUMO

Objetivo geral: Descrever e avaliar as mudanças na organização do acesso da população aos recursos e serviços da Unidade de Saúde Parque dos Maias, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. *Justificativa:* Conhecer os desafios de realizar mudanças nos processos de trabalho e organização da equipe de saúde e avaliar o desempenho do serviço antes e após as mudanças é fundamental para qualificar a atenção à saúde. *Fundamentação teórica:* A facilidade de acesso é um fator importante para a qualidade dos serviços de saúde. O tema é objeto de análise na literatura, tendo sido estudada, por exemplo, a existência de barreiras tais como as filas para marcação de consultas, e apontadas estratégias para sua superação (ASSIS; JESUS, 2012). A investigação dos aspectos relacionados ao acesso tem ampliado a discussão do problema e qualificado as respostas dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2005). Nos serviços de Atenção Primária, porta de entrada ao sistema de saúde, o fácil acesso é fundamental para a qualidade da atenção e resolutividade (PEREIRA, 2006; STARFIELD, 2004).

As dificuldades no acesso da população aos recursos e serviços de saúde são universais. No mundo, assim como no Brasil, é um tema constantemente em pauta. Várias formas de organização dos serviços vêm sendo propostas e entre elas estão o Acolhimento e o Acesso Avançado. O Acolhimento visa humanizar relações e avaliar todas as demandas do dia, identificando riscos e respondendo de forma adequada segundo estes riscos e representou um avanço em muitos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando o acesso (Humaniza SUS/MS). O Acesso Avançado, da mesma forma visando o cuidado humanizado, vínculo, integralidade e coordenação do cuidado, propõe que se responda às demandas quando elas se apresentam, diminuindo assim a demora no atendimento nos agendamentos semanais ou mensais, o que retarda o cuidado (MURRAY; TANTAU, 2003). *Metodologia:* A avaliação das mudanças na organização do acesso será feita combinando-se diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, configurando o que é chamado de triangulação. O estudo propõe-se a descrever o processo de mudança, utilizando ferramentas de análise de caso, além de avaliar se houve mudanças no acesso aos recursos e serviços através de estudo quantitativo do tipo experimental não controlado (antes e depois), tendo como intervenção a implantação de mudanças em direção ao Acesso Avançado, bem como conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais a respeito das mudanças através de

pesquisa qualitativa exploratória, utilizando questionário semiestruturado, sendo seu objetivo ampliar o acesso garantindo vínculo/longitudinalidade, integralidade e coordenação na equipe. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Parque dos Maias, que integra o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, sendo o seu projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, e inserido na Plataforma Brasil.

Palavras-chave: acesso, acolhimento, porta de entrada, qualidade da atenção à saúde, acesso avançado, Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- (AC) Assistente de Coordenação
- (APS) Atenção Primária à Saúde
- (ESF) Estratégia de Saúde da Família
- (GHC) Grupo Hospitalar Conceição
- (GT) Grupo de Trabalho
- (PSF) Programa Saúde da Família
- (SIS) Sistema de Informação em Saúde
- (SSC) Serviço de Saúde Comunitária
- (SUS) Sistema Único de Saúde
- (UA) Unidades de Apoio
- (US) Unidade de Saúde
- (USPM) Unidade de Saúde Parque dos Maias

1. INTRODUÇÃO

A ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil determinou importantes melhoras no acesso dos usuários aos serviços de saúde e nos resultados em saúde (VIDAL, 2013; MENDONÇA, 2009; KOOLING, 2008). No entanto, uma grande parcela da população ainda enfrenta dificuldades de acesso (KOOLING, 2008; VIDAL, 2013). Diversos estudos que utilizaram Primary Care Assessment Tool (PCAToll) avaliaram o acesso de primeiro contato como o atributo com pior desempenho: Macinko et al (2004) em Petrópolis/RJ, Oliveira et al (2007) e Zils et al (2009) em Porto Alegre/RS, Van Stralen et al (2008) na Região Centro-Oeste, Vitoria et al (2013) em Chapecó/SC, Chomatas et al (2013) em Curitiba (PR), Turci et al (2015) em Belo Horizonte/MG, Harzheim et al (2016) no Rio de Janeiro/RJ, D'Avila et al (2017) e Prates et al (2017), revisões integrativas e Vidal et al (2018) em Florianópolis/SC.

As dificuldades de acesso das pessoas ao conjunto de recursos e serviços de saúde são universais. No mundo, assim como no Brasil, os serviços de saúde enfrentam problemas relacionados ao acesso. Murray e Tantau (2003), desenvolveram uma proposta que diminuiu o tempo de espera para se obter consultas e concomitantemente reforçou o vínculo e a integralidade da atenção à saúde a partir da reconstrução do sistema de agendamento com foco na relação médico-paciente e em dois aspectos fundamentais: (1) Longitudinalidade/vínculo, proporcionando às pessoas consultarem com seu médico de referência e assim melhorar os resultados em saúde e a satisfação com o serviço de saúde; (2) Aumentar a capacidade da agenda para as demandas do dia, permitindo ao usuário ser atendido no mesmo dia, e assim diminuindo o número de consultas pré-agendadas. A esse sistema denominaram “acesso avançado”, “acesso aberto”, “open access” ou “agendamento para o mesmo dia”, seguindo o mote “Faça o trabalho de hoje, hoje”, nas palavras de Murray. No Acesso Avançado a pessoa realiza a consulta no mesmo dia independente do motivo, sem haver distinção entre consultas de urgência e de rotina.

No Brasil, o Acesso Avançado tem sido implantado em diversas cidades, tais como Curitiba, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. A avaliação destas práticas tem apresentado aumento no índice de satisfação da população, tanto pela redução do tempo de espera quanto pelo aumento do vínculo entre paciente e unidade de saúde. Em estudo realizado no município de São Paulo, a avaliação da população

foi excelente e os médicos relataram maior satisfação em atender uma agenda dinâmica, com a possibilidade de proporcionar a continuidade do cuidado, tendo-se um ganho na qualidade de atendimento, uma vez que se realiza o cuidado longitudinal e integral do paciente (LEAL *et al*, 2015; VIDAL, 2013). No município de Sobral, Ceará, os dados mostraram uma associação positiva entre o Acesso Avançado e a redução do absenteísmo às consultas programadas, o que permitiu melhor organização e otimização dos serviços, além de maior satisfação dos pacientes e profissionais (ASFOR *et al*, 2014).

Estas experiências reforçam a importância de buscar estratégias que priorizem repensar e reorganizar o processo de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

As características do acesso na Unidade de Saúde Parque dos Maias, equipe do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), foi investigada por Souza em 2017, que identificou dificuldades relacionadas ao acesso propriamente dito e ao vínculo entre profissionais e usuários, através da percepção de usuários e trabalhadores. Diante disso, e respondendo às diretrizes do SSC (SSC-GHC 2013), o acesso foi definido pela equipe de saúde como importante tema a ser trabalhado no Planejamento 2018-2019. Na ocasião, o sistema de organização local estava baseado no Acolhimento e a equipe de saúde decidiu realizar mudanças em direção ao Acesso Avançado. Estas mudanças visavam ampliar o acesso garantindo vínculo/longitudinalidade, integralidade e coordenação na equipe.

O objetivo desse estudo foi descrever e avaliar essa transição, comparando indicadores de acesso, e a satisfação dos usuários e dos profissionais, antes e após a implantação das mudanças na organização do acesso. Espera-se, desta forma, contribuir para a avaliação do conjunto de medidas adotadas e colaborar com as demais equipes do SSC nas suas buscas pela melhora do acesso e da qualidade da atenção à saúde prestadas à população.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Utilizou-se a triangulação metodológica (PATTON, 2002; DAVIDSON, 2005), que integra abordagens quantitativa e qualitativa, tendo como objeto de estudo as

mudanças na organização do acesso. Realizou-se a descrição do processo de planejamento das mudanças, avaliou-se indicadores de acesso e vínculo através de metodologia quantitativa experimental em estudo do tipo antes e depois e avaliou-se a percepção dos usuários e dos profissionais com estudo qualitativo exploratório.

2.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma das doze unidades do SSC do GHC, a Unidade de Saúde Parque dos Maias (USPM), situada na zona norte do município de Porto Alegre/RS. A USPM possui, atualmente, em torno de 9 mil usuários cadastrados e trabalha com 5 médicos, 4 enfermeiras, 6 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 2 técnicas de saúde bucal, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, 10 agentes comunitários de saúde 3 auxiliares administrativos e 6 residentes (2 dentistas, 2 enfermeiras e 2 nutricionistas). Estes profissionais estão organizados em três grandes equipes de referência subdivididas em 6 subequipes irmãs, cada equipe responsável por uma área do território de abrangência. Às equipes de referência é atribuído o cuidado dos moradores desta área, seja nos aspectos do cuidado clínico individual ou familiar, seja nos aspectos da promoção da saúde e vigilância. Os moradores de cada área pertencem a uma lista de usuários e estão vinculados, no sistema de informações, aos profissionais integrantes da equipe de referência.

O SSC/GHC é um serviço de Atenção Primária e as unidades de saúde constituem porta de entrada e centro de comunicação dos usuários com a rede do SUS.

2.3. Participantes do estudo

No que se refere ao estudo quantitativo, foram considerados todos os usuários que utilizaram a USPM nos dois períodos de três meses estudados: antes das mudanças na organização do acesso (maio, junho e julho de 2019) e depois das mudanças (setembro, outubro e novembro de 2019). Os dados provenieram de fontes secundárias, o Sistema de Informação em Saúde (SIS)/SSC/GHC e a agenda eletrônica da USPM.

