

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DENISE MARIA CAMPOS DE LIMA CASTRO

**PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES SOBRE A
IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO**

**SÃO PAULO
2021**

DENISE MARIA CAMPOS DE LIMA CASTRO

**PERCEÇÃO DOS COORDENADORES SOBRE A
IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde) MPAPS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli

Coorientadora: Profa. Dra. Daiana Bonfim

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castro, Denise Maria Campos de Lima

Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado / Denise Maria Campos de Lima Castro. São Paulo, 2021.

90 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Coorientador(a): Prof.^a Dr.^a Diana Bonfim

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

1. Acesso. 2. Enfermagem. 3. Atenção Primária a Saúde. 4. Liderança. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título

Denise Maria Campos de Lima Castro

Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de Acesso Avançado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde) MPAPS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Assinatura: _____

Coorientadora: Profa. Dra. Daiana Bonfim

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Joaninha Maria Campos de Lima Castro e Álvaro Luiz Fonseca de Lima Castro**, que conduziram com maestria e foram responsáveis por essa trajetória estudantil, por todo investimento na minha profissão e, sobretudo, pela oportunidade da educação recebida. A vocês dedico, com muito amor, mais este passo;*

*Aos meus filhos, **João Pedro de Lima Castro Macedo e Maria Clara de Lima Castro Macedo**, por suportarem a minha ausência em muitos momentos e por me presentear todos os dias com o seu amor tão fundamental para a minha vida. Vocês são o meu grande estímulo nesta caminhada. Tudo que faço é pensando sempre e primeiramente em vocês;*

*Aos meus irmãos, **Álvaro Luiz Campos de Lima Castro e Luiz Henrique Campos de Lima Castro**, que estão sempre disponíveis para me auxiliar, e por todo amor, compreensão e incentivo;*

*Ao meu noivo, **André Luis Stellato Curaça**, por compreender a minha ausência em muitos momentos, pelo apoio incondicional aos meus estudos e ao meu trabalho e pelas lições que me transmite a todo momento. Por me brindar constantemente com sua alegria, generosidade e companheirismo. A você todo meu amor.*

AGRADECIMENTOS

*À equipe de trabalho da **UBS Jardim Mitsutani**, onde se iniciou este estudo. Agradeço a acolhida, a disponibilidade, a garra e a vontade de, ao meu lado, enfrentar novos desafios em busca de sempre oferecer uma assistência à saúde de maior qualidade ao usuário e de fortalecimento dos atributos da APS e dos princípios do SUS;*

*À minha parceira de trabalho, **Daniela Cristina Geraldo**, pelo carinho, pelos diálogos e pelas reflexões sem fim, por caminharmos juntas nesta estrada da implementação do Acesso Avançado, por estar ao meu lado incondicionalmente, pelas contribuições incríveis e pelo apoio emocional, que foi tão fundamental para mim. É com muita emoção que lhe agradeço;*

*Ao **Dr. Rafael Herrera Ornelas**, por ter estado ao meu lado no início deste projeto, ajudando a plantar a semente da melhoria ao acesso à APS;*

*À minha liderança, **Luciana Moraes Borges**, porque me quis honrar com o seu apoio, agradeço a confiança em mim depositada, o apoio e a motivação incondicionais que ajudaram a tornar este trabalho uma válida e engrandecedora experiência de aprendizagem;*

*À amiga **Elaine Ribeiro do Amaral**, pelos trabalhos e disciplinas realizados em conjunto e, principalmente, pela preocupação e apoio constantes. A sua companhia foi fundamental para me fortalecer;*

*Às amigas **Adriana Aparecida Alves do Nascimento, Raquel do Lago Favaro e Debora Paulino da Silva Almeida**, obrigada pelo convívio, amizade irrestrita e apoio, demonstrando estímulo intelectual e emocional sempre;*

*À toda equipe da **Área técnica de apoio da área de programas governamentais do IIRS**, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo;*

*Aos **Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do Campo Limpo e da Vila Andrade**, pelo acolhimento, disponibilidade e apoio no desenvolvimento deste estudo;*

*Ao Supervisor Técnico de Saúde do Campo Limpo, **Dr. Rogerio Mattos Hochheim**, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo;*

*À **Dra. Maria Cristina Guedes Tavares** e à **Priscilla Lopes Pereira** pelo apoio no desenvolvimento deste estudo desde o início, quando oportunizaram e viabilizaram, junto a outras instâncias, a mudança de modelo de acesso. Meu carinho e gratidão;*

*Aos meus colegas de turma do **Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da USP 2018/2019**, por todos os momentos que passamos juntos. Obrigada pelas discussões, compartilhamentos de experiências, troca de saberes e pelas muitas contribuições.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À orientadora, **Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracoli**, por guiar-me desde os primeiros passos deste estudo, pacientemente, o que resultou em uma grande aprendizagem. Pela maneira irretocável com que orientou este trabalho, com elevado e rigoroso nível científico e de forma saudavelmente exigente. Sinto-me honrada por tê-la como orientadora, porque se tornou também uma amiga;*

*À Coorientadora, **Profa. Dra. Daiana Bonfim** pelas valiosas sugestões e preciosas correções que, tão fundamentais para a melhoria deste estudo, com visão crítica e oportuna, um empenho insuperável e com grande dedicação, contribuíram para enriquecer, passo a passo, todas as etapas do trabalho realizado.*

“Quando as pessoas estão prontas, elas mudam. Nunca, antes disso. Você não pode mudá-las se elas não quiserem, assim como não consegue pará-las quando elas optam pela mudança.”
(Andy Warhol)

Castro DMCL. Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de Acesso Avançado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a APS é considerada oficialmente a porta de entrada do sistema de saúde e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização dos serviços. Frente a isso, os serviços de atenção primária com equipes de saúde da família precisam ser acessíveis e resolutivos, mas garantir esse acesso tem sido um grande desafio. Entre as propostas para ampliação do acesso no âmbito da APS tem-se o modelo de Acesso Avançado (AA), que pressupõe que a maioria da agenda fique aberta para o atendimento no mesmo dia da procura. No modelo de AA busca-se fornecer reposta em até 48 horas ao usuário que solicita agendamento de consulta. Reorganizar o trabalho com base no modelo de AA pressupõe uma mudança importante na dinâmica teórico-prática dos profissionais que atuam nesse âmbito de assistência. **Objetivo:** Conhecer a percepção das lideranças envolvidas no processo de implementação do modelo de AA em Equipes de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. O cenário dessa pesquisa foi a região sul de São Paulo/SP, mais especificamente as regiões de Campo Limpo e Vila Andrade. Os sujeitos foram: coordenadores de Unidades Básicas de Saúde com estratégia saúde da família, envolvidos diretamente no processo de implementação do modelo AA. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e, para análise, foi utilizado o método de análise de conteúdo organizado segundo as categorias da matriz SWOT. **Resultados:** Segundo os discursos, as FORÇAS (46) para implementação do modelo de AA foram: Características teórico-práticas do Modelo de AA; Reorganização da Agenda para o Modelo de AA; e Apoio técnico institucional para implantação do modelo de AA. As FRAQUEZAS (30) para implementação se constituíram por: Ausência de ferramentas de coordenação do cuidado; Disputa entre a Estrutura do Modelo tradicional *versus* a Estrutura do Modelo de AA; Fragilidade na compreensão do conceito de acesso; e Dificuldade na operacionalização da agenda. Os discursos apontaram como OPORTUNIDADES (138) para implementação do AA: a Participação da equipe e da comunidade na implantação do Modelo de AA; e as Estratégias adotadas para a sustentabilidade do Modelo de AA. Como AMEAÇAS (74) destacaram-se os seguintes discursos: Fragilidade na resolutividade da equipe; e Desafios da implantação do Modelo de AA. **Considerações finais:** A análise dos resultados apontou que a mudança da forma de organização do acesso em serviços de saúde é um processo que necessita da transformação da cultura institucional, envolvimento dos profissionais de diferentes níveis hierárquicos e participação da população. Cabe destacar ainda, a importância do monitoramento e acompanhamento das mudanças realizadas em serviços de saúde, com estratégias, como pesquisas de implementação, que possibilitam identificar e apoiar dificuldades apresentadas com a implantação da inovação.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Liderança; Acesso; Acesso aos serviços em saúde; Enfermagem.

Castro DMCL. Coordinators perceptions about model advanced access implementation [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, PHC is officially considered the gateway to the health system and has Family Health as a priority strategy for the organization of services. Therefore, primary care services, with family health teams, need to be accessible and resolute; and guaranteeing this access has been a great challenge. Among the proposals for expanding access within the PHC framework is the Advanced Access (AA) model, which assumes that most of the agenda is open for care on the same day of demand. The AA model seeks to provide answers within 48 hours to the user who requests an appointment. Reorganizing the work based on the AA model presupposes an important change in the theoretical-practical dynamics of the professionals who work in this field of assistance. **Objective:** To know the perception of the leaders involved in the process of implementing the AA model in Family Health Teams. **Method:** This is a qualitative approach research. The scenario of this research was the southern region of São Paulo/SP, more specifically the region of Campo Limpo and Vila Andrade. The subjects were: coordinators of Basic Health Units with family health strategy, directly involved in the process of implementing the AA model. The data were collected through semi-structured interviews and for analysis the method of content analysis organized according to the categories of the SWOT matrix was used. **Results:** According to the speeches, the STRENGTH (46) for the implementation of the AA model were: Theoretical and practical characteristics of the AA Model; Reorganization of the Agenda for the AA Model; and Institutional technical support for the implementation of the AA model. The STRENGTH (30) for implementation consisted of Lack of tools to coordinate care; dispute between the traditional Model Structure versus the AA Model Structure; Fragility in understanding the concept of access; Difficulty in operating the agenda. The speeches pointed out the following OPPORTUNITIES (138) for the implementation of the AA: Team and community participation in the implementation of the AA Model; Strategies adopted for the sustainability of the AA Model. As THREATS (74), the following speeches were highlighted: Fragility in the team's resolution; Challenges of implementing the AA Model. **Final Considerations:** The analysis of the results pointed out that the change in the way access to health services is organized is a process that requires transformation of the institutional culture, involvement of professionals from different hierarchical levels and population participation. The importance of monitoring and follow-up of changes in health services should also be highlighted, with strategies such as implementation surveys that make it possible to identify and support difficulties presented by the implementation of "innovation".

KEYWORDS: Primary health care; Leadership; Access; Access to health services; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Acesso Avançado
APS	Atenção Primária à Saúde
eESF	Equipes de Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IIRS	Instituto de Responsabilidade Social
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1	Agenda do médico e do enfermeiro antes da implementação do Acesso Avançado. UBS Jardim Mitsutani, 2016.....	24
Figura 2	Agenda do médico e enfermeiro depois da implementação do Acesso Avançado. UBS Jardim Mitsutani, 2017.....	25
Figura 3	Síntese das categorias de análise a partir do SWOT. São Paulo, 2021	45

QUADRO

Quadro 1	Matriz SWOT	41
----------	-------------------	----

GRÁFICO

Gráfico 1	Perfil das UBSs participantes. São Paulo, 2020.....	44
-----------	---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 APS E O DESAFIO DO ATRIBUTO ACESSO	17
1.2 A PROPOSTA DO ACESSO AVANÇADO E A EXPERIÊNCIA DA UBS JARDIM MITSUTANI	22
2 OBJETIVOS.....	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL.....	33
4 MÉTODO	37
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 CENÁRIO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	38
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	81
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROFISSIONAL	84
ANEXOS.....	86
ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	87
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DE PESQUISA – SMS/SP	88

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2003 e pós-graduada em Saúde da Família em 2013, pela mesma universidade. Trabalhei em Unidade de Terapia Intensiva até 2005, quando ingressei na Atenção Primária à Saúde (APS), na Estratégia Saúde da Família (ESF) como Enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na região sudeste de São Paulo capital, na qual permaneci por três anos.

Ao sair da ESF tive outras experiências na área hospitalar e também no Apoio Técnico Assistencial, mas, em 2012, retornei para a APS, na ESF, em uma Unidade de Saúde administrada por uma parceria público-privada entre o Município de São Paulo e o Hospital Israelita Albert Einstein, em que permaneço até a presente data. Nesta instituição, iniciei como Enfermeira Sênior, coordenei a UBS Jardim Mitsutani, na região do Campo limpo e da Vila Andrade, que foi precursora do uso do modelo de Acesso Avançado durante a minha gestão. Atualmente, coordeno a UBS Parque Arariba, na mesma região.

Durante minha trajetória profissional na ESF, sempre me deparei com o problema de acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Acesso este que deveria ser garantido ao usuário, mas, na verdade, está repleto de barreiras que o impedem de entrar no sistema de saúde, tais como: filas, consultas para muitos dias à frente, falta de vínculo do usuário com a sua equipe de saúde da família de referência, alto absenteísmo, entre outros. Diante disso, desde 2015 venho desenvolvendo projetos de melhoria contínua, em conjunto com a equipe da UBS Jardim Mitsutani, com o objetivo de otimizar o acesso dos usuários ao serviço de saúde. Durante este processo de organização, optou-se pela implantação do modelo de Acesso Avançado.