Quanto ao estudo qualitativo, foram pesquisados dois grupos: usuários e profissionais da USPM.

No que se refere aos usuários, foram selecionados moradores do território de abrangência da USPM. Excluiu-se aqueles que estavam consultando pela primeira vez, os menores de idade, as pessoas com problemas de saúde mental ou cognitivo que dificultassem a comunicação. Os usuários foram convidados a participar através de convite verbal realizado na unidade de saúde e a entrevista ocorreu no mesmo momento ao convite. O dimensionamento dos sujeitos participantes seguiu o critério de saturação dos dados (MINAYO, 2012).

Todos os profissionais da equipe de saúde foram convidados a participar e foi agendado horário e local da entrevista com os 16 que concordaram.

2.4. Coleta de dados

a) Descrição dos processos de planejamento das mudanças e implantação da nova organização do acesso

Para a descrição do processo de planejamento e implantação das mudanças, a pesquisadora participou do grupo de trabalho Ad Hoc e das reuniões de equipe e de colegiado da USPM que iniciaram em julho de 2018. Foi realizada relatoria, bem como descrição detalhada das propostas, esclarecendo critérios para tomada de decisão e desfechos das ações realizadas.

Para avaliação da opinião da equipe foi usada a ferramenta denominada matriz SWOT, utilizada para definir elementos que interferem no ambiente de trabalho, estruturando o que é básico para a formação da estratégia SWOT: (elementos do ambiente interno: strengths, forças; weaknesses, fraquezas; elementos do ambiente externo: oportunities, oportunidades; e threats, ameaças). Esta análise utiliza um método útil na organização do planejamento estratégico, contribuindo para melhoria do desempenho da unidade a qual o gestor de saúde atua (BARBOSA, 2017).

b) Abordagem Quantitativa

Comparou-se, nos trimestres anterior e posterior às mudanças, um conjunto de informações, a saber:

- Média de consultas por pacientes

- Vínculo: proporção de pessoas que consultaram com o mesmo médico; proporção de pessoas que consultaram com médicos da mesma equipe de referência
- Absenteísmo: número de pessoas que faltaram a consultas agendadas (previamente ou no mesmo dia)
- Consultas perdidas: número de consultas disponibilizadas e não utilizadas.

- Perfil da demanda (tipo de necessidades dos usuários: problemas e diagnósticos mais frequentes nas consultas de médicos e enfermeiros - classificados pela CID10. Comparou-se os 20 diagnósticos mais frequentes.

As informações relativas ao perfil da demanda foram obtidas do sistema de informações do SSC (SSC 2019) e as demais obtidas da agenda eletrônica da USPM.

O tamanho da amostra foi calculado 1.200 atendimentos, para permitir identificar, com 95% de acurácia e 80% de poder, a hipótese que as mudanças no acesso levassem a um aumento de 5% no número de pessoas atendidas, no período investigado. Para avaliar-se a diferença de proporção entre grupos, foi aplicado o *qui-quadrado de Mantel-Haenzel*.

c) Abordagem Qualitativa

Para fins de comparar os momentos antes e depois foram avaliados os seguintes aspectos:

- Percepção dos usuários sobre o acesso da população aos serviços
- Percepção dos trabalhadores sobre o acesso da população aos serviços

Para a coleta de dados sobre as percepções dos usuários e dos trabalhadores sobre a forma de organizar o acesso, foi utilizada a entrevista semiestruturada. A coleta de dados foi realizada em dois períodos. Para o período anterior às mudanças foi utilizada a pesquisa realizada por Souza (2017) na USPM com idênticos objetivos, métodos e instrumentos. O período posterior às mudanças foi estudado através de entrevistas realizadas um mês após a implantação da nova organização do acesso.

A utilização dessa técnica de entrevista contou com a utilização de dois

roteiros previamente definidos, com questões guias (APÊNDICE A e B), que serviram como fio condutor para que o pesquisador não se distanciasse do foco do estudo. Todas as informações obtidas foram gravadas em áudio, em gravador digital, mediante autorização dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas na própria USPM, sendo posteriormente transcritas de maneira integral e analisadas as seguintes categorias:

- Para o período antes das mudanças: fluxos de acesso, dificuldades e facilidades no acesso (para usuários e profissionais)

- Para o período depois das mudanças: fluxos de acesso, dificuldades e facilidades no acesso, motivos para acessar, possibilidades de melhoria no acesso, opinião sobre a mudança no acesso (para usuários e profissionais); tempo de espera, diferença entre os turnos de trabalho e resolução da demanda (para profissionais).

Como forma de assegurar o anonimato dos entrevistados, os participantes foram identificados com a utilização do sistema alfanumérico por meio do codinome U, relativo a usuário e P relativo a profissionais, ambos seguidos de numeração arábica escolhida aleatoriamente.

3. RESULTADOS

3.1. Descrição do processo de trabalho da equipe da USPM

a) Descrição da organização da equipe antes da mudança

Como se dava o acesso da população aos serviços da US?

No que se refere às formas de acesso da população aos recursos e serviços de saúde:

Na USPM, a forma de acesso era variável de acordo com o tipo de serviço. Para consultas existiam as programáveis e o atendimento do dia, seguindo a dinâmica do Acolhimento. As demais ações e serviços da US eram ofertadas de acordo com a demanda, através da distribuição de fichas coloridas, cada cor representando um tipo de serviço ofertado:

Demanda espontânea

O primeiro contato do paciente, ao entrar na Unidade, se dava através da recepção feita por uma dupla de ACS que entregavam fichas coloridas numeradas.

- Acolhimento (ficha vermelha): Busca de atendimento no dia. Ao receber a ficha, o paciente se dirigia à secretaria para informar nome e prontuário; o auxiliar administrativo separava o prontuário, gerava o boletim de atendimento e encaminhava para a sala de enfermagem, onde a pessoa era avaliada (escuta qualificada). O acolhedor, geralmente um técnico de enfermagem, utilizava a ficha numerada para chamar o próximo paciente por ordem de chegada, a não ser que fosse identificado risco. Ao ser chamado, o paciente era avaliado, o que incluía a aferição dos sinais vitais. Após a avaliação, era agendada consulta com o primeiro médico disponível na agenda eletrônica ou era encaminhado para consulta com a enfermeira ou recebia esclarecimentos e orientações.

- Controle de medidas clínicas (ficha laranja): Realizado para as pessoas que precisavam de medidas da pressão arterial ou glicemia, sob orientação médica ou de enfermeiros. Para tal, o paciente devia trazer tabela de controle clínico discriminando o período de monitoramento, assinada pelo solicitante do controle. O acolhedor realizava o procedimento e anotava a data, turno e resultado. Ao pegar a ficha laranja, o paciente aguardava ser chamado esperando em frente à sala de enfermagem.

- Vacinação (ficha verde): As pessoas que precisavam vacinar-se recebiam a ficha e aguardavam serem chamadas, em ordem de chegada, próximas à sala de vacinação.

- Curativos (ficha amarela): As pessoas que precisavam realizar curativos recebiam a ficha e aguardavam serem chamadas, em ordem de chegada, próximas à sala de curativos.

- Dispensário (ficha azul): As pessoas que precisavam medicação ou outros insumos recebiam a ficha e aguardavam serem chamadas em frente ao guichê do dispensário, conforme ordem de chegada.

- Urgência odontológica (ficha roxa): Fornecida para pacientes com situação odontológica aguda. A cada turno era determinada o número de atendimentos oferecidos, pois as vagas variavam com a disponibilidade de dentistas em atendimento ambulatorial. Assim como para o serviço de Acolhimento, o paciente se

dirige à secretaria para agendamento com o primeiro dentista disponível e era atendido conforme ordem de chegada. Os pacientes aguardavam serem chamados na sala de espera.

- “Ficha-dia”: Para as pessoas que após a avaliação eram consideradas sem risco e que poderiam aguardar o agendamento da consulta programada, mas que julgavam não poder esperar o tempo, podiam acessar consultas através de um terceiro mecanismo, a “ficha-dia”, que são horários disponibilizados em cada turno com os médicos em atendimento ambulatorial. Era necessário que paciente viesse com antecedência para garantir sua vaga, uma vez que havia um número limitado de fichas.

Demanda programada

- Consultas programáveis com médicos e enfermeiras: Eram determinados quantitativos de consultas por mês a serem agendadas com antecedência para pessoas que apresentam problemas de saúde que estão organizados em programas (HAS, DM, TB, asma, prevenção de câncer ginecológico, gestação, puericultura). O agendamento se dava pelos próprios Médicos e Enfermeiros, como forma de retorno, ou através dos ACS, que faziam o agendamento para os pacientes da sua Equipe de Referência.

- Consultas programáveis com dentistas: Para acesso ao atendimento odontológico o paciente devia participar do grupo denominado Saúde Bucal, que ocorria duas vezes no mês. Era disponibilizado previamente o quantitativo de vagas para novos pacientes. Na ocasião do grupo, os pacientes recebiam orientações sobre o funcionamento do tratamento e sobre saúde bucal; logo após era realizado o agendamento dos pacientes para avaliação e início do tratamento.

- Consultas programáveis com psicólogas: Para acesso ao atendimento psicológico o paciente devia participar do grupo de acolhimento de saúde mental, que ocorria semanalmente, onde a psicóloga realizava o tratamento com abordagem coletiva. De acordo com necessidade, os pacientes eram agendados para tratamento individual.