Assim, em 2018, busquei uma oportunidade, através do Mestrado Profissional da USP, de me aprofundar sobre a temática do acesso aos serviços de saúde, a fim de contribuir para a melhoria deste atributo da Atenção Primária à Saúde, bem como me qualificar para oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, às famílias e à comunidade na Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 APS E O DESAFIO DO ATRIBUTO ACESSO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é desenvolvida pelo trabalho em equipe e orientada pelos princípios do SUS; é também:

o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades, e trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2007)

Seu papel, no Sistema de Saúde ideal, é garantir a acessibilidade, a coordenação, a responsabilização e a continuidade do cuidado construindo vínculos. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada.

Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso fácil, de modo que a pessoa vinculada àquela equipe consiga atendimento quando precisar (Murray, Berwick, 2003).

Prover cuidados de forma a minimizar as disparidades de acesso aos serviços de saúde, bem como o alcance a um nível de saúde de qualidade são as metas principais de todo sistema de saúde (Starfield, 2002). Contudo, ainda é um grande desafio equilibrar a demanda *versus* a capacidade de oferta, e, quanto mais difícil esse equilíbrio, maiores são os entraves em relação ao acesso nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (Rocha et al., 2016).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (Oliveira, Pereira, 2013). Essa orienta-se por meio dos atributos essenciais: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e abrangência do cuidado, com um olhar holístico para as pessoas e que possibilite uma abordagem familiar e comunitária (Starfield, 1994, 2002).

Segundo Starfield (2002) o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde “implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um

problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”. A autora define-o também como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

Frequentemente os termos acesso e acessibilidade se sobrepõem, podendo ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de saúde.

Segundo Starfield (2002),

a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato, ela é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. O acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.

Outros autores ainda consideram que o acesso vai para além da utilização do serviço, pois se considera também a oportunidade de sua utilização nos momentos em que se faz necessário o uso dos mesmos (Sanchez, Ciconelli, 2012).

No Brasil, a APS é considerada, oficialmente, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização dos serviços (Brasil, 2012). Assim, espera-se que os serviços de atenção primária, com equipes de saúde da família, sejam acessíveis e resolutivos frente às necessidades de saúde da população.

Logo, para que a população possa utilizar o serviço de saúde, o acesso é considerado a primeira etapa a ser superada pelo usuário, e as Unidades Básicas de Saúde, portas de entrada do sistema, necessitam de dispositivos para serem um ponto efetivo de primeiro contato, de modo que esse possa ser o início do fortalecimento dos outros atributos a serem garantidos para os usuários.

Todavia, alguns autores observam limites no acesso aos serviços da APS, associados a fatores socioeconômicos e de barreiras geográficas, e condições desafiadores frente às crescentes demandas, tanto no contexto nacional como internacional (Assis, Jesus, 2012).

Como solução para este desafio, países desenvolvidos vêm propondo modelos de organização do acesso à APS, sendo cinco modelos descritos: acesso aberto (*Open access*),

Book on the day, *Supesaturate*, *Carve-out* e Acesso Avançado (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013).

No “Acesso aberto” (*Open access*) não há agendamentos, os usuários chegam e aguardam atendimento. Apresenta algumas desvantagens, tais como: tempo de espera para atendimento e longos atrasos que ocasionam insatisfação dos usuários. E também vantagens, como ter no início do dia todas as vagas disponíveis para consulta, assim, o usuário sabe que vai ver o profissional de saúde, mas deve ser capaz de esperar (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013).

O “*book on the day*” é realizado via telefone: são recebidas várias ligações pela manhã e as vagas são preenchidas de acordo com a capacidade diária do serviço de saúde, o que gera desvantagens, como o pico de ligações sobrecarregando o sistema e a capacidade da equipe (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013). Murray (2016) denomina este modelo como “acesso por negação ou recusa”. Neste modelo todas as consultas estão disponíveis para o dia, não há agendamentos prévios. Em geral há acúmulos de marcação de consulta no período da manhã, e se o usuário não consegue o seu agendamento naquele dia, é orientado a voltar no dia seguinte.

O “*supesaturate*” são consultas agendadas de acordo com a demanda do usuário. A demanda aguda é encaixada em um horário já ocupado, o conhecido *double booking*, existindo um sistema de cores que identifica o tipo de consulta como: emergência, acompanhamento ou outra condição (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013). Murray e Tantau (2000) chamam este modelo de “*satured*”, ou modelo tradicional, em que as vagas da agenda médica são preenchidas com consulta previamente agendadas, geralmente solicitadas pelos próprios usuários. Este sistema tem como vantagem tentar acomodar as necessidades dos usuários na agenda, tanto os que possuem doenças crônicas como os que apresentam queixas agudas. As desvantagens deste modelo são bem impactantes para o sistema de saúde vigente: há uma grande demanda de usuários que para garantir a vaga, a solicita previamente – muitas vezes sem uma necessidade genuína. Há muito tempo de espera até a consulta agendada, o que gera alto absenteísmo e procura por serviços de urgência e emergência, que não são, muitas vezes, os locais onde este usuário deveria estar.

No “*Carve-out*” uma parte da capacidade diária de atendimento para consultas é reservada para queixas agudas. Observa-se uma pressão para utilização dessas consultas para a rotina, podendo haver um desequilíbrio, e cria-se uma demanda artificial por consultas extras, empurrando a demanda rotineira para o futuro. (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013;

Murray, Tantau, 2000). É recomendado que um terço das vagas diárias seja reservada para cuidado de queixas agudas, podendo o profissional também estimar o número de vagas de acordo com o estudo de sua demanda. As consultas agendadas são realizadas pela própria equipe de saúde e as queixas do dia podem ser direcionadas de acordo com a disponibilidade de outros profissionais. Como vantagem aponta-se o planejamento anterior do trabalho diário e a oferta de cuidado estruturada para as condições não agudas e também para as agudas. No entanto, a previsão errônea da demanda pode ocasionar alto índice de absenteísmo e perda de vagas, sendo uma desvantagem, assim como, ao reservar vagas para cuidados agudos, aumenta-se o tempo de espera para outros atendimentos, o que pode levar ao uso das vagas reservadas para este fim. E ainda, os usuários tendem a buscar o serviço quando precisam e solicitam o atendimento no dia, prejudicando a antecipação da demanda, tornando-se semelhante ao modelo tradicional.

Em alguns desses sistemas é designado um médico cada dia da semana. Isso fere o princípio da longitudinalidade do cuidado e, como no sistema tradicional, estimula a demanda para o médico de referência, gerando ineficiência, uma vez que esse médico vai considerar apenas o problema referente à queixa principal (Lipmann, 2000; Murray, Berwick, 2003).

O “Acesso Avançado” (AA), também chamado de *advanced access, same-day appointment* ou ainda *open access*, ocorre quando há equilíbrio entre a demanda e a capacidade de atendimento, e não há demora, pois as consultas conseguem acomodar toda a necessidade dos usuários. Tem como objetivos: iniciar o trabalho com as consultas suficientes para o dia, não restringir consultas futuras e dar prioridade para a continuidade (Rocha et al., 2016; Knight, Lembke, 2013). Murray (2000) e Murray e Tantau (1999) explicam que neste modelo não há acúmulo negativo de trabalho e também não há diferenças na qualidade assistencial entre consultas para queixas agudas e outras de seguimentos crônicos, todas são agendadas para o mesmo dia. Esta é uma grande vantagem para os usuários, que se sentem seguros em relação à garantia de atendimento, de acordo com a sua necessidade, pela equipe de referência, o que preserva o vínculo. Os cuidados agudos também são tratados com maior qualidade e sem atrasos. Este modelo traz uma melhor experiência para o usuário na APS, requer o tempo mínimo de implantação de três meses, além de preparo e mudanças para adequar a capacidade do serviço à demanda necessária. “Alcançar o acesso avançado e mantê-lo ao longo do tempo exige liderança, apoio clínico e administrativo. Falhas na observância dos requisitos para a implantação ocasionaram experiências malsucedidas intencionalmente, suscitando dúvidas sobre a sua aplicabilidade.” (Vidal et al., 2019).

Entre todos os modelos, uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso aos cuidados primários de saúde apontou que todos os sistemas de agendamento utilizados na APS apresentam vantagens e desvantagens; contudo, considera o Acesso Avançado o modelo mais propício, ao conseguir equilibrar a capacidade e a demanda, reduzindo simultaneamente o tempo de espera (Rocha et al., 2016).

Todavia, os autores observam a necessidade de ter estrutura para sustentar as mudanças de agendamento, bem como a inclusão da população na discussão, uma vez que há evidências de que a preferência do usuário orienta a demanda (Morgan, Beerstecher, 2011).

O desafio da organização do acesso na APS é comum em diferentes sistemas de saúde. No Reino Unido, a gestão da demanda espontânea foi elencada como item prioritário pela população, com a necessidade de um modelo londrino efetivo para gestão desta demanda, o que desencadeou diversas pesquisas e projetos de governo com o objetivo de efetivação de um sistema de cuidado integrado e capaz de responder às necessidades dos usuários (Rocha et al., 2016).

Atraso no atendimento é uma característica persistente e indesejável dos atuais sistemas de saúde. Embora o atraso pareça ser inevitável e vinculado às limitações de recursos, muitas vezes não é esse o caso. Em vez disso, geralmente, é o resultado de uma programação não planejada e irracional e da alocação de recursos. O modelo do AA tem demonstrado cada vez mais reduzir o tempo de espera na atenção primária, uma vez que o princípio básico do AA é sempre que os pacientes que liguem ou cheguem para agendar uma visita médica tenham uma consulta no mesmo dia. O AA não é sustentável se a demanda do paciente por consultas for permanentemente maior do que a capacidade do médico para oferecer consultas. (Murray, Berwick, 2003)

No Brasil, este desafio é composto por uma busca por um modelo de organização que amplie o acesso frente a uma demanda crescente e uma oferta limitada pelo quantitativo de profissionais, bem como atender aos princípios de um Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade. Deste modo, sabemos que o modelo de organização do Acesso Avançado atende parte dos objetivos, mas necessitamos de aprofundamento e recorte deste modelo para a realidade brasileira.

1.2 A PROPOSTA DO ACESSO AVANÇADO E A EXPERIÊNCIA DA UBS JARDIM MITSUTANI

Na UBS Jardim Mitsutani, a proposta de implantação de um novo modelo de organização do acesso iniciou em 2016, com o projeto proposto pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo intitulado: “Desafio Mais Saúde na Cidade”. Este desafio tinha como objetivo estimular, mobilizar, identificar, reconhecer, valorizar e incentivar projetos na Atenção Básica relacionados aos processos de trabalho das UBS, fundamentado nas Novas Diretrizes da Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, com base na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das grandes problemáticas vivenciadas pelas pessoas que utilizavam os serviços, as equipes e a gerência da Unidade estava relacionada à forma de acesso às consultas com as equipes, pois as agendas apresentavam um tempo médio de espera de 44 dias, podendo chegar a até 80 dias, e uma taxa de absenteísmo, em média, de 30%. Deste modo, os profissionais ficavam ociosos aguardando a próxima consulta, assim como as pessoas esperavam muito tempo para conseguir atendimento com sua equipe de referência.

Neste intervalo de espera as pessoas procuravam outros serviços, ou até mesmo o acolhimento dentro da própria UBS, para resolução de queixas agudas, mas as resolviam de maneira pontual e, assim, não compareciam às consultas agendadas, o que gerava descontinuidade no cuidado e desconhecimento da equipe sobre as necessidades de saúde das pessoas que faziam parte da sua área de abrangência.

As agendas eram segmentadas e com dias específicos para atendimento, de acordo com os programas municipais de cuidado à gestante, à criança, ao hipertenso e ao diabético, dificultando a entrada no serviço de pessoas que não se enquadravam nesses programas. Neste período a Unidade ainda não tinha governabilidade para realizar mudanças no modelo de agendamento.

Diante dessa problemática, e do desafio lançado, foi possível pedir autorização para instâncias superiores para modificar e flexibilizar a agenda dos profissionais da Unidade. Para isso, foi necessário que a equipe buscasse estudos e experiências, nacionais e internacionais, sobre novas formas de organizar o acesso.

O Acesso Avançado foi reconhecido pelos profissionais desta Unidade como uma das formas de reorganizar o serviço e possibilitar a ampliação do acesso por pessoas diferentes, prioritariamente com sua equipe de referência, fortalecendo o vínculo e a continuidade do

cuidado, indo ao encontro de dos atributos da APS e tornando-a mais resolutiva (Murray, 2003; Starfield, 2004).