- Consultas programáveis com assistente social e nutricionista: Para acesso ao atendimento nutricional e social as agendas eram abertas para marcação feita pelos ACS conforme necessidade do paciente.

Como o território era dividido?

Para organização dos recursos o território era subdividido em áreas e seus moradores eram distribuídos entre os profissionais organizados por Áreas de Vigilância. A USPM se dividia em 4 Áreas de Vigilância, denominadas Folhas Verdes, Borboleta Azul, Diamante Vermelho e Girassol Amarelo. Cada Equipe realizava reuniões semanais, afim de discutir casos específicos dos pacientes e famílias vinculadas à área. Levando em conta essa divisão de listas, as consultas agendadas eram feitas de acordo com os profissionais de referência do paciente.

Como era a gestão da US?

A organização da US era baseada na Gestão Colegiada, onde os membros da equipe se dividiam em diferentes unidades de apoio (UA), sendo elas: Educação Permanente, Ensino, Infra-Estrutura, Participação Popular e Pessoal. Essas UAs se reúnem geralmente duas vezes ao mês, onde discutiam assuntos pertinentes a cada uma das unidades. Cada UA elegia um representante para compor o Colegiado de Gestão local, juntamente com o Assistente de Coordenação (AC). Esse Colegiado, reunia-se semanalmente, deliberava e decidia assuntos da gestão da US envolvendo temas advindos das UAs ou de demandas trazidas pelo AC. Os posicionamentos adotados pelo Colegiado são, então, divulgados em reunião de Equipe duas vezes por semana.

b) Descrição do processo de implantação das mudanças no acesso

O processo de implantação das mudanças foi iniciado a partir do planejamento da USPM 2018. Seguindo as diretrizes do SSC, a Unidade priorizou “Ampliar o Acesso” e a “Organização do território em áreas e “Equipes de Referência”.

As mudanças iniciaram com as seguintes etapas, complementares: Pré-Planejamento, Planejamento propriamente dito e Pós-Planejamento (implantação).

- Pré-Planejamento: momento de organização da equipe, iniciando pela formação de um GT Ad Hoc, que reuniu os membros da equipe interessados e

sensíveis à temática do Acesso. O grupo formou-se com seis pessoas e realizava reuniões quinzenais. Este GT considerou que a equipe, que já havia entrado em contato com a proposta do Acesso Avançado, precisava aprofundar conceitos e conhecer melhor dados sobre o acesso da população aos serviços, uma caracterização que guiasse a tomada de decisões durante o processo de planejamento. Foi organizado um cronograma de atividades Pré-Planejamento contemplando essas necessidades:

- 1º encontro : Apresentação dos dados de caracterização do acesso à USPM.
- 2º encontro: Educação Permanente sobre a organização em Equipes de Referência, para familiarização da Equipe sobre essa abordagem de organização do território, destacando sua importância para o vínculo/ longitudinalidade.
- 3º encontro: Educação Permanente sobre o Acesso Avançado, para a Equipe aprofundar a compreensão sobre o tema, conhecendo a história da evolução dos tipos diferentes de acesso, sua aplicabilidade no cotidiano, assim como as tendências contemporâneas, chegando ao Acesso Avançado e como ele se dá na prática das equipes que utilizam essa lógica de acesso.
- 4º encontro: Outras experiências: apresentação da US Costa e Silva: Relato de caso da implantação das Equipes de Referência na US; na ocasião, a equipe conheceu uma experiência de implantação bem sucedida de Equipes de Referência.
- 5º encontro: Outras experiências: apresentação da US SESC: Relato de caso da implantação do Acesso Avançado na US; na ocasião a equipe conheceu a experiência da implantação do Acesso Avançado.

Ao conhecer o tema e realidades diferentes, o GT entendeu que foi positivo para a equipe aplicar esses conhecimentos na sua própria prática, enriquecendo o momento do planejamento para o ano, levando em conta as experiências trazidas.

- Planejamento: após as atividades de Pré-Planejamento terem sido realizadas, foi organizado pelo GT um cronograma do Planejamento propriamente dito, contemplando quatro encontros com diferentes temáticas:

- 1º encontro: Resumo das atividades realizadas até então, retomando as motivações e andamento.
- 2º encontro: Equipes de Referência: Encontro com duas horas de duração. Apresentação do Colegiado da proposta de nova distribuição das Equipes de Referência. Em seguida, divisão da equipe de acordo com as Unidade de Apoio para

realizar discussão sobre a proposta apresentada e avaliação de satisfação através de Escala Likert modificada. Após, retorno para a equipe.

- 3º encontro: Fluxo de Acesso: Encontro com duas horas de duração. Apresentação do Colegiado da proposta de fluxo de acesso acontecendo conforme se busca no Acesso Avançado. Em seguida, divisão da equipe de acordo com as Unidade de Apoio para realizar discussão sobre a proposta apresentada e avaliação de satisfação através de Escala Likert modificada. Após, retorno para a equipe.

O quarto encontro foi construído baseado nos acontecimentos dos três primeiros encontros. A equipe decidiu realizar a readequação das Equipes de Referência e a implantação de mudanças no acesso para realizar o seu processo de trabalho em direção ao Acesso Avançado. No entanto, apresentavam dúvidas e sugestões que foram levadas em conta pelo GT, que reconstruiu as propostas para o quarto encontro.

- 4º encontro: Qualificação do Acesso: Encontro com cinco horas de duração. Dividido em três momentos:

- Equipes de Referência: apresentação da satisfação das UAs e das considerações. Apresentação da proposta final. Divisão da equipe conforme nova distribuição para construção de matriz SWOT acerca da proposta.

- Fluxo de Acesso: apresentação da satisfação das UAs e das considerações. Apresentação da proposta final. Divisão da Equipe conforme nova distribuição para construção de matriz SWOT acerca da proposta.

- Cronograma: apresentação de cronograma de implantação das mudanças no acesso. Divisão da Equipe conforme nova distribuição para construção de matriz SWOT acerca da proposta.

- Pós-Planejamento

Após o último dia do planejamento propriamente dito, com base nas considerações vindas das matrizes SWOT construídas pelas equipes, o GT elaborou um cronograma Pós-Planejamento com a execução da implantação das mudanças no acesso com progressão em marcos para, onde foram contempladas as necessidades destacadas pela equipe como pré-requisitos para os marcos estabelecidos, subdivididas em quatro eixos: (1) Equipe: discussões, educações permanentes e acordos necessários; (2) Comunidade: educação e preparação para a nova organização; (3) Avaliação: parâmetro para a progressão e (4) Marcos:

passos para a implantação. Tendo esses elementos como base, foi desenvolvido o cronograma:

- 1º Marco – Aprovação do calendário: decisão da equipe sobre as datas de marcos na implantação das mudanças no acesso dos usuários aos recursos da USPM em direção ao Acesso Avançado.

- 2º Marco – Novas Equipe de Referência: Organização de equipe de matriciamento e reorganização do território em Equipes de Referência. Eram necessárias as educações permanentes sobre comunicação e atendimento integral.

- 3º Marco – Introdução do totem de autoatendimento: Organização dos serviços de maneira aos pacientes realizarem autoatendimento. Organização dos fluxos do novo acesso. Eram necessárias as educações permanentes sobre redes de atendimento, demanda excedente, escuta e acesso.

- 4º Marco – Ajuste da agenda 70/30: Abertura de 70% das consultas para atendimento no dia, mas com agendamento apenas de demandas agudas.

- 5º Marco – Eliminação da triagem: agendamento, dentro dos 70%, para os diferentes tipos de demanda, sendo agudas ou não.

Cada marco tinha uma data programada e no intervalo entre elas eram cumpridas as necessidades para ele ocorrer. A progressão do marco se dava apenas se todos os pré-requisitos fossem atendidos e se a equipe avaliasse estar preparada. Essa avaliação ocorria em reunião, divididos por UAs, utilizando a escala Likert modificada.

Durante a execução das mudanças programadas pelo GT ocorreram fatos fora do planejado que impactaram no andamento do cronograma e na organização pretendida, gerando déficit na oferta de consultas médicas planejadas: perda de um dos médicos, ficando uma Equipe de Referência com apenas um médico; diferenças nos processos de trabalho dos profissionais médicos e a antecipação do fim da “ficha-dia”, parte do 5º marco.

c) Descrição da organização da equipe depois das mudanças

Como se dá o acesso da população aos serviços da US?

As consultas disponíveis representam 70% para demanda do dia, independente do tipo e 30% para programadas. A US continuou organizando a

oferta dos seus serviços utilizando a divisão por fichas numeradas e coloridas. As modalidades de serviço mantiveram-se.

Demanda espontânea

Atualmente, existe um totem de autoatendimento com as fichas disponíveis com a descrição do serviço, de maneira que a pessoa decide qual sua demanda, pega a ficha e aguarda o chamamento. A diferença com a organização anterior é que não existe mais a recepção e entrega das fichas feita pela dupla de ACSs.