A Figura 1 ilustra a agenda de médicos e enfermeiros de uma das equipes antes da implementação do Acesso Avançado:

Figura 1 – Agenda do médico e do enfermeiro antes da implementação do Acesso Avançado. UBS Jardim Mitsutani, 2016

AGENDA MÉDICA 2016					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00	REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF	RESERVA TÉCNICA	CONS.COMP NASF	HAS/DM	REUNIÃO DE EQUIPE
07:15					
07:30					
07:45	ATIVIDADE COLETIVA HIPERDIA (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	PRÉ-NATAL	GRUPO/CONSULTA (criar vaga conforme demanda)	SAÚDE MENTAL
08:00					
08:15					
08:30					
08:45					
09:00					
09:15					
09:30					
09:45					
10:00					
10:15	PEQUENOS PROCEDIMENTOS	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	CUIDADO CONTÍNUO	PUERICULTURA	Reunião Técnica
10:30					
10:45					
11:00	HAS/DM				
11:15					
11:30					
11:45					
12:00					
12:15	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12:30					
12:45					
13:00					
13:15					
13:30	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	CUIDADO CONTÍNUO	MENORES DE 1 ANO	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)
13:45					
14:00					
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15					
15:30					
15:45					
15:00		EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA	
15:15					
15:30					
15:45					
15:45					
15:00	CUIDADO CONTÍNUO		REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF		
15:15					
15:30					
15:45					
15:45					

AGENDA ENFERMEIRO 2016					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00	RE/NASF	RE	CONS.COMP NASF	RE	RE
07:20					
07:40					
08:00	ATIVIDADE COLETIVA HIPERDIA (criar vaga conforme demanda)	PRÉ-NATAL	COLETA PAPANICOLAOU (criar vaga conforme demanda)	GRUPO/CONSULT A (criar vaga conforme demanda)	ATIVIDADE COLETIVA PLANEJAMENTO FAMILIAR (criar vaga conforme demanda)
08:20					
08:40					
09:00					
09:20					
09:40					
10:00					
10:20					
10:40					
11:00					
11:20	ADMINISTRATIVO	CUIDADO CONTÍNUO		VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	Reunião Técnica
11:40					
12:00					
12:20					
12:40					
13:00	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	Almoço	Almoço	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)
13:20					
13:40					
14:00					
14:20					
14:40					
15:00					
15:20					
15:40					
15:40					
15:00			RE/NASF	REUNIÃO DE ENFERMAGEM	
15:15					
15:30					
15:40					
15:40					

Diante desse cenário, foi realizada uma construção coletiva, com a participação de todos os profissionais da UBS, em espaços de reunião, onde os profissionais podiam discutir e estudar sobre as formas de acesso e como isso seria organizado dentro da Unidade.

Esse espaço propiciou a troca de experiências e exposição das dúvidas, angústias e sugestões. Todos tiveram contato com materiais sobre a temática desenvolvidos no Brasil e em outros países.

Assim, as equipes puderam construir uma nova agenda com 70% de vagas de consultas de médicos e enfermeiros para o dia, sem agendamento prévio, e 30% com agendamentos prévios, apenas para crianças menores de 1 ano e gestantes, como apresentado na figura 2:

Figura 2 – Agenda do médico e enfermeiro depois da implementação do Acesso Avançado. UBS Jardim Mitsutani, 2017

AGENDA MÉDICA 2017					
Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
07:00		REUNIÃO DE EQUIPE			
07:20					
07:40					
08:00					CUIDADO CONTÍNUO
08:20					
08:40			ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	
09:00	ACESSO AVANÇADO				
09:20					
09:40					
10:00		ACESSO AVANÇADO			
10:20					
10:40					REUNIÃO TÉCNICA
11:00					
11:20			ALMOÇO	ALMOÇO	
11:40					
12:00	ALMOÇO				ACESSO AVANÇADO
12:20					
12:40					
13:00		ALMOÇO			ALMOÇO
13:20			VISITA DOMICILIAR (CRIAR VAGA NO DIA)	CUIDADO CONTÍNUO	
13:40					
14:00	ACESSO AVANÇADO				
14:20		ACESSO AVANÇADO			ACESSO AVANÇADO
14:40					
15:00				REUNIÃO DE EQUIPE	
15:20					
15:40					

AGENDA ENFERMEIRO 2017					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00		REUNIÃO DE EQUIPE	REUNIÃO DE EQUIPE		ADMINISTRATIVO
07:20					
07:40				ACESSO AVANÇADO	
08:00		ADMINISTRATIVO			
08:20	ACESSO AVANÇADO				ACESSO AVANÇADO
08:40		SUPERVISÃO			
09:00			ACESSO AVANÇADO		
09:20				CUIDADO CONTÍNUO	
09:40					
10:00	CUIDADO CONTÍNUO	PRÉ-Natal			
10:20					
10:40					Reunião Técnica
11:00	PRÉ-Natal	Almoço		Almoço	
11:20					
11:40		PRÉ-Natal	Almoço		Almoço
12:00	Almoço				
12:20		PRÉ-Natal	Almoço		
12:40					
13:00			ACESSO AVANÇADO	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	
13:20	ATIVIDADE COLETIVA GRUPO DE BEBÊ (criar vaga conforme demanda)				
13:40		ACESSO AVANÇADO			VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)
14:00			REUNIÃO DE ENFERMAGEM		
14:20					
14:40					
15:00	GRUPO HIPERTENSA (Atividade Coletiva)			REUNIÃO DE EQUIPE	
15:20					
15:40					

Todo esse processo de transformação da agenda foi construído por meio de um projeto utilizando o modelo Canvas[®], no qual foi possível estruturar justificativas, objetivos, produto, premissas, requisitos, benefícios futuros, envolvidos de todas as esferas, equipe, grupo de entregas, restrições, riscos e linha do tempo. O método Canvas[®] consiste em um modelo de gestão de projetos criado a partir de mapas mentais, que não privilegiam a retitude do texto e, como mapa, mostra a ligação entre as partes. Na prática, há um quadro sobre o qual são colocados papéis autocolantes. É de fácil visualização e facilita a participação de outros membros da equipe (Finocchio, 2013).

O projeto ocorreu, a princípio, entre duas equipes (de um total de 11) e o início foi marcado para maio de 2016, porém, desde janeiro do mesmo ano a UBS já estava se preparando para esta mudança por meio da utilização das agendas em 100% de sua capacidade, sem agendamento de consultas futuras, objetivando deixá-las livres para o início do novo modelo. Neste intervalo, todos os usuários que procuravam o serviço para agendar consultas, eram inseridos no lugar de outros que faltavam, sendo assim atendidos prontamente.

No início de maio de 2016, as agendas dessas duas equipes-piloto, de médicos e de enfermeiros, ficaram configuradas com 70% de vagas para o dia e 30% de vagas agendadas, como o planejado.

Foram criadas equipes “irmãs”, que prestavam apoio umas às outras em horários complementares de reunião, visita domiciliar, horários para atividades administrativas e grupos educativos.

No começo havia um estranhamento por parte dos usuários, que diziam não estar preparados para serem atendidos prontamente, mas rapidamente eles se adaptaram e divulgaram dentro da comunidade essa nova forma de acesso.

Além disso, foi fundamental a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como a articulação com o conselho gestor local, para divulgação no território deste novo modelo de programação de agenda.

Outro ponto importante foi a integração dos assistentes administrativos nas discussões, preparando-os para orientar e direcionar adequadamente, principalmente na recepção, os usuários que procuravam a Unidade.

Ao longo deste processo, os encontros entre os profissionais para discussão da experiência das equipes com a implantação dessa nova estrutura de agenda continuaram, bem como os estudos da literatura existente e a construção de novos fluxos internos para o serviço.

Assim, foi compreendido e discutido pela equipe que a agenda deveria contemplar a necessidade das pessoas e não as necessidades pessoais dos profissionais, e que o Acesso Avançado não poderia ser resumido a “queixa/condução”, que uma queixa pontual deveria ser vista de maneira integral, baseada nas necessidades de saúde da população. Esse atendimento deveria ser contínuo, garantindo o retorno, prioritariamente, com a mesma equipe; a carteira de serviço da unidade deveria estar disponível e atualizada, assim como a equipe teria que buscar conhecimentos e desenvolver habilidades para manejo do tempo e de incertezas na clínica.

Em março de 2017, com a experiência e amadurecimento de toda a Unidade, iniciamos o modelo de Acesso Avançado com as demais equipes. Elas foram organizadas de acordo com o horário de atendimento da Unidade para serem referências umas das outras em horários que determinada equipe não estivesse em consulta, e se revezam na escala para sempre ter disponível um médico e/ou enfermeiro em consulta. Os casos mais complexos eram sempre compartilhados com a equipe de referência.

Durante esses encontros entre os profissionais, foram estabelecidos planos de contingências para as seguintes situações: mudanças estruturais na agenda; férias; licenças; ausências dos profissionais; questões de sazonalidade (horário de verão, períodos chuvosos) e variações da procura pelo serviço devido a doenças sazonais. Com isso, as agendas se tornaram dinâmicas e baseadas na necessidade de saúde da população, com a racionalização da demanda e gerenciamento dos riscos populacionais.

A oferta dos atendimentos passou a ser feita de forma de livre e dentro do horário de atendimentos de consulta dos profissionais. Os profissionais passaram a realizar a gestão da sua agenda e de seus atendimentos diários, o que possibilitou o atendimento das pessoas em tempos diferentes, conforme as naturezas singulares de suas necessidades.

Houve redução expressiva na procura por serviços de urgência e emergência (AMA e UPA referências no território) de pessoas cadastradas na Unidade – 34%, de 2016 a 2018 –, que se relaciona com a mudança de acesso ao serviço.

Após alguns meses da implementação do Acesso Avançado, percebeu-se que as demandas burocráticas, como renovação de receitas; confecção de relatórios de dispensação de insumos ou de benefícios sociais; e resultados de exames sem alterações, consumiam um grande tempo do atendimento dos médicos e dos enfermeiros. Em reuniões com a equipe, foram traçadas diversas estratégias para retirar essas demandas dos horários de atendimentos e criaram-se grupos resolutivos por equipe em que, uma vez por semana, médico e enfermeiro

convocam as pessoas com essas demandas, conseguindo, juntos, atender de forma mais rápida e resolutiva mais pessoas em menos tempo.

O uso de recursos tecnológicos, como o prontuário eletrônico em que as pessoas são cadastradas na recepção, favorece a comunicação e a gestão da agenda, bem como a segurança da pessoa atendida; porém, a ausência deste recurso não é um impeditivo para a implementação do Acesso Avançado, pois em 2016 não havia o prontuário eletrônico e, para ajudar na comunicação, naquele primeiro momento foi utilizado um aplicativo do Google® – o *hangouts* – pelas equipes, recepção, gerência e farmácia para tratar de questões administrativas.

A estrutura física da Unidade precisou ser revista, deixando os profissionais da mesma equipe e da equipe de referência com os consultórios mais próximos durante os atendimentos, o que contribuiu para a discussão dos casos, quando necessário.

Todos os consultórios foram organizados e equipados com equipamentos e insumos iguais, para atender a qualquer ciclo de vida e para a realização de alguns procedimentos, otimizando o tempo de atendimento e facilitando a resolução dos casos.

Os momentos de reunião com as equipes para discussão do acesso como atributo da APS, conforme dito anteriormente, também proporcionaram muitas reflexões e questionamentos acerca do papel de cada profissional no serviço e de quem seriam os profissionais mais adequados para atender da melhor forma determinada demanda de saúde.

Com isso, o foco dessa nova organização do serviço, a partir da implementação do Acesso Avançado, passou a ser multiprofissional, ressaltando a importância de cada categoria profissional no cuidado das pessoas.

Quando os usuários procuravam o serviço para passar em consulta, eram informados que seriam atendidos pela equipe de referência, podendo passar com o médico ou com o enfermeiro. Os profissionais recebem aleatoriamente as pessoas para atendimento e, quando necessário, realizam interconsulta.

A interconsulta é também uma das ferramentas que passou a ser utilizada e estudada pelas equipes para facilitar o acesso e compor o cuidado prestado às pessoas de maneira mais resolutiva e dinâmica, possibilitando a troca de saberes e compartilhamento da responsabilidade sobre os casos (Souza et al., 2013).

Alguns meses após a implementação da agenda foram identificadas fragilidades em relação ao manejo clínico do enfermeiro, pois, antes das mudanças estabelecidas, eles atendiam

apenas a determinadas demandas divididas em ciclos de vida, por exemplo: consultas de pré-natal, puericultura, consulta de saúde da mulher com foco no procedimento do Papanicolau. No modelo anterior, os enfermeiros eram escalados diariamente para fazer uma escuta inicial e identificar o risco em saúde das pessoas, encaminhando-as, na maioria dos casos, para o médico que estivesse na referência no acolhimento. Ambos os profissionais baseavam-se, em grande parte, apenas nas queixas pontuais e agudas.

Desse modo, foi importante repensar o papel do enfermeiro dentro desse novo modelo de acesso, para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, qualificada para além dos protocolos da prefeitura municipal de São Paulo e que estivesse dentro de suas competências legais.

Com esse objetivo foram realizadas oficinas de trabalho, como estratégia de educação permanente, para discussão de casos com a equipe assistencial e para a adoção de práticas em busca das melhores evidências científicas.

A equipe também desenvolveu normas e protocolos internos que apoiaram a prática do exercício profissional e da organização do processo de trabalho das equipes. Os enfermeiros sentiram-se mais seguros e preparados pelas oficinas realizadas, pelos protocolos desenvolvidos e nas consultas compartilhadas com diferentes profissionais.