- Acolhimento: a pessoa que decidir que precisa de consulta médica pega a ficha e dirige-se à secretaria, onde é questionada sua Equipe de Referência. Se a pessoa está acessando no turno correspondente à sua equipe, é feito o agendamento para o mesmo turno. Caso esteja no turno que não corresponde à sua referência, o paciente é orientado a retornar no turno correto, exceto se for uma demanda aguda que não possa esperar, então o paciente é agendado com a equipe irmã da sua. Antes de passar para a consulta médica o paciente passa pela sala de enfermagem, onde ocorre a pré-consulta, que consiste em realizar aferição de sinais vitais. A diferença com o modelo anterior é que não é feita a escuta como forma de triagem.
- Controle de medidas clínicas, vacinação e curativos: Da mesma maneira que antes, a pessoa que precisa de algum desses serviços pega a ficha e aguarda ser chamada. A diferença com o modelo anterior é que esses serviços foram organizados conforme faixas de tempo para sua oferta. Essa organização foi esquematizada em forma de banner, onde fica exposta em local visível para a população.
- Dispensário: continua conforme organização anterior.
- Urgência odontológica: continua conforme organização anterior.
- “Ficha-dia”: Modalidade de atendimento extinta, uma vez que esse tipo de demanda está sendo contemplada no acolhimento.

Demanda programada

Segundo a organização do Acesso Avançado, há reserva de 30% dos agendamentos para divisão em consultas programadas.

- Consultas programáveis com médicos e enfermeiras: Continuam conforme organização anterior. A diferença é que as equipes tem maior autonomia para determinar os tempos de consulta no bloco de atendimento reservado para as programadas.

- Consultas programáveis com dentistas: Continuam conforme organização anterior.
- Consultas programáveis com psicólogas, assistentes sociais e nutricionistas: Continuam conforme organização anterior, no entanto, diferentemente do modelo anterior, novos casos também são absorvidos conforme matriciamento, de maneira que as Equipes de Referência discutem casos e encaminham para os matriciadores realizarem o agendamento quando é necessário.

Como o território está sendo dividido?

Atualmente a equipe está reorganizada em três grandes Equipes de Referência: Flores, Pássaros e Peixes. Anteriormente, cada Área de Vigilância tinha na sua composição profissionais de diferentes turnos, de maneira que, para a nova organização, pensou-se em dividir os profissionais pelos turnos em subequipes dentro dessas grandes equipes: Manhã – Orquídea, Andorinha e Anjo; Tarde – Rosa, Maçarico e Estrela-do-Mar. Dessa forma, quando um paciente precisa consultar em turno diferente da sua referência, a equipe irmã faz seu acolhimento. As reuniões de cada subequipe acontecem semanalmente e a reunião estendida, contendo as duas subequipes, ocorre quinzenalmente.

Anteriormente os profissionais matriciadores eram distribuídos nas Áreas de Vigilância, favorecendo alguma das equipes. Entendendo que a presença dos matriciadores precisava ser melhor aproveitada em todas as equipes, considerou-se importante organizar uma equipe específica de Matriciamento, que está em funcionamento atualmente. Nessa equipe pertencem os nutricionistas, assistentes sociais e psicólogas. A reunião é semanal, sendo que em três semanas do mês é pertencendo às reuniões estendidas das Equipes de Referência para acompanhamento e discussão de casos.

Como está sendo a gestão da US?

Conforme anteriormente, a Unidade permanece com Gestão Colegiada.

- Equipe de Contingenciamento: Equipe adicional criada pela US para monitorar o andamento do turno de trabalho e lidar com ocasiões de demanda excedente. A equipe contribui na organização ao realizar uma escuta antecipada dos pacientes e orientação de pessoas que estejam acessando fora de sua referência e que podem retornar no momento indicado, além de fazer outras orientações

necessárias. Equipe composta conforme disponibilidade dos profissionais, por escala fixa.

3.2. Quantitativo

- Média de consultas por pacientes

Em comparação aos dois momentos, houve tendência de aumento de consultas ofertadas, de pacientes atendidos e na média de consulta por pacientes após as mudanças na organização do acesso, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Comparação da média de consultas por pessoa, antes e depois das mudanças na organização do acesso na Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária/GHC - Porto Alegre, 2020.

| | Antes | Depois |
|---|-------|--------|
| Cadastrados N | 9194 | 9194 |
| Número médio mensal de consultas realizadas | 918 | 984 |
| Número médio mensal de pessoas atendidas | 769 | 842 |
| Número médio de consultas por pessoa | 2,79 | 3,05 |

FONTE: dados da agenda eletrônica da USPM – Porto Alegre, 2019

- Vínculo

Em comparação aos dois momentos, houve tendência de aumento do número de pacientes consultando com apenas um médico após as mudanças no acesso. Observa-se também que não houveram pacientes consultando com três médicos diferentes, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Comparação da distribuição das pessoas que consultaram conforme o número de diferentes médicos que as atenderam, antes e depois das mudanças na organização do acesso na unidade de saúde. Serviço de Saúde Comunitária/GHC - Porto Alegre, 2020.

| | Antes | % | Depois | % |
|--|-------|------|--------|------|
| Número médio mensal de pessoas atendidas | 769 | | 842 | |
| Consultou com 1 médico | 708 | 92,1 | 790 | 93,8 |
| Consultou com 2 médico | 56 | 7,3 | 52 | 6,2 |
| Consultou com 3 médico | 4 | 0,5 | 0 | 0,0 |

FONTE: Agenda eletrônica da USPM – Porto Alegre, 2019

Quatro médicos apresentaram tendência de aumento no número de atendimentos realizados com pacientes da sua lista após as mudanças no acesso. Dois deles tiveram uma diferença estatisticamente significativa, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Proporção de pessoas que consultaram com seu médico, por médico, antes e depois das mudanças na organização do acesso na Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária - Porto Alegre, 2020.

| | Antes | | | Depois | | | p (<0,05) |
|----------|----------------------|-------------------------------------|------|----------------------|-------------------------------------|-------|--------------|
| | Consultas realizadas | Consultas realizadas com seu médico | % | Consultas realizadas | Consultas realizadas com seu médico | % | |
| Médico 1 | 381 | 189 | 49,6 | 389 | 268 | 68,8% | 0,00 |
| Médico 2 | 349 | 162 | 46,4 | 312 | 192 | 61,5% | 0,03 |
| Médico 3 | 325 | 118 | 36,3 | 310 | 110 | 35,4% | 0,8 |
| Médico 4 | 353 | 172 | 48,7 | 371 | 212 | 57,1% | 0,2 |
| Médico 5 | 244 | 134 | 54,9 | 197 | 133 | 67,5% | 0,1 |

FONTE: Agenda eletrônica da USPM– Porto Alegre, 2019

Todas as equipes apresentaram tendência de aumento no número de atendimentos realizados com pacientes da sua lista após as mudanças no acesso, embora apenas em uma delas a diferença foi estatisticamente significativa, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Proporção de pessoas que consultou com médicos de sua equipe de referencia, antes e depois das mudanças na organização do acesso na Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária - Porto Alegre, 2020.

| Equipe de Referência | Antes | | | Depois | | | p (<0,05) |
|----------------------|---|---|-------|---|---|-------|--------------|
| | Número médio mensal de consultas realizadas pelos médicos da equipe de referência | Consultas realizadas com sua equipe de referencia | % | Número médio mensal de consultas realizadas pelos médicos da equipe de referência | Consultas realizadas com sua equipe de referencia | % | |
| Equipe 1 | 381 | 189 | 49,6% | 389 | 268 | 68,8% | 0,00 |
| Equipe 2 | 674 | 280 | 41,5% | 622 | 302 | 48,5% | 0,1 |
| Equipe 3 | 597 | 306 | 51,2% | 568 | 345 | 60,7% | 0,08 |

FONTE: dados da agenda eletrônica da USPM– Porto Alegre, 2020

- Absenteísmo

Em comparação aos dois momentos, houve diminuição na ausência em consultas agendadas após as mudanças no acesso. Essa diferença é estatisticamente significativa, conforme tabela 5.

Tabela 5 – Comparação do absenteísmo de pacientes, antes e depois das mudanças na organização do acesso na Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária - Porto Alegre, 2020.

| | Antes | % | Depois | % | p (<0,05) |
|---------------------|-------|-----|--------|-----|-----------|
| Consultas agendadas | 2964 | | 3200 | | |
| Faltas | 189 | 6,4 | 157 | 4,9 | 0,01 |

FONTE: dados da agenda eletrônica da USPM – Porto Alegre, 2020

- Consultas perdidas

Em comparação aos dois momentos, houve diminuição no número de consultas perdidas após as mudanças no acesso. Essa diferença é estatisticamente significativa, conforme tabela 6.

Tabela 6 – Comparação do número e proporção de consultas perdidas, antes e depois das mudanças na organização do acesso na Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária - Porto Alegre, 2020.

| | Antes | % | Depois | % | p (<0,05) |
|----------------------------|-------|---|--------|-----|-----------|
| Consultas disponibilizadas | 3120 | | 3290 | | |
| Perdidas | 156 | 5 | 90 | 2,7 | 0,00 |

FONTE: dados da agenda eletrônica da USPM – Porto Alegre, 2020

- Tipo de necessidade em saúde

Observou-se a diminuição da frequência dos CID Z71.9, Z76 e J45 após a mudança no acesso. Observa-se, ainda, o aumento nos CIDs Z76.0, Z71.2, Z75.2, E11 e Z71.3 após a implantação. Estas diferenças são estatisticamente significativas, conforme tabela 7. Houve, também, tendência de aumento nos CIDs I10, F32 e J01.