Concomitante a isso, percebeu-se a necessidade de capacitar também os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 2018, foram desenvolvidas oficinas de trabalho para esses profissionais, possibilitando a reflexão sobre seus papéis no Acesso Avançado e a qualificação das suas práticas.

Os médicos também foram capacitados para a realização de procedimentos no âmbito da APS, potencializando o seu papel, aumentando sua resolutividade e a integralidade do cuidado ao usuário.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) adotou o novo modelo de flexibilização da agenda, com mais consultas do dia do que agendadas, o que favoreceu a disponibilidade destes profissionais para atender às necessidades das equipes e das pessoas no dia em que os procuravam, deixando de ser apenas apoio matricial em períodos agendados.

Todo este processo de implantação do modelo de Acesso Avançado requereu da equipe e, principalmente, da liderança local: conhecimento teórico, habilidade de negociação, recursos tecnológicos, motivação para a mudança e recursos humanos disponíveis. Assim, considerando o papel estratégico do coordenador em todo o processo, a finalidade dessa pesquisa é

compreender a percepção das lideranças sobre implementação do modelo de Acesso Avançado e, a partir dessa percepção, elaborar um material instrucional que instrumentalize coordenadores para a implantação do AA em suas unidades de saúde.

Deste modo, esta pesquisa busca responder às seguintes perguntas: Qual a percepção das lideranças sobre o processo de implantação do Acesso Avançado em Unidades Básicas de Saúde? Quais são os limites e as potencialidades que as lideranças vivenciaram neste processo de mudança de modelo de organização do acesso e do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde? Que tipos de orientações podem ser extraídas dessa experiência para nortear novos gestores nesse caminho da implantação dessa forma de acesso na APS?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores que facilitam e desafiam o processo de implementação do Acesso Avançado em Equipes de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Identificar os fatores facilitadores e desafiadores que influenciam na implementação do modelo de AA nas Unidades Básicas de Saúde;
- Elaborar uma proposta de roteiro orientador com etapas essenciais do processo de implementação do modelo de AA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Modelos de Organização do Acesso: o Acesso Avançado

Compreende-se que todo sistema de saúde possui dois objetivos principais. O primeiro é otimizar a saúde da população por meio do uso dos conhecimentos mais avançados sobre a causa das enfermidades, a gestão das doenças e a maximização da saúde. O segundo é minimizar as desigualdades entre subgrupos populacionais, de modo que nenhum obtenha vantagens de acesso em relação ao outro (Starfield, 2002).

Garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno demonstra sistemas de saúde de alta qualidade, mas alcançá-lo é um problema em muitos países (Salisbury et al., 2007). Considerando que o nível global de gastos em saúde não obedece a uma correlação positiva com melhores resultados, qualquer efeito dos serviços de saúde deve originar-se em características próprias desses serviços. Assim sendo, para alcançar a efetividade e a equidade é provável que haja a necessidade de fortalecer a orientação para a atenção primária do sistema (Starfield, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de um sistema de saúde que permite a entrada do indivíduo com novas necessidades e problemas, ofertando atenção longitudinal para todas as condições, e que coordena ou integra a atenção fornecida em outros serviços que compõem a rede assistencial. A APS deve manter o indivíduo na linha de cuidado. Compartilha, ainda, características com outros níveis de atenção, tais como: trabalho em equipe, responsabilidade pelo acesso, qualidade, custos, prevenção, tratamento e reabilitação (Starfield, 2002).

A característica central de uma APS forte é o acesso aos cuidados, sendo os dois principais elementos: a acessibilidade e o tempo de espera (Fournier, Heale, Rietze, 2012). Garantir o acesso aos cuidados primários à saúde, em tempo oportuno, é um dos maiores desafios dos sistemas públicos de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países.

Uma Atenção Primária à Saúde resolutiva depende do acesso facilitado, a fim de garantir o atendimento em tempo oportuno, no horário mais adequado, com agendamento confortável e onde o usuário seja atendido por sua equipe de referência. Ou seja, depende de como organiza o acesso entre as possibilidades de modelos descritos na literatura.

O modelo elencado como referencial teórico desta pesquisa é o Acesso Avançado, que é um modelo de atendimento que pressupõe que a maior parte da agenda esteja disponível para o atendimento no mesmo dia da procura. Neste modelo o usuário que solicita agendamento de consulta deve recebê-la no mesmo dia ou em até 48 horas, com a máxima “fazer o trabalho de hoje, hoje”.

Entende-se por Acesso Avançado uma nova maneira de organizar o acesso da população aos serviços de saúde, e essa tem sido uma das mais importantes mudanças organizacionais dos últimos anos. Este modelo vem sendo utilizado em países como Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, mas no Brasil ainda é implantado com estratégias locais de maneira incipiente e sem uma diretriz de política organizacional (Murray, Tantau, 2000).

Autores que realizaram o processo de implantação do Acesso Avançado apresentam algumas mudanças necessárias a incorporação do modelo, tais como:

- Usar agendas abertas ao invés de fragmentadas por grupos temáticos (gestantes, diabéticos, crianças etc.), pois as agendas fragmentadas dificultam ou até impedem o acesso de quem não se encaixa nestes temas;
- Evitar agendamentos a médio e longo prazo para evitar o absenteísmo. Se necessário, deverão ser feitos em um curto espaço de tempo;
- Preparar toda a equipe para atender à população em suas necessidades quando ela precisa e não quando nós, profissionais de saúde, achamos que ela precisa;
- Todo profissional de saúde em contato com o usuário deve se perguntar se é o mais adequado para entender a sua necessidade naquele momento, e também se alguém poderia se beneficiar mais de seu atendimento naquele momento;
- É necessário que a equipe esteja atenta para as necessidades de sua população, sempre pensando em desburocratizar o acesso ao serviço de saúde (Curitiba, 2014).

Além disso, os princípios-chave do AA descritos por Murray e Tantau (2000) são:

- **Equilíbrio entre oferta e demanda:** Avaliar a necessidade real de consulta de uma quantidade fonte, bem como o seu potencial de consultas necessárias ao dia e a capacidade de oferta de consultas diárias deste serviço;

- **Integração da prática interprofissional:** Integrar a prática profissional, otimizando os papéis de cada profissional que presta atendimento no processo e adequando às habilidades dos profissionais de saúde e às necessidades dos usuários para respondê-las em tempo oportuno;
- **Redução de atrasos de agendamentos prévios:** Reduzir atrasos de consultas (*backlogs*). Se prepara para iniciar o novo modelo, otimizando visitas e realizando gestão da clínica;
- **Desenvolvimento de plano de contingência:** Planos de contingência devem ser aceitos para a ausência de profissional ou em alta demanda sazonal;
- **Revisão do sistema de agendamento:** Conhecer a agenda onde são inseridos os usuários e verificar a sua capacidade para este novo modelo, diminuindo os tipos de consulta. Utilização de outros meios de acesso, como telefone e *e-mail* (Murray, Tantau, 2000).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa está inserida no projeto: IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSOS E RESULTADOS, financiado pelo CNPq/DECIT sob o número 440347/2018-1.

A opção escolhida para este estudo foi a metodologia de abordagem qualitativa, por melhor se adequar aos objetivos traçados. O processo qualitativo necessita de um esforço metodológico que garanta a produção de uma análise sistemática e aprofundada, tornando possível a objetivação de um conhecimento que tem como matéria representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade, concretizando, assim, a construção do conhecimento (Minayo, 2012). A abordagem qualitativa adequa-se também para pesquisas em que o objetivo é a “demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos” (Mendes, 2006, p. 11). Buscou-se com essa abordagem averiguar como as pessoas avaliam uma experiência, uma ideia ou um evento.

4.2 CENÁRIO E AMOSTRA DO ESTUDO

O Município de São Paulo está organizado em cinco Coordenadorias de Saúde, as quais estão vinculadas as Supervisões Técnicas de Saúde, conforme prevê o plano de regionalização municipal. Escolhemos para este projeto a Coordenadoria de Saúde Sul, onde está inserida a Supervisão de Saúde do Campo Limpo, que é composta pelos distritos administrativos de Campo Limpo (228.893 habitantes), Vila Andrade (163.598 habitantes) e Capão Redondo (296.378 habitantes), num total de 688.869 mil habitantes, o que representa 28,3% da população residente na Coordenadoria de Saúde Sul (SEADE, 2021).

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) é um dos pilares de atuação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Faz parte de um dos seus eixos de trabalho a gestão de unidades de saúde da Atenção Primária, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP), na zona sul da cidade, nas regiões de Campo Limpo e Vila Andrade.

Esta parceria existe desde 2001 e está firmada por um termo de convênio. O IIRS gerencia 13 Unidades Básicas de Saúde, com 87 equipes de saúde da família (ESF) que prestam assistência a uma população de 361.766 habitantes desta região.

Essas unidades trabalham com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base os princípios de acesso, tais como a equidade, a integralidade e a universalidade, e também princípios organizativos, como a descentralização, a participação da comunidade e a regionalização. A ESF é fundamentada na abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade e é composta por equipes de saúde da família que envolvem enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram os coordenadores envolvidos diretamente na organização do processo de mudança no acesso e implementação do Acesso Avançado nas UBS.

Instrumentos

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. O roteiro utilizado encontra-se no Apêndice A.

Procedimentos para coleta e organização dos dados

Os coordenadores foram contatados por telefone ou por *e-mail* pela pesquisadora. Neste momento, foram explicitados os objetivos da entrevista e oficializado o convite para sua participação.

A seguir foi agendada a melhor data e horário para a entrevista. Esta foi realizada por auxiliares de pesquisa especialmente treinados pela pesquisadora. Convencionou-se, aqui, que a coleta de dados não seria realizada pela pesquisadora por esta ser coordenadora de uma UBS e, por isso, poder influenciar de alguma forma nas respostas de outros coordenadores. As

entrevistas foram gravadas e o sujeito assinou o termo de consentimento em duas vias. Após a gravação, as entrevistas foram transcritas e organizadas com a ajuda do *software* ATLAS.ti.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Como ferramenta de análise foi utilizado o método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (1979), que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979, p. 42.).

Em seu livro “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”, Minayo (2008) diz que

os pesquisadores que buscam compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência uma interpretação mais profunda (Minayo, 2008)

Considerando os interesses da pesquisa de implementação – que são compreender por que e como as intervenções funcionam, possibilitando reflexões quanto às abordagens para aprimorá-las –, as categorias de análise foram construídas a partir da organização de conteúdos sob a ótica da matriz SWOT, que foi assim nomeada por juntar as primeiras letras (em inglês) dos nomes *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). As forças e as fraquezas são analisadas internamente ao processo e, externamente, são avaliadas as oportunidades e ameaças.

A matriz SWOT é uma ferramenta usada para a realização de análise de ambiente e serve de base para planejamentos estratégicos e de gestão de uma organização. A SWOT é aplicada para posicionar ou verificar a situação e a posição estratégica da empresa no ambiente em que atua ou ainda de um processo (McCreadie, 2008).

Os professores da Harvard Business School, Kenneth Andrews e Roland Christensen, criaram a matriz e posteriormente ela foi aplicada por inúmeros acadêmicos. Através de suas

quatro variáveis se poderá fazer a inventariação das forças e fraquezas da empresa ou do processo, das oportunidades e ameaças do meio em que a empresa atua ou onde o processo foi empregado (Rodrigues et al., 2005).

Segundo Chiavenato e Sapiro (2003), a função da matriz SWOT é de relacionar as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas mapeadas no ambiente interno da organização. A avaliação estratégica realizada a partir da matriz SWOT é uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica competitiva.

As quatro zonas servem como indicadores da situação da organização ou do processo, como ilustrado no quadro abaixo.

Quadro 1 – Matriz SWOT

INTERNO	S – FORÇA VANTAGEM DO MODELO/ POTÊNCIA	W – FRAQUEZA DESVANTAGEM DO MODELO/ BARREIRA
	O – OPORTUNIDADES FAVORECE O MODELO	T – AMEÇAS DESAVORECE O MODELO / COMPROMETE A VANTAGEM E PODE TRAZER RISCO
EXTERNO		

Fonte: adaptado de UNASUS, 2016.

4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução CNS 510/2016, e foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de São Paulo (Anexos 1 e 2). Antes da inclusão dos participantes foram fornecidas informações sobre o estudo e então assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado previamente pelo CEP (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

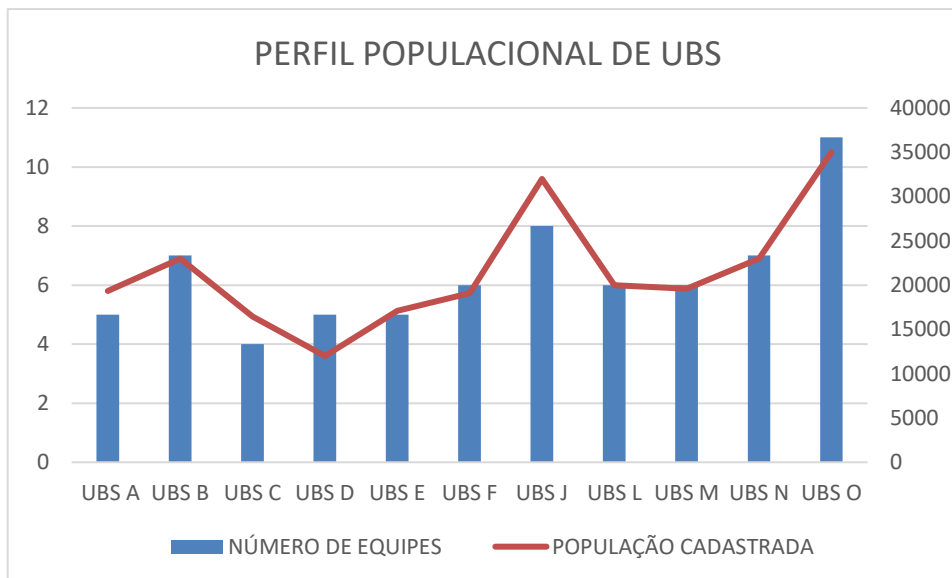
Foram entrevistados 12 coordenadores de 12 UBS. São, em sua maioria, enfermeiros com menos de seis meses de atuação na gerência da UBS e com experiência e formação na área de APS (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos Coordenadores das UBS. São Paulo, 2020

Perfil profissional do coordenador	N	%
Sexo		
Masculino	1	8,33
Feminino	11	91,67
Faixa etária		
38 anos a 42 anos	8	66,67
43 anos a 48 anos	3	25
Acima de 48 anos	1	8,33
Graduação		
Enfermagem	11	91,67
Outros	1	8,33
Pós Graduação		
Especialização em ESF, saúde pública	9	75
Especialização em gestão	2	16,67
Não referiu	1	8,33
Tempo de atuação na APS		
Menor de 10 anos	2	16,67
11 a 16 anos	6	50
16 a 20 anos	4	33,33
Tempo de atuação na UBS		
Até 6 meses	7	58,33
De 6 meses a 3 anos	1	8,33
De 6 a 8 anos	3	25
Acima de 9 anos	1	8,33

As UBS, cujos coordenadores foram entrevistados, apresentam grande população em sua área de adscrição, em regiões de alta vulnerabilidade social (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Perfil das UBSs participantes. São Paulo, 2020



A partir das análises, e seguindo as categorias da ferramenta SWOT, os discursos foram elencados em quatro grandes categorias: forças e fraquezas; e oportunidades e ameaças (Figura 3).

Na categoria FORÇA foram elencados os discursos que apontavam as potencialidades do modelo, o quanto o novo modelo de fato amplia o acesso, as necessidades de adaptação e ajustes necessários à implantação do AA, a rapidez com que estas precisariam ser adotadas e o montante de profissionais com preparo para adotar o AA.

Na categoria FRAQUEZA encontrou-se nos discursos questões como as dificuldades que o AA poderia trazer à APS no que tange à coordenação e/ou continuidade do cuidado para os usuários de forma geral e para os usuários com doenças crônicas de maneira específica, a necessidade de se possuir uma tecnologia de gestão populacional para poder avaliar e monitorar o AA, bem como produzir adequações no portfólio de oferta de ações, a falta de prontuário eletrônico e outras formas de acesso à informação.

Na categoria OPORTUNIDADES apareceram temas como: motivação para a implementação do AA e para melhores práticas, preparo da equipe, envolvimento do conselho gestor, apoio do ACS e processo de melhoria em curso na instituição.

Na categoria AMEAÇAS surgem temas como: resolutividade do enfermeiro e de outros profissionais da equipe multiprofissional, falta de uso de protocolos, gestor despreparado, falta de preparo, insatisfação, insegurança, dificuldade de retenção e/ou angústia dos profissionais, resistência ao modelo, não entendimento do modelo pela população e não apoio do Conselho gestor das UBS.

Figura 3 – Síntese das categorias de análise a partir do SWOT. São Paulo, 2021

FATORES INTERNOS	FORÇAS (46)	FRAQUEZAS (30)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características teórico-práticas do modelo de AA ▪ Reorganização da Agenda para o modelo de AA ▪ Apoio técnico institucional para implantação do modelo de AA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de ferramentas de coordenação do cuidado ▪ Estrutura do modelo tradicional x Estrutura do modelo de AA ▪ Fragilidade no conceito (percebido) de acesso ▪ Dificuldade na operacionalização da agenda
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES (138)	AMEAÇAS (74)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação da equipe e da comunidade na implantação do modelo de AA ▪ Estratégias adotadas para a sustentabilidade do modelo de AA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragilidade na resolutividade da equipe ▪ Desafios da implantação do modelo de AA

FORÇA:
FATORES QUE CARACTERIZAM O MODELO AA

Características teórico-práticas do modelo de AA

Alguns fatores internos no AA podem interferir positivamente no processo de implementação e, desta forma, se caracterizam por serem FORÇAS (fortalezas) do modelo de AA. Um aspecto é a oferta de atendimento multiprofissional da equipe de saúde da família, o que, de fato, possibilita a ampliação do acesso à APS, possibilitando avançar para um modelo de organização além do atendimento centrado no médico, como refere o Coordenador N:

"Porque eu não vou ofertar pra população atendimento médico, eu vou ofertar atendimento da equipe." (Coord. N)

Outro aspecto potente da proposta do AA é o fortalecimento do cuidado longitudinal, pois este modelo oportuniza o atendimento pela equipe de saúde de família de referência, bem como o acesso na UBS é organizado de modo que o usuário possa, na maioria das vezes, ser atendido por profissionais da sua equipe de referência.

Como citado pelos coordenadores P e D:

"(...) eu ter uma pessoa, no sentido de uma equipe como minha referência, sempre ainda que eu vá precisar de pontos de atenção da rede, alguém a minha referência, alguém que conhece tudo de mim que sabe minha evolução, saúde, eu acho que esse é o grande diferencial." (Coord. P)

"(...) a longitudinalidade ela tá garantida é um atributo aí da APS que a gente tem que garantir independente da forma de acesso que a gente oferece pro paciente. Se ele dificulta ou atrapalha depende de como a equipe vai se organizar, mas isso vai além do Acesso Avançado, porque problema, dificuldade ou vantagem ou melhoria, eu vou ter mesmo sem Acesso Avançado, com Acesso Avançado, vai da gestão da equipe de garantir isso e fazer isso acontecer." (Coord. D)

Além disso, como refere o coordenador M, mesmo com a pressão assistencial aumentada, este considera que o modelo AA gera possibilidades de escuta e respostas para todos que procuram a UBS.

"Então a gente tem pressão assistencial e tem demanda para isso, mas eu tenho resposta pra atendimento pra todo mundo que vem até aqui." (Coord. M)

Outro aspecto relevante gerado com o modelo AA foi o processo de monitorar indicadores que poderiam mostrar se o acesso estava sendo ampliado a um maior número de usuários, cadastrados por meio do sistema de agendamento utilizado, ou uma medida específica que caracterize a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Como referem os coordenadores J, M e O:

"Olha acho que tá em torno de 40% de novos usuários. Não digo que é 40, mas 30 e pouquinho... Não lembro o número exato agora. Mas é monitorado sim. Que mais? De todas as unidades do parceiro (...)" (Coord. J)

"Eu não estou mais atendendo sempre as mesmas pessoas, eu tenho dado acesso pra muito mais gente diferente." (Coord. M)

"O acesso de novos pacientes é em torno de 30%. É elevado, tá!" (Coord. O)

Com o processo de implantação do modelo do AA notam-se mais atendimentos de condições agudas no dia a dia da UBS, como apontado pelo coordenador O:

"Hoje a gente cuida muito mais das queixas agudas, da demanda, né! Que era uma grande fragilidade no cuidado da atenção primária no município e ainda é, tem vários lugares, vários estudos mostrando isso." (Coord. O)

A forma como o acesso era organizado anteriormente poderia trazer barreiras para algumas faixas etárias de usuários que tinham mais dificuldade em acessar a UBS, como adultos jovens, homens e adolescentes. Os relatos mostraram que o processo de implantação do acesso possibilitou uma maior presença da população do território, como refere coordenador P:

"A gente tinha muito adolescente que não, o próprio contraceptivo, a própria orientação pra iniciar a vida sexual segura no sentido das doenças sexualmente, de uma gravidez indesejada, eles começaram a frequentar um pouco mais e agora é uma cultura que precisa se instalar mesmo." (Coord. P)

A customização permitida no modelo de AA mostra que a agenda que deve se adequar à realidade que temos e não à que gostaríamos de ter.

A construção da agenda é dinâmica, pois esta deve atender às necessidades dos usuários, e não somente às necessidades dos profissionais de saúde, e pode possibilitar a individualização do tempo de acordo com a necessidade e ritmo de cada profissional.

"Não é uma coisa engessada que você vai colocar e vai ser aquilo, a todo momento, algumas coisinhas a gente tem que ir mudando, é bem dinâmico, é um trabalho bem dinâmico." (Coord. D)

"O tempo todo a gente tem que tá ajustando, a configuração da agenda, ajustando, alinhando com a equipe, resgatando qual é a proposta do acesso pra que todo mundo se mantenha engajado." (Coord. C)

"(...) aí cada gestor conforme a necessidade, o perfil da população, ele foi se adequando e introduzindo o acesso." (Coord. F)

“O Acesso é pra gente ser pensado o tempo todo e se o território tiver uma sensibilidade diferente, a gente tem que adequar, a necessidade do território, então assim que que foi organizado.” (Coord. P)

Outro aspecto da implantação do AA referido pelos coordenadores é o processo de preparação e aproximação dos profissionais com a teoria do acesso e o modelo de AA.

Há a necessidade de realizar uma sensibilização dos profissionais para o novo modelo de acesso ao serviço de saúde pelos usuários do sistema. É necessário haver uma construção coletiva deste novo modelo de ampliação de acesso, para que os envolvidos se sintam parte do processo. Além disso, uma vantagem do modelo é a possibilidade de customizar a implementação do modelo de acordo com o perfil de cada unidade: tamanho, quantidade de RH, estrutura física etc.

A construção coletiva pode ser pautada em oficinas, reuniões ou encontros em que todos possam participar, realizar estudos de caso, fazer a construção da nova agenda conjuntamente, revisar e criar protocolos e fluxos que facilitem o modelo e, principalmente, uma revisão bibliográfica da literatura para entender e conhecer como se deu a implantação deste modelo em outros lugares.

Outro recurso também utilizado e referido pelos coordenadores é o *Benchmarking*, uma tentativa de buscar aprender e conhecer com as melhores práticas para a comparação e aprimoramento de tecnologias. Alguns coordenadores realizaram visitas em municípios onde o modelo de AA era já utilizado, e ainda na UBS piloto onde iniciou-se o modelo na Instituição. Como referem coordenadores P, N, L e D:

“Estudou-se, trouxemos os conceitos pras equipes, porque a gente, aquele conceito antigo padrão, consulta agendada, modelo, tem que desconstruir pra construir uma mentalidade nova. Então aqui foi feito isso oficinas, workshops (...)” (Coord. P)

“Depois os gestores faziam com as próprias equipes. A organização do processo foi feita em cima de bastante estudo, bastante... a gente trouxe bastante conteúdo teórico e experiência exitosas.” (Coord. P)

“(...) nós passamos por algumas oficinais, tanto propostas pelo parceiro pra entender um pouco mais o contexto da literatura, embasamento mais teórico sobre o Acesso Avançado, que era algo novo tanto pra nós gestores quanto pros trabalhadores.” (Coord. N)

“A gente estudou muito antes da gente poder fazer essa mudança. Acho que a gente estudou uns 6 meses. A gente estudou demanda, a gente estudou artigos científicos, a gente estudou outros países, estudamos as demandas de Florianópolis pra gente poder entender o que a gente tá falando pra depois a gente poder mudar.” (Coord. I)

“(...) acho que primeiro uma conscientização da equipe, então, eu acho que primeiro a equipe tem que saber o que que é Acesso Avançado, tem que conhecer a literatura, (...)” (Coord. D)

“A unidade começou a estudar a organização das agendas e do acesso estudando a demanda e foi fazendo adaptações até chegar no momento que a unidade tem hoje de trabalhar com o Acesso Avançado, com as pessoas acessando diretamente a sua equipe de referência, não mais tendo uma escuta direcionadora na unidade, foram feitos vários testes e adaptações e ajustes no fluxo e no processo de trabalho, até chegar no momento que a unidade tem hoje.” (Coord. O)

“Foi muito legal, porque a partir da implantação da UBS Mitsutani, eles trouxeram vários, assim, como se fossem várias ondas né? Então a gente teve muito aprendizado com eles. Então eles trouxeram uma onda inicial de aprendizado, como seria, pra gente ter as experiências da unidade de lá, pra gente poder visitar a unidade, entender como é que funciona, aprender com os profissionais quais são as dificuldades, as facilidades, a gente discutiu muito essa questão do acesso.” (Coord. L)

“Eu fui visitar uma clínica em Florianópolis, então a gente trouxe vários casos bacanas pra eles poderem se motivar também pra essa mudança. E foi muito legal porque a equipe comprou a ideia, eles também traziam vários casos, então foi legal.” (Coord. L)

“(...) foi muito legal ver como Ribeirão tava se organizando em relação ao Acesso, algumas cidades do Rio e os médicos residentes que fizeram residência no Rio, eles trouxeram uma experiência muito forte pro Einstein, então, a gente aproveitou todos os saberes, foram feito isso, muitas oficinas, foi bem legal.” (Coord. L)

Reorganização da Agenda para o modelo de AA

Na implementação do AA a agenda tem um papel muito importante, pois, ela é uma das ferramentas de expressão onde o modelo AA poderá se manifestar de forma mais concreta.