Tabela 7 – Comparação da distribuição dos 20 diagnósticos mais frequentes, antes e depois das mudanças na organização do acesso da população aos serviços da Unidade de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária/GHC - Porto Alegre, 2020.

| CID | Antes | | Depois | | p (<0,05) |
|--|--------------------|-----|--------------------|------|-----------|
| | Nº de diagnósticos | % | Nº de diagnósticos | % | |
| Z76.0 Emissão de prescrição de repetição | 583 | 8,5 | 807 | 11,4 | 0,00 |
| Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat | 624 | 9,1 | 652 | 9,8 | 0,76 |
| I10 Hipertensão essencial | 304 | 4,5 | 343 | 4,9 | 0,24 |
| Z71.9 Aconselhamento NE | 420 | 6,1 | 54 | 0,8 | 0,00 |
| Z76 Pessoas cont serv saude em outr circumst | 215 | 3,1 | 107 | 1,5 | 0,00 |
| Z71.2 Pessoa que consulta p/explic achados exame | 142 | 2,1 | 206 | 2,9 | 0,00 |
| Z01.4 Exame ginecológico | 177 | 2,6 | 151 | 2,1 | 0,09 |
| Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança | 122 | 1,8 | 145 | 2,1 | 0,23 |
| M54 Dorsalgia | 142 | 2,1 | 141 | 2 | 0,78 |
| Z75.2 Outr período de espera p/invest e tratamento | 97 | 1,4 | 167 | 2,4 | 0,00 |
| J45 Asma | 169 | 2,5 | 102 | 1,4 | 0,00 |
| Z34 Supervisão de gravidez normal | 114 | 1,7 | 97 | 1,4 | 0,17 |
| J00 Nasofaringite aguda | 139 | 2 | 119 | 1,7 | 0,14 |
| E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente | 81 | 1,1 | 116 | 1,6 | 0,02 |
| Z71.3 Aconselhamento e supervisão dietéticos | 41 | 0,6 | 126 | 1,8 | 0,00 |
| F32 Episódios depressivos | 58 | 0,8 | 82 | 1,2 | 0,06 |
| J03 Amigdalite aguda | 54 | 0,8 | 58 | 0,8 | 0,81 |
| H65 Otite média não-supurativa | 47 | 0,7 | 62 | 0,9 | 0,19 |
| J01 Sinusite aguda | 38 | 0,5 | 58 | 0,8 | 0,05 |
| R10 Dor abdominal e pelvica | 46 | 0,7 | 55 | 0,8 | 0,44 |
| Total de consultas realizadas | 6848 | | 7032 | | |

FONTE: Indicadores de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária. Informativo mensal. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Serviço de Saúde Comunitária. 2019. ISSN 2595-5810

3.3. Qualitativo

a) Percepção dos usuários e profissionais sobre o acesso à US antes das mudanças

Os resultados serão apresentados separadamente, iniciando pela análise das entrevistas antes das mudanças, onde foram entrevistados 15 usuários e 10 profissionais, por Souza em 2017. Dentre os usuários, todos residiam no território há mais de 10 anos e nenhum possuía ensino fundamental completo. Dentre os profissionais, a maioria era do sexo feminino e o tempo de trabalho na USPM variou de 1 a 29 anos, sendo que a maioria (70%) há menos de 6 anos.

- **Usuários**

- *Fluxos de acesso*: Os usuários demonstravam desconhecer o fluxo estabelecido pela equipe. Houveram muitos relatos sobre a necessidade de chegar cedo para conseguir atendimento. Os usuários possuíam como referência para acessar a unidade de saúde, diferentes categorias profissionais, incluindo o vigilante. Observou-se, também, que os usuários circulavam em diversos setores antes de serem escutados em suas demandas.

- *Dificuldades no acesso*: a fila para agendar a consulta para o dia foi apontada como a maior dificuldade para ter acesso ao serviço, assim como a demora para o atendimento. Apontaram ser a demanda maior que a oferta, além de haver falta de profissionais, de espaço e de escuta qualificada. Alguns entrevistados relataram que se o usuário não fizesse parte de um recorte populacional específico, gestante, por exemplo, a dificuldade de acesso a consultas era ainda maior.

- *Facilidades no acesso*: ao serem questionados sobre as facilidades para acessar, os usuários trouxeram como principais aspectos o fato da US ser no bairro, e do conforto de saber que seriam atendidos.

- **Profissionais**

- *Fluxos de acesso*: os profissionais entrevistados apresentaram dificuldades em relatar como se dava o fluxo de acesso dos usuários aos serviços da US, além de

parecer não ser clara a importância do fácil acesso da população aos serviços de saúde para uma maior qualidade da assistência.

- *Dificuldades no acesso*: O problema de comunicação entre os profissionais e a limitação do horário de trabalho foram descritas como um dos principais fatores dificultando o acesso dos usuários aos serviços e recursos da US, ainda que alguns mencionaram que não havia dificuldades. Além disso, foi relatado, ser a demanda maior que a oferta e a falta de espaço para novos consultórios, por haverem ocasiões com profissionais disponíveis sem local para atendimento.

- *Facilidades no acesso*: Referiram que apesar das dificuldades enfrentadas pela equipe, o usuário era atendido no dia, e o acesso é facilitado pelas diversas portas de entrada.

b) Percepção dos usuários e profissionais sobre o acesso à US depois das mudanças

As entrevistas foram realizadas um mês após a conclusão das mudanças no acesso dos usuários aos serviços da USPM. Foram entrevistados 19 pacientes e 16 profissionais. Dentre os usuários, todos residiam no território no mínimo há 4 anos, sendo que houveram usuários que relataram utilizar a US desde sua inauguração. A idade variou entre 27 a 60 anos e a escolaridade variou da 7ª série completa até ensino superior incompleto. Dentre os profissionais, a maioria do sexo feminino, com idade variada entre 25 a 60 anos e o tempo de trabalho na USPM variou de 1 a 30 anos. As informações são apresentadas utilizando-se as mesmas categorias de análise descritas para o período anterior às mudanças, acrescidas de algumas categorias novas.

- **Usuários**

- *Fluxos de acesso*: No que se refere ao fluxo, os usuários permanecem sem um claro entendimento de como funciona o agendamento. A maioria citou o acolhimento como modelo de acesso, sendo esse o anterior, assim como citaram barreiras que não existem no modelo atual e nem existiam no modelo anterior. Observa-se que continua a falta de entendimento da população sobre os fluxos. Pode ser explicado

pela brevidade de tempo decorrido entre a mudança e a coleta das informações. Mas aponta a importância da equipe investir em comunicação com os usuários.

- *Dificuldades no acesso*: cinco usuários relataram a falta de consultas médicas como uma dificuldade para acessar, tendo pouca oferta para a demanda, da mesma forma como foi relatado antes das mudanças. Para alguns usuários o grande tempo de espera também é uma dificuldade, além da burocracia. Sete usuários disseram não ver dificuldades no acesso aos recursos da US. “*O problema da modificação é que é pouco médico, dificulta pra nós e pra vocês.*” (U12)

- *Facilidades no acesso*: Os usuários relatam que, independente das dificuldades, sempre conseguem o atendimento conforme comentários antes das mudanças. Houve relatos que, em geral, tudo é fácil de se obter na US e que não há queixas. Além disso, como facilidade foi mencionada a acessibilidade na estrutura do posto e a relação com os Agentes Comunitários de Saúde, que colaboram com os pacientes para encaminhar suas demandas. “*Tudo! Gurias maravilhosas! Se não dá no dia, já consegue prá outro, maravilhoso!*” (U14)

- *Motivos para acessar*: do ponto de vista dos pacientes, os motivos que mais os levam a acessar a US, são os problemas crônicos, para 8 usuários, e os problemas agudos, outros 8, além de cuidados com familiares e para prevenção.

- *Possibilidades de melhoria no acesso*: quando questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar o acesso, foi mencionado ter mais médicos na US para aumentar a oferta de consultas. Houveram sugestões de uso de telefone para o agendamentos de consultas e 2 usuários sugeriram voltar a ser como era antes, com entrega de fichas.

Eu acho que hoje em dia tudo fica mais prático quando a gente utiliza a internet, né, o telefone celular, enfim, até consulta. Vê se tem consulta vê, se tá disponível, se não tá, né, ter tudo o acesso público, né, a gente podia fazer esse intermédio a favor da mídia, né, das redes sociais. (U5)

- *Opinião sobre a mudança no acesso*: sobre a percepção quanto à mudança, as opiniões foram variadas. Alguns usuários acharam a mudança ruim por terem que consultar apenas com o médico da sua equipe de referência, pois acreditam ter diferenças nos atendimentos. Houveram usuários que pensam que o processo está fluindo mais e que está mais fácil de conseguir o que precisa.

Houveram relatos de situações que mudaram, mas não tem associação com a mudança, como fluxo de retirada de medicamentos e encaminhamentos para especialistas. Houveram, também, usuários que não identificaram mudanças. *“Antigamente não era assim, a tempo e a hora.”* (U13). *“Não gostei desse negócio de ter que vir na hora que o médico tal tá.”* (U1)

- **Profissionais**

- *Fluxos de acesso*: Após as mudanças os profissionais se mostraram dominando mais os processos de trabalho. Houve algumas discrepâncias, referidas por profissionais que não estão diretamente ligados à entrada do usuário na US.