Todavia, a reorganização da agenda no AA não é sinônimo de que os profissionais atenderão mais do que a sua capacidade de atendimento diário e ou mensal, visto que a quantidade segue as metas estipulados pelo município.

“Você falou assim ‘Coord. F, mas eles atendem acima da meta?’ Não. Não atende. E aí isso que eu tentei provar pra minha equipe. O que que vocês estão sofrendo com acesso? Ninguém ultrapassou a quantidade de atendimento. Pelo contrário, a gente batalha pra chegar ali nos 95, 93%. É uma grande, assim, um grande atendimento, são bastante pacientes, são. Mas eu falei assim ‘no modelo anterior de agendamento, às vezes o médico ultrapassava’.” (Coord. F)

No modelo AA a configuração da agenda se inverteu e mudou a lógica de oferta de vagas. Anteriormente eram oferecidas 70% das vagas de consulta como agendadas e 30% eram para as vagas de agendamento no dia.

Após a implementação do modelo de AA os coordenadores passaram a utilizar 70% das vagas para os agendamentos do dia e 30% para as consultas agendadas previamente, destinadas para as gestantes, puericultura ou consultas em que a equipe de saúde da família julgava como necessário este tipo de agendamento.

“O mais impactante a inversão da agenda mesmo. A agenda era 70, 60% de vagas reservadas pros grupos prioritários gestantes, hipertensos, diabéticos, e outras doenças crônicas de um modo geral classificadas pelas próprias equipes, grupo, e o restante pros pacientes gerais. Só que a nossa realidade é inversa. Os pacientes gerais são a nossa grande procura, então a gente inverteu essa lógica, a gente oferece pra todo mundo a mesma oportunidade. Única vaga que a gente continua fazendo é uma reserva para gestantes e crianças, (...)” (Coord. N)

“(...) isso virou até uma nota institucional de ter 70% vaga verde e 30% vaga amarela, pra aumentar o número de... o objetivo maior era de aumentar o número de SUS diferente acessando a unidade, (...)” (Coord. A)

“Então quando veio a implantação do acesso nesse modelo, realmente de pelo menos 70% de acesso, então foi assim difícil, não foi difícil aqui não.” (Coord. F)

Para a organização da agenda na implementação do AA podemos desfragmentá-la, deixá-la menos hermética, de forma que de fato possamos ampliar o acesso a todos os usuários, não somente aos que tem alguma condição já crônica.

A inversão de proporção entre as vagas agendadas previamente e as agendadas no dia favorece, justamente, as pessoas que procuram a unidade de saúde e faz com que elas sejam atendidas quando precisam e não quando os profissionais de saúde acham que elas precisam; quando somente seguem protocolos de atendimentos para condições pré-estabelecidas.

Os sistemas de agendamento são destacados para minimizar os tipos de agendamentos a fim a racionalizar os atendimentos (Litvak, Fineberg, 2013).

A nova agenda não deve ser setorizada, ou seja, com compartimentos de condições de saúde. Quanto menos fragmentada, mais acesso ela pode oferecer. Dessa forma, ela é dinâmica e adaptável às variações da demanda, sendo flexível, sensível às epidemias, sazonalidades, clima, situações de violência e urgências e emergências. Como refere o coordenador D:

“(...) a mudança importante que aconteceu foi a flexibilização das agendas porque as agendas eram muito segmentadas, então, tinham horários determinados pra todos os tipos de ciclo de vida que a gente inseria na agenda e a gente tirar esse agendamento e oferecer pro paciente aquele acesso do dia no momento que ele precisa do acesso, no momento que ele tem aquela necessidade a gente dá o atendimento é um grande diferencial.” (Coord. D)

A agenda do enfermeiro ganhou mais espaço assistencial, passando a ter mais oportunidades para desenvolver as consultas de enfermagem.

“A redistribuição dos horários dos profissionais, teve um investimento grande da gerência neste sentido.” (Coord. O)

“E eu preciso reestruturar principalmente a grade do enfermeiro e do médico para que os dois estejam sempre disponíveis a maior parte do tempo na unidade.” (Coord. N)

“Quando você olha a agenda, principalmente do enfermeiro, que tradicionalmente é aquele profissional que ficava um pouco mais nas burocracias da equipe, ele está muito clínico hoje aqui.” (Coord. M)

Apesar dos avanços, o desafio da agenda, ou seja, aliar demandas e coordenação do cuidado, ainda persiste, independentemente do modelo adotado.

“Eu acredito que o profissional, ele tem que ter horários na agenda dele reservado pra ele fazer essa reflexão e essa coordenação do cuidado. Essa gestão do cuidado, na verdade.” (Coord. M)

Observa-se, ainda, que a fala dos coordenadores apresenta as questões de agenda médica e de enfermagem, sendo pouco exploradas por eles as questões da agenda do NASF e da equipe de Saúde Bucal, por exemplo.

Apoio técnico institucional para implantação do modelo

Foi fundamental o apoio técnico e institucional da gestão, área técnica e médicos II no processo de implantação do AA. Ele se deu, para os coordenadores e profissionais, em um processo de educação permanente.

O apoio pode estar presente na preparação para a implementação do AA, trazendo as melhores evidências e embasamentos científicos.

Visando melhorar a abrangência do cuidado, o apoio técnico também deve realizar treinamentos para ampliação da resolutividade médica, como a realização de procedimentos necessários e possíveis na APS, evitando que o usuário fique em longas filas no sistema secundário de saúde.

No que se refere ao apoio técnico junto aos enfermeiros, devido à fragilidades encontradas na condução de queixas agudas em consultas de enfermagem foram realizadas oficinas para o treinamento e discussão de casos, abrangendo, inclusive, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

“Nós fizemos anteriormente as oficinas junto com a nossa gerência, a XXXX estimulou bastante a gente nesse sentido, teve um preparo, alguns encontros, acho que mais de 6 encontros com os gestores pra gente discutir o acesso. A área técnica do Einstein, também ali naquele momento, o pessoal do Rio de Janeiro que já trabalhava com o acesso, deu um apoio pra gente, foi ampliando os nossos olhares.” (Coord. J)

“O Einstein comprou essa ideia desde o início porque o Einstein é uma instituição muito focada em pesquisa, muito focado em estudos, extremamente focado. O apoio do parceiro foi total, ilimitado, inclusive (...)” (Coord. P)

“O apoio foi total. Ela começou da liderança, a partir do momento que o Mitsutani deu certo, a alta liderança ela adotou esse modelo, em termos de apoio, foi apoio total, e aí a área técnica do Einstein, que é uma área responsável por apoio técnico, ela veio e nos apoiou na implantação desse modelo de Acesso Avançado.” (Coord. A)

“O líder clínico é o médico com residência em saúde da família e que tem um papel de olhar pros processos da unidade, de acompanhar a implantação de novos projetos, e isso também foi um apoio.” (Coord. E)

“Quando iniciou o Acesso tivemos um profissional full time aqui, acompanhando, monitorando, verificando oportunidades de melhoria.” (Coord. A)

“(…) as nossas discussões principalmente têm sido feitas com um apoiador que vem da área técnica do Einstein.” (Coord. M)

Como é um processo ainda novo, não houve um consenso dos coordenadores sobre o apoio da supervisão técnica na implementação do modelo de AA, como apontado pelos coordenadores A e M:

“Junto, a supervisão do Campo Limpo, também tinha reunião, prestações do número de indicadores, também com a área técnica.” (Coord. A)

“Desde quando eu cheguei à supervisão não tem nenhuma discussão sobre isso. Não tem contato.” (Coord. M)

FRAQUEZA: FATORES QUE FRAGILIZAM/ ENFRAQUECEM A IMPLEMENTAÇÃO DO AA

Ausência de ferramentas de coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado continuado pode ser realizada independente do modelo de acesso que se adote e é importante estar integrada a uma gestão populacional, ou seja, um sistema de gestão que visa conhecer as necessidades de saúde de uma determinada população, vinculada a uma equipe de saúde da família e/ou da APS, estratificar seus riscos, monitorar e

avaliar as intervenções necessárias, a fim de prover o melhor cuidado para estas pessoas de acordo com os atributos da APS (Mendes, 2012).

Para a equipe de saúde da família é muito importante conhecer a população, ou seja, fazer a gestão populacional, para que possam entender a sua demanda. Considera-se que as tarefas burocráticas não devem ser inseridas no momento de consulta e todo assistencial deve ser compartilhado com critérios de eficiência.

A coordenação da UBS pode organizar o processo de trabalho de modo que as equipes realizem a coordenação do cuidado continuado com o modelo de AA.

O cenário de um acesso organizado com base na oferta fragiliza as possibilidades de programação do processo de trabalho da equipe. Assim, é importante avançar em discussões que possam agregar a gestão populacional com o modelo de AA.

“Eu acho que a questão da coordenação do cuidado. Eu acho que isso se perdeu um pouco na questão do acesso. A gente focou muito no primeiro contato, no acesso mesmo de dar vazão pra demanda, e eu acho que a coordenação do cuidado se perdeu um pouco até por falta de tempo. Porque a demanda engole a gente. Então eu acho que a coordenação do cuidado é uma coisa que a gente tem discutido muito esse ano. A longitudinalidade, a coordenação do cuidado, é uma coisa que a gente precisa pegar pelo chifre assim sabe? E falar ‘não, agora a gente precisa fazer’.” (Coord. L)

“Eu acho que essa realidade da demanda ela bate sempre na nossa porta. E aí o desafio é assim: como que eu garanto a continuidade do cuidado, longitudinalidade, mesmo com essa demanda na porta?” (Coord. E)

“(…) a gente apaga muito incêndio assim né.” (Coord. A)

“(…) a equipe não consegue fazer uma gestão de caso qualificada, eu atendo o que vem, mas eu não consigo monitorar a evolução desse caso (…)” (Coord. A)

“os pacientes têm vindo buscar o serviço, mas não estão efetivamente cadastrados.” (Coord. C)

O uso do prontuário eletrônico e demais sistemas informatizados facilita o modelo de AA, visto que não se sabe quem vai acessar o serviço no dia, portanto, não tem como levantar os prontuários previamente. A coordenação do cuidado, bem como a gestão populacional, se torna mais prática e eficiente com sistemas que favoreçam a compilação de informações. No

momento, observa-se pelos relatos que não havia um prontuário eletrônico eficaz e nem um sistema informatizado que otimizassem informações, utilizando de vários sistemas que não se conversam. Isso pode enfraquecer o modelo, porém não inviabiliza a sua implantação.

“Comunicação não ser tão efetiva, por exemplo: o sistema informatizado que a gente usa é muito falho, né? Ele faz seguimento pontual, a gente não consegue ver o desdobramento, continuidade e acompanhar, por exemplo com um prontuário único o paciente aqui, no especialista, em outra rede, né? Muitos serviços com diversos modelos de organização; um lugar tem prontuário manual em outro eletrônico, então existe muita falha de comunicação, (...)” (Coord. O)

“O sistema SIGA não conversava com o cadastro que não conversava com o prontuário. Então eu chego pro acesso, o prontuário não é encontrado, sobe uma ficha avulsa. E isso atrapalha sobre a maneira de cuidar, você não tem de onde colher, você vai ter que coletar de novo uma história, você vai ter que saber quem é a pessoa, vai correr atrás, perde um tempo enorme.” (Coord. M)

Outro aspecto a ser desmistificado com o processo do AA é a insegurança em relação à vigilância dos casos, considerando que esta, em outros modelos de acesso, era frequentemente realizada por meio da agenda. Agenda não é vigilância. A agenda organiza a forma de atendimento, porém o acompanhamento, a vigilância dos usuários, é algo mais complexo, que necessita de instrumentos e tecnologias para a equipe, como já citado.

“(...) consulta agendada, não é acompanhada, eu venho ou não à consulta agendada. Quem disse que eu era acompanhado?” (Coord. P)

Estrutura do Modelo tradicional versus Estrutura do Modelo de AA

Um dos desafios no modelo anterior ao AA era o tempo de espera para conseguir um atendimento médico, o que gerava alto absenteísmo e uma grande demanda na procura por consultas do dia, denominadas “acolhimento” ou “demanda espontânea”, além da ociosidade dos profissionais devido às faltas.