- *Dificuldades no acesso*: Houve predomínio da percepção de que a falta de médicos é uma dificuldade para o acesso, sendo citado que o dimensionamento da população não está adequado, tendo muita demanda para uma oferta insuficiente. Além disso, foi relatada a dificuldade de lidar com os pacientes quando há falta de consulta. Foi dito, também, que o não funcionamento da rede de saúde dificulta o trabalho, pois há retorno de pacientes vindos de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sem terem recebido atendimento. Houveram relatos de não funcionamento dos fluxos combinados na USPM. *“Falha na equipe de contingenciamento, a pessoa deveria tá ali e não tá!”* (P2). *“Nosso real problema é a falta de profissionais.”* (P5)

Tu dá realmente toda a atenção, a atenção primária, prevenção, ou da atenção ao agudo. Como é que tu decide dividir o pouco que tem, a capacidade instalada que tem? A gente não dá conta e tem que fazer uma escolha. [...] Falha na atenção secundária! Não tem insumo, não tem organização e isso arreventa com a atenção primária! Socar demandas da atenção secundária na primária tu vai explodir a atenção primária e não vai cumprir o papel da primária! Dá uma tristeza. (P8)

- *Facilidades no acesso*: há membros da equipe que mencionaram que as tarefas estarem melhor distribuídas é uma facilidade atual, tornando possível realizar, durante as consultas do dia, demandas que costumavam ser colocadas em consultas programadas, e assim se aproveita melhor o momento. A colaboração do ACS foi relatada como facilidade, melhorando a comunicação com os usuários. A necessidade do paciente falar com menos profissionais para ter sua demanda atendida também foi visto como uma facilidade, além da organização com o totem

de autoatendimento contendo as fichas com os serviços disponíveis. *“Chegou, tem o médico, já é atendido.”* (P3). *“Acho que o totem ali das fichas, apesar de alguns deles [os pacientes] não se dirigir direto. Mas ficou bom, ficou mais organizado.”* (P9). *“Facilita o acesso porque ela [a pessoa/ paciente] precisa de menos pessoas pra conseguir esclarecer o que ela precisa.”* (P15).

- *Tempo de espera*: a maioria dos profissionais percebem que o tempo de espera varia conforme o profissional que irá realizar o atendimento, como era antes das mudanças. Porém, a percepção geral é que esse tempo é curto.

- *Diferença entre os turnos de trabalho*: a maioria dos profissionais acredita que há diferenças entre os dois turnos, mas essas diferenças ocorrem por conta dos profissionais, e não do processo de trabalho, que para alguns, está ocorrendo de forma similar. Houve relatos de maiores barreiras no turno da manhã e de não cumprimento das pactuações no turno da tarde, além de falta de comunicação. *“Tem diferença, certa dificuldade em alguns setores, falha de comunicação. Informados todos estão, mas se perdem.”* (P14).

“[...] e também tem o rechaço de alguns pacientes com alguns profissionais. Rechaços declarados. E esses rechaços declarados acabam fazendo com que essas pessoas não venham no seu turno de referência, o que sobrecarrega o outro turno, pois eles querem vir no turno onde acreditam que serão melhor atendidos.” (P8)

- *Motivos para acessar*: a percepção dos profissionais sobre o motivo que leva os pacientes a consultar é variada. Relataram que antes o acesso era mais para questões agudas e que após as mudanças, são para diversos problemas.

- *Resolução da demanda*: a maioria dos profissionais acredita que ainda há demandas que vão para atendimento médico e poderiam ter sido resolvidas por outros profissionais da equipe.

- *Possibilidades de melhoria no acesso*: todos os profissionais mencionam que, ter a quantidade de médicos adequada para o território melhoraria as condições no acesso dos usuários ao serviço. Além disso, houveram falas sobre maior investimento em estrutura física e ambiência e sobre a necessidade de repensar a gestão pública atual.

“A rede pública te suga, e não é o usuário. O que te suga realmente, o que te desmotiva, entristece, é essa coisa louca da gestão pública, que é difícil. A gente tem que olhar isso de uma outra forma.”(P8)

- *Opinião sobre a mudança no acesso:* A maioria dos profissionais acha que a mudança tornou o processo de trabalho melhor. Muitos relatam ter diminuído a sobrecarga para os profissionais da equipe de enfermagem, além de profissionais médicos terem mais tempo para a conclusão de suas tarefas. No entanto, houve falas de que após as mudanças houve sobrecarga para a secretaria, além de serem manifestadas preocupações com o futuro, tendo em vista a sobrecarga atual da equipe. Também houveram opiniões de que, apesar da nova organização ser melhor para a equipe, não foi melhor para os usuários.

“Melhorou muito! Para a equipe de enfermagem, que estava à beira de um ataque de nervos, isso eu já falei antes e volto a dizer, acho que melhorou como um todo pra todos nós.” (P13)

“Eu acho que melhorou. Eu claramente entendo que melhorou, mas por um lado melhorou. A questão da demanda aguda, frouxou um pouco aquela pressão que tinha lá na sala de enfermagem. Isso melhorou. Mas a gente continua, sim, com a dificuldade do dimensionamento, o acúmulo continua. Não tem reserva técnica. Então assim, quando um profissional não está, a coisa dá uma desandada e daí todo mundo acaba tendo que dar uma segurada. E os profissionais tem muito receio, assim, de dizer que não tem, que acabou o recurso, entende? Parece que tem uma vergonha de dizer que acabou o recurso e o recurso é finito. O recurso é, sim, finito. Então não adianta tu querer trabalhar com recurso infinito ou com uma entrada infinita, quando o teu recurso não é, não suporta.” (P8)

4. DISCUSSÃO

4.1. Desafios no processo de implantação

Mudanças podem ser complexas e realizá-las em equipes que trabalham de forma inter e transdisciplinar é uma tarefa difícil. Onde há pessoas distintas trabalhando juntas, sempre haverão diferentes conceitos e percepções sobre os mais variados temas, sendo um verdadeiro desafio manter uma equipe de trabalho alinhada e com um mesmo propósito. O planejamento estratégico situacional é uma

ferramenta que vem ao encontro dessa realidade, propor a reunião de colaboradores com um ideal em comum. Um ponto forte da construção da nova organização do acesso na USPM foi a organização de um GT para tratar do tema, que ao pensar as próximas tarefas levava em conta as peculiaridades da equipe como um todo, assim como a individualidade de cada membro.

Ao longo do percurso muitos foram os desafios, como as dificuldades dos profissionais envolvidos dedicar tempo necessário ao processo, por exemplo. Os membros do GT se desdobravam em suas funções habituais e participação em diversas reuniões, que além de demandarem o desenvolvimento de estratégias, exigiam o trabalho extra de elaboração, organização e execução. Seguem os demais desafios no processo de implantação de mudanças no acesso:

- *Oferta e demanda*: Por limitações nos recursos humanos descritas no processo de mudança do acesso, não foi possível ofertar as consultas pretendidas após reorganização para responder às demandas do dia. A equipe entende, portanto, que ainda que o desejado seja se organizar conforme o que preconiza o Acesso Avançado, tais limitações impedem que seu processo de trabalho assim se denomine.

- *Equipe de contingenciamento*: Segundo Vidal (2019), o desenvolvimento de um plano de contingenciamento é um item essencial que pode ser modificado para atender à realidade local, respondendo aos momentos de demanda excessiva e de ausências de profissionais. No entanto, apesar da equipe ter considerado uma boa resolução, o problema de falta de pessoas para a execução da tarefa era novamente uma barreira. Mesmo estruturada, era frequente o não cumprimento da escala, comprometendo o processo de trabalho estabelecido e contribuindo com a sobrecarga da enfermagem e da secretaria. Outra dificuldade na sua execução é que nem sempre o paciente ficava satisfeito com o encaminhamento dado pelo profissional, uma vez que a resolução não estava em ofertar a consulta médica, na maioria dos casos.

- *Mudança de cultura*: paralelo à questão da demanda há o desafio da mudança do pensamento médico-centrado. O Acesso Avançado valoriza a utilização de todos os recursos da US, incluindo consultas de enfermagem, consultas coletivas e atividades em grupo, no entanto, a população da USPM ainda exige que suas demandas sejam respondidas pelo médico, ainda que elas pudessem ser resolvidas de outra forma por outros profissionais. A equipe da US entendeu a importância da

oferta de diferentes recursos e incluiu em seu processo de implantação educações permanentes com a discussão de novas tecnologias, no entanto, percebeu que incorporá-las no cotidiano levará tempo e dedicação da equipe, pois exige uma construção diária de um novo entendimento do processo de saúde, doença e cura por parte da população e também da equipe, incluindo o conceito de prevenção. Se o médico conseguisse compartilhar o trabalho com outros profissionais teria mais tempo para avaliar pacientes que realmente demandassem da consulta (ALTSCHULER, 2012).

- *Equipe*: não só a população, mas a própria equipe precisa insistir no desenvolvimento de uma nova cultura, principalmente no repensar práticas e processos de trabalho que acabam sendo rotineiras. Se discute com frequência entre a equipe a falta de tempo e de recursos, sendo justificativa para a dificuldade em trabalhar com novas formas de atuação, no entanto, aos poucos, a equipe tem chegado a conclusão que justamente refazer seus métodos pode ser a resolução de muitos problemas. Além disso, outra dificuldade percebida é que diversos membros da equipe acabaram se desmotivando ao longo do caminho pelo fato de colegas tornarem-se barreiras para que um determinado desfecho planejado ocorresse da forma organizada e pactuada entre equipe. Por perceber essa dificuldade a equipe incluiu, no processo de implantação um encontro sobre comunicação, visando valorizar o trabalho em equipe e construir um grupo coeso, com compreensão da proposta e fala alinhada. O trabalho em equipe tem o potencial de diminuir a pressão assistencial nas consultas médicas e de aumentar a oferta de serviços, simultaneamente (VIDAL, 2019).

- *Cronograma*: de forma conjunta a equipe organizou um cronograma de implantação das mudanças que trabalhava com a progressão em marcos. Enquanto era dado seguimento à realização das mudanças, as demandas e problemas do cotidiano permaneciam presentes, impactando no atraso das datas combinadas para os marcos, por mais que isso fosse previsto também no planejamento. A conclusão da implantação era prevista para o mês de março de 2019 e ocorreu apenas em agosto do mesmo ano. Para cada marco era necessária a avaliação positiva da equipe, o que não ocorria em todos os encontros. Ainda que isso gerasse atraso, a equipe demonstrou entender a importância de avançar para o próximo marco apenas quando fosse o momento oportuno. No entanto, esse atraso gerou descontentamento e desmotivação em alguns membros da equipe que

consideravam que o processo estava demorando demais para ocorrer. Além disso, a retirada da “ficha-dia” (etapa do 4º marco) foi realizada antes do previsto por movimentos de pressão da população, o que gerou dificuldades que levaram à readequação do cronograma, resultando em mais atraso.

- População: Por entendimento da equipe da importância dos usuários compreenderem as mudanças que estavam ocorrendo, um dos eixos de trabalho do momento pós planejamento foi a abordagem da população, sendo um grande desafio realizar essa interlocução. Uma das estratégias pensadas foi utilizar os momentos de encontro do Conselho Local de Saúde (CLS), porém uma característica atual da população do Parque dos Maias é a ausência nos espaço de controle social, ainda que o bairro tenha uma história de ascensão marcada por movimentos de seus moradores. Outras tentativas foram através de visitas domiciliares. No entanto, foi possível observar que mesmo que esse aspecto tenha sido levado em consideração, não se obteve sucesso com as abordagens realizadas, impactando no andamento e execução dos demais eixos de trabalho e progressão dos marcos. Por não conhecerem e compreenderem o processo, houve momentos de conflito com usuários que agiram com relutância, no entanto, essas situações tornaram-se oportunidades de aproximação e explicação das mudanças. Essas ocasiões ocorriam principalmente nos períodos de atuação da equipe de contingenciamento, por serem momentos de escassez de consultas. Portanto, esses profissionais realizavam essa abordagem explicativa, que tornou-se uma aposta da equipe de disseminar as informações para a população aos poucos.

Foi possível perceber que no percurso de um processo de mudança há o envolvimento de diversas variáveis que vão determinar o sucesso ou não em cada etapa planejada. Como esses momentos são interdependentes, é preciso lidar cuidadosamente com cada insucesso, visando diminuir seus impactos negativos para que o todo não se prejudique e determine o fracasso do projeto. Observa-se que além da organização necessária para a gestão do processo, é preciso criatividade e resiliência para conduzir novos encaminhamentos que não estavam planejados.

4.2. Indicadores de acesso

Ampliou o número de consultas e ampliou o número de atendimentos, após as mudanças. No entanto, a média de consultas por pacientes apresentou tendência ao aumento, o que sugere que a nova organização do acesso oportunizou que pessoas que já tinham acesso consultassem mais vezes, quando o desejável é dar oportunidade a novos usuários. Avaliações da implantação do Acesso Avançado no Brasil (VIDAL, 2013) encontraram mais consultas médicas para as mesmas pessoas, o que pode reforçar os “cuidados inversos”, descrito por Hart em 1971, onde se oferta mais consultas aos que menos precisam. É necessário estar atento a este fenômeno e repensar abordagens, disponibilizando aos consultadores muito frequentes outras soluções além da consulta médica, ao procurar compreender as demais demandas associadas que levam esse paciente a buscar repetidamente o serviço de saúde, reduzindo a demanda de consultas desnecessárias.

Após as mudanças no acesso houve aumento no número de usuários que consultaram com seus médicos de referência e com sua equipe de referência ao realizarem consultas com o médico da sua equipe irmã, sugestão de organização para uma equipe dar cobertura à outra, possibilitando o fortalecimento do vínculo (VIDAL, 2013). Além disso, houve a diminuição do número de pacientes que consultaram com mais de dois médicos diferentes. Esses dados sugerem aumento do vínculo da população com sua equipe.

Observou-se ainda a diminuição de consultas perdidas por falta, sugerindo que esse processo de trabalho gera um melhor aproveitamento dos recursos, achado em consonância com Asfor et al (2014), que descreve uma associação positiva entre o Acesso Avançado e a redução do absenteísmo às consultas programadas, levando à otimização dos serviços, além da satisfação dos pacientes e profissionais. Esse achado também foi descrito por Rose (2011) e Cameron (2010).

Quanto à não utilização de consultas disponibilizadas, houve diminuição desse desperdício. Em seu estudo de porta de entrada, a equipe da USPM percebeu faixas de horários com menor acesso de demanda espontânea e organizou consultas programadas para esses primeiros blocos de atendimento. Esse achado sugere a importância de conhecer as características do acesso da população ao serviço de saúde, pois ao mapear momentos de maior concentração de usuários, é

possível realizar melhor distribuição dos recursos disponíveis. Antes das mudanças ocorrerem, a equipe já dispunha de 70% de suas consultas médicas para a demanda espontânea, no entanto, foi após a reorganização da distribuição dos diferentes tipos de atendimento que houveram melhores resultados nos indicadores de acesso. Sugere-se que, ainda que não se encontre na literatura a descrição de um painel que considere o número de pessoas por médico/equipe de acordo com as características da população (Vidal, 2019), que as equipes identifiquem e considerem em seu estudo de porta de entrada as maiores e menores concentrações no acesso: (1) ao longo do dia, que pode ser menor nas primeiras horas em cada turno, sendo um momento adequado para alocação dos 30% das consultas programáveis; (2) nos dias da semana, que podem ter maior concentração no início e no fim, determinando melhores dias para realização de visitas domiciliares, atividades coletivas e vigilância em saúde e (3) nos meses, que podem apresentar doenças sazonais, para determinar estratégias de contingência e planejamento de férias de membros da equipe.

Além de compreender a forma como os usuários acessam, outro aspecto importante a ser conhecido é o perfil da demanda. O acesso da população da USPM é caracterizada por ser predominantemente por demandas agudas e crônicas agudizadas, no entanto é possível observar sofrer uma alteração dessa tendência no período após as mudanças no acesso. A diminuição dos CIDs correspondentes a “aconselhamento não especificado” (Z71.9) e “pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias” (Z76) podem indicar que os pacientes estão conseguindo ter suas demandas resolvidas sem necessariamente comparecer em uma consulta médica. O aumento dos CIDs de “emissão de prescrição de repetição” (Z76.0), “pessoa que consulta para explicação de achados de exame” (Z7.2), “período de espera para investigação e tratamento” (Z75.2), “diabetes mellitus não-insulino-dependente” (E11), “aconselhamento e supervisão dietético” (Z71.3) e “hipertensão essencial” (I10) podem indicar uma ampliação do acesso para demandas crônicas, oportunizando adequado diagnóstico de condições sistêmicas e tratamento para essas situações de saúde. O aumento do CID de “episódios depressivos” (F32) está de acordo com a tendência atual de aumento de necessidades associadas à saúde mental. O aumento do CID de “asma” (J45), assim como a diminuição do CID de “sinusite aguda” (J01) podem indicar a

sazonalidade das condições de saúde associadas às estações. Tais achados podem sugerir que organização do processo de trabalho após as mudanças favorece o acesso para o atendimento de condições crônicas, conforme o que se preconiza no trabalho da Atenção Primária à Saúde, no entanto, é necessário o monitoramento destes resultados e melhor análise das alterações. A compreensão desses dados e a caracterização do perfil de acesso oportuniza a correta organização e distribuição dos recursos. Pode-se suspeitar que as mudanças estejam servindo aos consultadores muito frequentes, portadores de doenças crônicas com baixos riscos, com consultas de periodicidade mais frequente que o recomendado em protocolos. A continuidade do estudo de porta de entrada é importante para entender quem são os usuários e quais suas necessidades, e assim organizar abordagens diferenciadas, tais como grupos específicos para pessoas com asma, hipertensão, diabetes, e a construção de projetos terapêuticos singulares para os casos complexos.

4.3. Percepções dos usuários e profissionais

As mudanças ocorridas no acesso dos usuários aos serviços da USPM dividiu opiniões de usuários e profissionais. A percepção dos usuários foi bastante variável, no entanto, mesmo havendo queixas ou desconhecimento, é possível concluir que prevalece a satisfação dos usuários com a nova organização do Serviço, conforme observado por O'Hare (2004). No entanto, é notável que muitos pacientes ainda não estão familiarizados com os processos de trabalho da US, apontando a necessidade de uma maior e melhor interlocução entre profissionais e usuários, para que uma maior parte da população entenda e passe a desfrutar dos benefícios da organização atual, que aparentemente é percebida como geradora de barreiras.