“O nosso principal motivo foi repensar que a nossa agenda, ela tinha um tempo de espera muito maior do que nós gostaríamos. O paciente quando vinha ao serviço, às vezes ele tinha uma necessidade imediata, só que ele não conseguia o atendimento como ele gostaria. Então se ele agendava aqui, em média ele demorava por volta de 40 dias pra ser atendido.” (Coord. N)

“(...)demoravam três meses, em média, pra conseguir um agendamento.”
(Coord. C)

“(...) depois a gente começou um trabalho com a população, que pra eles também é diferente, antes eles chegavam, agendavam pra daqui trinta, sessenta, noventa, cento e vinte dias, (...)” (Coord. P)

Para a implementação do AA foi necessária a mudança de fluxos dentro da unidade e até mudança dos *layouts*. Em geral, as unidades tinham um acolhimento que ficava perto da recepção, onde os usuários eram escutados e muitas vezes consultados lá mesmo. Após o AA, o usuário passou a ir direto para as salas de atendimento das equipes e houve a readaptação da sala de acolhimento, priorizando, preferencialmente, o atendimento do usuário por sua equipe, fortalecendo o vínculo e potencializando a coordenação do cuidado.

“(...) mudança de layout, mudança de sala, redistribuição de pacientes aqui dentro (...)” (Coord. O)

“(...) fiz mais alguns ajustes, revisão de mapa de sala, utilização de salas, pra gente melhorar, mas ainda preciso de mais salas.” (Coord B)

Por meio das falas dos coordenadores, observa-se a presença da cultura do modelo tradicional de organização do acesso:

“Acho que a primeira coisa é a mentalidade dos profissionais. São profissionais que trabalhavam com o modelo antigo e você puxava agenda, a agenda era impressa no dia anterior. Os profissionais já sabiam quem eles iriam atender.” (Coord. F)

“O modelo antigo não era bom, talvez pra algumas unidades o acesso funcione melhor, tudo dependendo da característica dessa população que a gente tem na área de abrangência.” (Coord. J)

“Cada unidade tinha um modelo de agenda diferente então tinha muita... Isso dificultava bastante esse processo.” (Coord. F)

Para que todos possam atender ao mesmo tempo é necessária uma adaptação de consultórios e equipamentos, e a implantação do modelo de AA mobiliza uma otimização no

uso dos espaços físicos das UBS, na busca de oportunizar o atendimento de diferentes categorias profissionais e não mais ter o consultório médico como centro prioritário do fluxo de atendimento da UBS.

“(...) quando eu comecei o Acesso Avançado eu precisava de consultório para os enfermeiros e para os médicos, isso foi muito difícil, eu tinha lá embaixo uma sala de coordenador, hoje eu trabalho aqui junto com os demais, tive que ceder aquela sala pra virar um consultório, é uma sala pequena, não é uma sala apropriada em termos de espaço, (...)” (Coord. A)

“Agora a estrutura física, as unidades elas não têm uma estrutura com o número de consultórios, às vezes, disponíveis que a gente precisava, (...) (Coord. C)

“(...) pra mim a estrutura física é um dificultador, porque o enfermeiro, o médico, ficam muito juntos... sem uma individualidade, às vezes, precisa de uma sala, que é um caso de violência, eu não quero tá falando aqui pra todo mundo, eu quero ter eu e alguém, então, às vezes falta infraestrutura, (...) (Coord. P)

“Novos funcionários isso não era possível a gente fez a mudança com o mesmo que a gente tinha de recursos humanos. De equipamento, a gente precisou repensar a estrutura física, porque o processo não funciona se eu pensar só em atendimento médico.” (Coord. N)

“(...) às vezes a equipe não tem onde atender, (...)” (Coord. A)

“(...) até hoje eu tenho déficit de balança, não são todas as salas que tem balança adulto, que tem balança infantil, não são todas as salas que são próprias pra coletar um Papanicolau, antes eu tinha uma sala só para isso, a partir do momento que virou Acesso, a ideia é que qualquer consultório possa coletar, não uma sala específica, eu não tenho todas as salas ainda, então eu tenho que esperar outro profissional desocupar pra eu ir lá e coletar o Papanicolau, porque o Papanicolau hoje ele não é agendado, ele vem lá no Acesso Avançado então tem que ter o espaço pra isso.” (Coord. L)

Outro aspecto do processo de implantação do AA é a presença institucional de um projeto de implantação, de modo a guiar a organização e preparo da equipe. Os coordenadores poderiam se sentir mais seguros em conhecer, de forma sistematizada e padronizada, todos os passos necessários. Observa-se que somente uma UBS teve esse projeto estruturante:

“Eu trabalho, eu acabo trabalhando muito com os indicadores institucionais, metas institucionais, e eu não escrevi um indicador específico pra isso. Então não tenho um projeto específico.” (Coord. N)

“Dessa unidade em específico, não, mas com certeza, eu posso falar que existia um planejamento.” (Coord. C)

Fragilidade na percepção do conceito de acesso

Sobre o conceito de acesso, observaram-se distintas formas percebidas pelos profissionais, como descrito pelos coordenadores B, L e N:

“Acho que é um desafio não só da saúde pública, saúde do nosso país. Eu acho que a gente ainda... Enormes desafios, eu acho que a população versus número de profissionais atendendo, acho que essa demanda reprimida é uma coisa que é muito difícil de resolver. Por mais que a gente mude o modelo, Acesso Avançado, agendamento, ou tem um mix dos 2 pra tentar, eu acho que é uma coisa que a gente não vai esgotar tão cedo assim ‘Ah, este é o modelo ideal’. Porque as necessidades da população mudam. Eu tô há 14 anos na atenção primária, e como isso mudou. A necessidade da população mudou. O número de profissionais não, serviços. E a gente tá cada vez mais recebendo mais. Eu acho que assim, todo mundo, se for pensar na constituição, é direito de todo mundo. Nem todo mundo do SUS (...), mas se todo mundo for usar, a gente não dá conta disso. Então eu acho que é um desafio de alta gestão aí de como a gente dá conta. Acho que com crise financeira que teve, muita gente migrou pro SUS e isso é um... Então assim, não dá pra gente ter um modelo engessado, a gente tem que ficar revisando isso todo o tempo porque a população muda, antes a gente tinha mais jovem, agora o idoso tá aumentando, então é uma coisa que a gente tem que assim, ter sempre energia envolvida nisso. Porque a necessidade muda, mas muitas vezes o investimento nas estruturas do serviço, investimento em profissionais, isso às vezes não muda, então acho que isso é um (...)” (Coord. B)

“Então, eu acho que o acesso é você ofertar pra comunidade a entrada ao serviço de saúde. É fazer com que a pessoa entre no serviço de saúde, tenha a sua necessidade atendida. Seja ela de qualquer forma. Seja uma escuta, seja uma consulta, seja um curativo, seja na ação, na medicação ou somente uma orientação. Então eu acho que o acesso vai muito além da consulta médica. Eu acho que o acesso é você fazer com que essa pessoa entre no sistema e tenha a sua necessidade atendida de qualquer forma. Seja ela qual for”. (Coord. L)

“(...) para mim acesso à saúde não é conseguir uma consulta, não é conseguir um agendamento. Acesso à saúde é algo muito maior na minha opinião. Principalmente na atenção primária o acesso à saúde é desde eu conseguir

uma informação, de eu ser acolhida na recepção, de eu ser atendida por um auxiliar de enfermagem, todos os profissionais que estão ali disponíveis, isso pra mim já é acesso à saúde, já está trabalhando contexto de saúde. Porém, ainda nós estamos numa cultura que acesso à saúde é atendimento médico e isso é bem complexo, principalmente para trabalhar no modelo do acesso avançado. Mas eu tenho uma ideia, concepção de acesso à saúde como algo muito maior, que vai além de serviços de saúde, que vai em articulação de comunidade, lazer, outras coisas que não se restringem só no espaço, a serviço de saúde ou a profissionais de saúde. Acho que é muito maior do que isso(...)" (Coord. N)

Muitos coordenadores não entenderam de onde veio a iniciativa. O AA não foi uma imposição institucional, foi realizado um projeto-piloto em uma unidade de saúde com apoio da Instituição parceira (Hospital Israelita Albert Einstein), da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo e da Coordenadoria Sul, por iniciativa da UBS Jardim Mitsutani, como apresentado na introdução. Não foi uma solicitação da Prefeitura Municipal de São Paulo e nem do parceiro.

A Instituição, em suas oficinas com os líderes da unidade, incentivou a ampliação do acesso. Este sim foi um movimento forte e preconizado e mostrou o modelo de AA, que já havia sido experimentado com sucesso na unidade pioneira da região, porém, não havia uma diretriz clara para que as unidades seguissem o modelo AA e, desta maneira, cada uma fez de acordo com o seu entendimento e adesão. Dessa forma, foram gerados modelos muito diferentes em cada UBS:

"Não foi uma implantação, foi meio, eu entendi que foi uma exigência, na verdade, não é uma exigência, mas uma solicitação da Instituição para a ampliação do acesso nas unidades e eles reformularam as agendas (...)" (Coord. D)

"Com esse modelo de acesso agora foi motivo institucional. Solicitação de indicador pra que você tivesse realmente 70% das agendas nesse modelo de acesso." (Coord. F)

"(...) mas não foi uma iniciativa, de uma unidade em específica, foi um apoio, uma construção institucional." (Coord. C)

"Existiu um tensionamento por parte da própria secretaria de mudança das agendas dos serviços, que trabalhavam com uma agenda muito mais programática. Centrada nas ações coordenadas. É ... Com muita dificuldade de acesso." (Coord. O)

“Foi uma iniciativa institucional.” (Coord. C)

Alguns até entendem como o modelo de AA funciona, porém entendem que a sua equipe não está madura para a implementação e preveem usar o modelo no futuro.

“(...) eu gostaria muito de avançar para essa questão da vaga zero mesmo. De quando chegarem a gente atender no dia. Até esse outro avanço que a gente precisa ter, que para alguns profissionais mais antigos é mais difícil mesmo, mas, por exemplo, da gente trabalhar na longitudinalidade. Então cada encontro clínico é potente para resolver aquele problema, então não precisa durar tanto tempo. Ele pode ser encontros breve frequentes. Eu não consegui avançar para isso ainda. Então quando a gente tem um planejamento pra agora (...)” (Coord. M)

Dificuldade na operacionalização da agenda

O uso da agenda com dois métodos ao mesmo tempo (sistema SIGA e papel) fragiliza o modelo, podendo gerar erros e desencontros. Da mesma forma, utilizar a agenda com *overbooking* de agendamentos também pode gerar erros, aumentar muito o tempo de espera e a insatisfação do usuário, bem como do colaborador, que terá que atender mais que a capacidade.

Agendar para o futuro usuários que não conseguem consulta no dia, também não condiz com o modelo de AA, pois deixa a agenda cheia e o usuário que vier procurar consulta não conseguirá a vaga, voltando à queixa do modelo antigo. As agendas refletem a organização da equipe.

“(...) se ele foi classificado com cor amarela, tanto clinicamente ou socialmente, ele é sobreposto na agenda, a gente faz um overbooking, tanto que a UBS A tem um número a mais de atendimento, os enfermeiros, todos atende mais do que a meta.” (Coord. A)

“(...) a agenda do médico, além dela estar no sistema, ela tem uma agenda impressa do dia todo, então a recepção, pra minimamente, ele ter um controle da fila de espera, ela anota isso no papel, acho que as demais unidades não têm isso.” (Coord. A)

“Aí ele faz esse agendamento nessa vaga e, quando chega o paciente aqui na minha porta por alguma angústia, eu também procuro ocupar essas vagas. Então a gente deixa aí uma vaga, vamos dizer, por profissional por dia justamente pra esses casos em que o paciente chega angustiado porque ele já retornou algumas vezes e não consegue.” (Coord. F)

Há um preparo nas agendas para a implantação do modelo de AA. Em algum momento prévio é necessário deixar de fazer agendamentos futuros para deixar a agenda livre, porém estas pessoas que procuram agendamentos podem ser vistas no dia para não deixar essa demanda reprimida para depois, e ainda manter os agendamentos feitos anteriormente. Este é um momento complexo, que pode fragilizar o processo de implantação, visto que exige muito dos profissionais. Chamado, por Murray, de redução do *backlog* de agendamentos prévios.

“Nós esperamos finalizar todos os agendados, não tinha mais nenhum agendado. Ai a gente esperou do dia 1º de novembro, dia 15 de novembro pra eles poderem levantar essas demandas. Exame alterado, chamar gestante, chamar as pessoas que eles tinham de prioridade na área, 15 dias e dia 16 a gente começou só acesso avançado.” (Coord. L)

“Foi um período bem conturbado porque a gente tava naquela agenda de 3, 4 meses, então foi um período que a gente teve que parar de agendar essas pessoas e só agendar a demanda do dia e aquela demanda um pouco mais aguda, então foi um período bem difícil até as pessoas conseguirem entender que a gente ia mudar a forma de acesso.” (Coord. L)

OPORTUNIDADE: CONDIÇÕES QUE SE APRESENTAM COMO ESPAÇOS POTENCIAIS DE OPORTUNIDADE PARA IMPLEMENTAÇÃO DO AA

Participação da equipe e da comunidade na implantação do AA

A motivação do líder para a implementação do modelo de AA também é uma força muito importante. Grande parte desta motivação veio da insatisfação com o modelo anterior e com as dificuldades de acesso da população. Alguns referem que o absenteísmo nas consultas médicas variava em torno de 30% e, ao mesmo tempo, a procura diária por atendimento era muito grande. E é de grande valia que o coordenador leve estes problemas para a equipe e junto com eles pense em soluções.