Para os profissionais, é perceptível a maior satisfação com o processo de trabalho, a partir do equilíbrio na responsabilização dos profissionais que se encontram na recepção. Percebe-se uma equipe de enfermagem mais motivada para a realização do conjunto das suas tarefas. Um destaque importante, unânime na equipe, é a referência à falta de profissionais, referindo-se um dimensionamento inadequado. A tomada de decisão para implantar as mudanças em direção ao Acesso Avançado foi baseada no estudo da porta de entrada da USPM aplicando-se o cálculo do tamanho de painel apresentado por Murray e Tantau (2000). No

entanto, ao longo do processo houve perda de profissional e divergências de processo de trabalho que impactaram nesse cálculo. Acredita-se que as dificuldades sentidas por usuários e equipe tenham raiz neste fato. O equilíbrio entre recursos e demandas determina o sucesso da porta de entrada em facilitar o acesso. Segundo Murray e Tantau (2000), “Se o profissional tiver um painel de 500 usuários, pode fazer qualquer coisa. Mas se ele tiver um painel de 5.000, continuará desapontando os usuários”, de maneira que a ausência de médicos enfrentada atualmente pela equipe da USPM sobrecarrega os demais profissionais e segue gerando insatisfação nos usuários. Ainda que um bom planejamento seja a origem de um resultado positivo, ao longo do percurso podem surgir problemas inesperados com proporções importantes e fora do alcance e governança das equipes, sendo importante que as USs possam contar com a retaguarda da gestão, suprimindo as faltas profissionais e estruturais que possam ser enfrentadas pelas equipes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde passou por diferentes formas de organização ao longo dos anos. O Acesso Avançado tem sido visto, atualmente, como uma bem sucedida maneira de organizar a oferta dos serviços de saúde visando atender a demanda do usuário no momento em que seja oportuno para ele. Os resultados positivos do Acesso Avançado são inegáveis, no entanto é preciso considerar as dificuldades que as equipes de saúde para se estruturarem e fazer esta mudança de forma promissora.

É complexo aplicar realidades internacionais ao contexto brasileiro, quando o sucesso da organização do acesso é perpassada por aspectos culturais, sociais e financeiros. Em países desenvolvidos com um sistema de saúde universal como o Canadá, os bons indicadores de saúde são o resultado de um investimento adequado e contínuo no setor. Espelhar-se em melhores realidades contribuirá para o alcance de melhores resultados, no entanto é preciso estender a reflexão e repensar o cenário nacional atual. Para além dos esforços em aperfeiçoar os processos locais de trabalho em saúde, os modelos de gestão, investimentos em estrutura e mudanças culturais, devem ser igualmente perseguidos, respaldados pela gestão, para que seja possível construir um Sistema Único de Saúde que cada vez mais oferte saúde.

REFERÊNCIAS

ALTSCHULER, J.; MARGOLIUS, D.; BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation. **Ann Fam Med**. 9 de janeiro de 2012;10(5):396–400. doi: 10.1370/afm.1400.

ASFOR, A. T. P. Implantação do acesso avançado como medida resolutive ao absenteísmo às consultas programadas. **An Congr Sul-Bras Med Fam Comunidade**. Gramado, 2014 Abril;4:29 <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1664/1654>

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

BARBOSA, N. C. T.; CORDEIRO, B. C.; ABRAHÃO, A. L.; XAVIER, M. L.; CARVALHO, R. S.; SILVA, R. O. C.; VIEIRA, M. F. Educação em saúde: o uso da matriz SWOT para análise de projetos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(11):4298-304, nov., 2017

CAMERON, S.; SADLER, L.; LAWSON, B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. **Can Fam Physician**. 56(9):906-11; 2010

CHOMATAS, E., VIGO, A., MARTY, I., HAUSER, L., & HARZHEIM, E. (2013). Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, 8(29), 294-303. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)

OTÁVIO PEREIRA D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; MARCELO RODRIGUES GONÇALVES, M. R. G.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):855-865, 2017

DAVIDSON, E. J. Evaluation methodology basics. **Thousand Oaks**: Sage, 2005.

DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO 2013-2020. Ministério da Saúde; Grupo Hospitalar Conceição; Gerência de Saúde Comunitária; Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 2015.

HART, J. T. The inverse care law. *The lancet*. Volume 297, Issue 7696, 27 February 1971, Pages 405-412

HARZHEIM, E.; PINTO, L. F.; HAUSER, L.; SORANZ, D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.21 no.5 Rio de Janeiro maio 2016

Indicadores de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária. Informativo mensal. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Serviço de Saúde Comunitária. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. 2019. Publicação impressa e eletrônica com periodicidade mensal. ISSN **2595-5810** (impresso).

LEAL, A. E. B et al. Acesso Avançado: Um caminho para a integralidade na Atenção Básica. [Monografia] [São Paulo]: **Secretaria da Saúde**. Coordenadoria Regional de Saúde Oeste; 2015 <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9724>

MACINKO, J.; ALMEIDA, C., dos S. E.; DE SÁ, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**. dezembro de 2004;19(4):303–17. recuperadode10.1002/hpm.766

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Family Health, more than never!** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1493-1497, 2009. Disponível em : <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14suppl1/1493-1497/>

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: **Hucitec**, 2012.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manag** 2000, 7:45–50.

MURRAY M.; BERWICK, D. Advanced Access Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **JAMA**, 2003; 289:1035-1036.

O'HARE, C. D.; CORLETT, J. The outcomes of open-access scheduling. **Fam Pract Manag**. 11(2):35-8; 2004

OLIVEIRA, M. M. C. de. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2007 [citado 20 de setembro de 2012]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/12649>

PATTON, M. Q. Qualitative research and evaluation methods. 3.ed. **Thousand Oaks**: Sage, 2002.

PEREIRA, R. P. A. O acolhimento e a Estratégia de Saúde da Família. **Grupo de estudos em Saúde da Família**. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C. ; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1881-1893, 2017

ROSE, K. D.; ROSS, J. S.; HORWITZ, L. I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Arch Intern Med**. ; 171 (13): 1150-9, 2011

SOUZA, J. P.; TAKEDA, S. M. P. O acesso através do olhar dos profissionais e dos usuários da Atenção Primária à Saúde. Trabalho de Conclusão de Residência da

Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Porto Alegre, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Unesco Brasil**/Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária a Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 585-597, jul/set 2005.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** vol.31 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2015

VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T.B. de S.; LIMA, Â. M. D. de, MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA C. di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 5 de outubro de 2013];24. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

VIDAL, T. B. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia; 2013 <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87111/000910522.pdf>

VIDAL, T. B.; TESSER, C. D.; HARZHEIM, E.; FONTANIVE, P. V. N. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde* vol.27 no.4 Brasília dez. 2018 Epub 11-Out-2018

VIDAL, T. B.; ROCHA, S. A.; TESSER, C. D.; HARZHEIM, E. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. *In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2019. P 37- 49.

VITORIA, A. M., HARZHEIM, E., TAKEDA, S. P., & HAUSER, L. (2013). Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 8(29), 285-293. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)

ZILS, A. do A., CASTRO, R. C. L. de, OLIVEIRA, M. M. C. de, HARZHEIM, E., & Duncan, B. B. (2009). Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 4(16), 270-276. [https://doi.org/10.5712/rbmfc4\(16\)233](https://doi.org/10.5712/rbmfc4(16)233)

APÊNDICE A

Roteiro para entrevista semi-estruturada para os profissionais:

| | |
|--|------------------------|
| Código do profissional: _____ | Data: ____/____/20____ |
| Idade: ____ | |
| Tempo de serviço na unidade: ____ anos | |

Para começar a entrevista.

Bom dia! Gostaria de me certificar de quanto tempo que você tem para esta nossa conversa.

Bem, o assunto é o acesso das pessoas aos serviços de saúde. O objetivo é conhecer um pouco mais sobre os fatores que facilitam e aqueles que dificultam o acesso dos usuários a essa US.

Vou fazer algumas perguntas abertas, mas, por favor, fique à vontade de comentar e trazer suas opiniões.

- I. Quando as pessoas buscam a US para consultar no mesmo dia, como elas o fazem como se dá este processo? (quando chegam, com quem falam, quanto esperam, com quem conversam,...)
 - Que fatores podem facilitar ou dificultar que consigam ser atendidas?
 - Quanto tempo esperam?
 - É diferente nos dois turnos?
- II. Em sua opinião, as pessoas buscam consulta no dia para que tipo de problema:
 - Somente para problemas agudos?
 - Para problemas crônicos que agudizaram?
 - Para qualquer situação, aguda ou não?
 - Outro?
 - Acha que todas as demandas trazidas pela população são demandas médicas?
- III. Em sua opinião, há algo que poderia ser feito diferente por você, para tentar diminuir as dificuldades de acesso? E pela equipe de saúde o que poderia ser feito para diminuir essas dificuldades?

APÊNDICE B

Roteiro para entrevista semi-estruturada para os usuários:

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Código do usuário: _____ | Data: _____ |
| ____/____/____ | |
| Idade: _____ | |
| Grau de escolaridade: _____ | |

Para começar a entrevista.

Bom dia! Muito obrigada por aceitar conversar comigo.

O assunto da nossa conversa é sobre o acesso conhecer um pouco mais sobre os fatores que facilitam e aqueles que dificultam o acesso dos usuários

Gostaria de conhecer sua opinião.

- I. Quando você ou sua família precisa consultar no mesmo dia, como fazem?
- II. Quais as dificuldades e quais as facilidades para conseguir consultar?
- III. Quais motivos levam você a consultar no mesmo dia?
 - Somente para problemas agudos?
 - Para problemas crônicos que agudizaram?
 - Para qualquer situação, aguda ou não?
 - Outro?
 - São sempre em busca de consulta médica?
- IV. Em sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o acesso?

Identificação interna do documento XPHNZ4RIZW-QHB0HAJ2



Nome do arquivo: TCR_-_Samantha_88957202020221.pdf

Data de vinculação ao processo: 21/02/2020 20:41

Autor: SAMANTHA MENDES SEMEUNKA (112436)

Processo: 1703129