O coordenador pode ser o portador do modelo, incentivador, deve ter um projeto estruturante que guie o processo de implementação. Com este apoio interno, os colaboradores se sentem mais seguros e se motivam também, aceitando o desafio com mais garra. Isso gera

união na equipe, as pessoas, juntas, trabalham melhor. Alguns colaboradores nem conseguem pensar na possibilidade de voltar a trabalhar com a agenda tradicional.

Esta motivação dos coordenadores e colaboradores deve se estender para os conselheiros gestores, que têm um papel de comunicação junto à comunidade, pois eles são formadores de opinião e seu apoio é muito importante. Eles também podem passar por treinamento para entender o modelo de AA e poderem explicar para a população usuária; a participação deles no dia a dia da implementação é muito importante para todos. Assim como a participação dos agentes comunitários de saúde, pois são eles que têm contato diário com todos os usuários da UBS e, desta forma, podem levar informações corretas e orientar a todos.

“nós tínhamos um absenteísmo de 28%, que dá em torno de 600 vagas/mês, e a gente explica muito isso: olha, como a nossa agenda tá pra três meses, isso gera esse absenteísmo de 28%, isso hoje não dá pra continuar.” (Coord. A)

“A questão da falta de fidelização de paciente com a sua equipe (...).” (Coord. A)

“Isso foi bem interessante porque a equipe realmente ficou mais unida. A equipe de enfermagem com a equipe médica, isso foi muito bom.” (Coord. N)

“Vocês pegaram um gestor que é fã do acesso, além de eu acreditar, eu gosto sim, então eu faço uma venda de Acesso que você vai levar bem.” (Coord. P)

“(...) a falar pelo amor de Deus não quero mais voltar atender aquele negócio de um período de puericultura, um período de gestante, um período de (hipertenso), não, deixa meus pacientes vir conforme eles vão vindo, ela deixa o consultório dela já organizado, com sonar, com fita métrica, com a réguinha de medir, tudo bonitinho, conforme chega, ela vai atendendo o paciente dela.” (Coord. P)

“(...) eu acho isso foi comum de todas as unidades, essa conversa e envolvimento com o conselho gestor. Eu acho que nos grupos mesmo com as agentes de saúde elas trabalhando essa divulgação mesmo porta a porta ‘a gente vai mudar a forma de acesso, a gente vai isso, a gente vai melhorar...’ Por isso assim, não é uma coisa que dava de um dia pro outro. A gente tinha que ter um tempo pra ir passando isso que de um dia pro outro ‘Ah não tem mais agenda, como é que é a vaga do dia...’. Ainda assim pra população é muito difícil.” (Coord. B)

“(...) Sim. Então, a gente contou muito com o nosso conselho gestor. A gente tem um conselho gestor bem forte, bem atuante, então a gente explicou o que significava o acesso avançado, o que traria de benefícios pra população essa questão de não agendar mais pra 4 meses, que a gente ia fazer um teste pra

ver como que seria, quais seriam as vantagens, quais seriam as desvantagens, e eles gostaram da ideia.” (Coord. L)

“Tem um projeto de continuidade, a unidade é piloto na reorganização e reestruturação da unidade que envolve várias frentes (...) (Coord. O)

Estratégias adotados para a sustentabilidade do AA

Com a implementação do modelo de AA nas UBS, e devido ao seu processo ser dinâmico e customizável, muitas oportunidades de melhoria foram surgindo, oportunidades essas que ampliaram a força do modelo AA e otimizaram outros processos de trabalho dentro das unidades.

Em geral, as unidades deixaram tempo em suas reuniões técnicas para pautas do AA, de modo que as discussões conjuntas contribuíssem para melhorias. Pensaram em como utilizar, de forma mais apropriada, os dados estatísticos e ainda em novos modelos de acesso, como uso de telefone e *e-mail*.

Os atendimentos a distância, por telefone, são adequados para o monitoramento de planos de cuidado e de planos de autocuidado (Mendes, 2012). Tem sido crescente a utilização de aplicativos no manejo das condições crônicas (Lopes, 2014).

“O tempo todo a gente, não é um processo acabado, não é um processo que tem começo meio e fim. Acredito que nunca terá, é um processo que o tempo todo você tem que analisar e ver as oportunidades de melhoria e ir mudando a partir das necessidades tanto da equipe quanto do usuário. Olhar para a sazonalidade, tudo isso, e ir fazendo as alterações.” (Coord. N)

“(...) a gente sempre numa pauta da reunião técnica, nem que seja 15 minutos a gente toca no assunto, e aí gente, eu sempre retomo isso: como é que está o acesso, aí vão trazendo as dificuldades, e aí a gente vai tentando melhorar esse processo.” (Coord. F)

“Eu acho que ainda a gente precisava organizar a gestão do tempo, gestão da clínica, trabalhar com a enfermagem, enfermagem mais ativa, mais capacitada, mais atuante. Médicos também mais abertos a entender a questão do acesso. Que quem faz a decisão final são eles dentro do consultório.” (Coord. J)

“Daqueles pacientes que eu já conheço e daqueles que eu posso evitar que ele venha para o acesso e tenha outras formas de acesso mais inovadoras, como por exemplo o telefone, a gente fazer o resultado de exame para aqueles

que já são pacientes Enfim, o enfermeiro fazer isso num certo horário da agenda dele, isso é uma das coisas que eu estou projetando para o ano. E aí eu abriria a vaga zero.” (Coord. M)

“Na realidade, os resultados do acesso a gente tem alguns em sistemas da instituição. Alguns relatórios gerenciais que encaminham pro gestor, antigamente era o dashboard, agora é o BSC, que a gente consegue monitorar um pouco quanto a gente tá, na realidade, é um dado bem geral, é o quanto eu tô atendendo de acesso, e o quanto eu tô garantindo de agendado.” (Coord. F)

“(…) planilha ela é muito visível, então eu tenho a planilha, eu consigo ter uma média de quantos pacientes por equipe vieram diariamente. Eu tenho uma média de, por exemplo, o paciente está lá na fila, na lista, e ele evadiu por algum motivo, ele não ficou, eu também tenho como falar pra você, assim a gente faz uma análise dessa planilha, claro que diariamente.” (Coord. M)

“O aplicativo, ele acaba sendo mais simples porque ele me gera dados de gestão, eu consigo clicar no aplicativo, ver faltosos, ver os pacientes crônicos, quais são de alto, médio, baixo risco, tem o dashboard também, que a nossa instituição envia pra gente mensalmente, então eles conseguem também extrair esses dados e eles enviam pro gestor mensalmente, então isso forma as ferramentas que a gente tem apoio da instituição também pra tá olhando.” (Coord. D)

“Vou dar um exemplo: a gente está pensando em colocar alguns pilotos de enfermeira fazendo contato, talvez por telefone, pra falar sobre resultado de exame normal. Você tira essas pessoas do acesso. Não é?” (Coord. M)

Devido aos planos de contingência e ao fortalecimento de vínculo, a agenda deve ser complementar tanto entre médicos e enfermeiros quanto entre as equipes irmãs. É importante ter profissionais de cada equipe, ou equipe irmã, para atender a sua população adscrita, durante todo o tempo de funcionamento da unidade; isso favorece o vínculo e garante acessibilidade. Porém, na ausência destas, seja por urgências, emergências, faltas ou férias, outras equipes podem fornecer esse suporte, sempre atendendo ao usuário em suas necessidades.

Em caso de emergência na unidade, o profissional que iria atendê-la se ausentará do AA e, neste momento, devemos ter um plano de contingência para que seus usuários sejam atendidos. Dessa forma usamos as equipes irmãs, que são equipes que trabalham em horários complementares e fornecem suporte. Na falta desta por ausência, falta ou férias, qualquer outra equipe da UBS fornece os atendimentos prioritários.

“Mas o que acontece, tenho código azul, mobilizar todo mundo e a agenda se redivide em quem ficou e uma médica e uma enfermeira no transporte de paciente. Então essa adequação da equipe pra atender essa demanda aqui já está aqui quando acontece uma emergência, me faz não ter uma equipe de retaguarda, entende? Eu não tenho uma equipe ou um horário pra eu poder organizar se acontece algum imprevisto nessa agenda, ou um paciente mais grave precisa de mais tempo. A própria equipe se organizar pra poder atender a demanda do outro.”

“(...) a equipe irmã ela serve principalmente quando um profissional está de férias ou quando estou sem profissional da equipe.” (Coord. M)

“A ausência do médico ou do enfermeiro, aí é direcionado pra uma outra equipe que tem vaga. A gente não pede pro paciente voltar se ainda tiver vaga com qualquer outra equipe, a não ser em caso específico. ‘Não, o meu médico pediu pra eu mostrar esse exame.’ ‘Olha, então seu médico hoje ele, um exemplo, ele tá em curso, quer retornar aqui amanhã? Aí o senhor mostra exatamente esse exame pra ele que pediu.’ Agora assim, ‘ah, eu quero trocar uma receita, eu quero trocar uma guia’ alguma coisa assim específica, aí pode ser com qualquer um, não é direcionado assim pra equipe. Enquanto tiver vaga a gente tenta encher todas as vagas.” (Coord. F)

Quando se trata de maior resolutividade dos profissionais, pensamos sempre na pergunta: “Quem é o melhor profissional para atender este usuário agora?”. E isso otimiza a função de cada um e fortalece a prática e a colaboração interprofissional.

“(...) o Acesso ele vem quebrar um pouco isso, não é só consulta médica, muito pelo contrário, é fortalecer o papel dos outros profissionais na atenção.” (Coord. P)

“As pessoas aqui são bem colaborativas. Acho que essa mudança de modelo de acesso foi muito bem, assim, ela consegue funcionar bem por conta dessa característica da equipe. A equipe se organiza e se cobre de uma forma muito interessante.” (Coord. M)

Chamo toda essa otimização de melhoria adversa, pois não foi pensado nisso para a implantação do AA, porém, para que ele seja e continue sustentável, algumas técnicas e modelos tiveram que ser implementados também: o trabalho em equipe que era muito importante passou a ser fundamental para o sucesso do AA; foi necessário um espaço de trabalho comum; mínima centralização; revisão conjunta de processos e resultados para realizar

as melhores práticas; além de pensar em protocolização de processos a fim de universalizar o trabalho das equipes e da UBS.

Rocha et al. (2016) descrevem que o modelo de Acesso Avançado pode ser a solução para uma agenda mais igualitária e democrática, além de resolutive, no entanto, para sua boa instalação e funcionamento, é necessário que haja o provimento de uma estrutura adequada para mantê-la.

A gestão da clínica – que é o conjunto de tecnologias de microgestão para prover uma atenção de saúde de qualidade –, a medicina centrada no cuidado das pessoas e a prevenção quaternária foram conceitos que tiveram que ser amplamente divulgados para manter o AA em voga. Por exemplo, quando peço exames demais, sem indicação ou necessidade, estou criando demanda para mim mesma, e isso tinha que ser controlado com base em evidências científicas.

“A gente utiliza alguns instrumentos para fazer a gestão da clínica. A gente utiliza aplicativo, no caso dos hipertensos e diabéticos, a gente tem um aplicativo que a gente chama de aplicativo de crônicos. Com esse aplicativo a gente faz esse monitoramento de retorno, de exames, de consulta.”
(Coord. N)

“A UBS é a ordenadora do cuidado na rede, e que ela tem que ter domínio sobre esse circular do paciente no território” (Coord. E)

AMEAÇA: CONDIÇÕES QUE SE APRESENTAM COM POTENCIAL PARA AMEAÇAR O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO AA

Fragilidade na resolutividade da equipe

A falta de resolutividade do enfermeiro e/ou de outro profissional de saúde implica em retornos que poderiam ser evitados, maior demanda gerada desnecessariamente e, desta forma, ela sempre será maior que a capacidade de atendimento. Todos os profissionais podem ser resolutivos trabalhando para uma maior abrangência do cuidado, e isso trouxe à tona questões novas, como a fragilidade da resolutividade frente às consultas de enfermagem, o que também acontece com outros profissionais.

A resolutividade é um dos mais importantes princípios norteadores da saúde pública brasileira e fundamental ferramenta utilizada nas UBS, partindo-se do pressuposto da resolução de até 85% das demandas dos usuários (Starfield, 2002; Brasil, 1990).

A resolutividade é definida como a requisição que quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade (Brasil, 1990). E ela pode ser avaliada a partir dos resultados obtidos no atendimento dos usuários (Turrini, 2008).

Para um serviço ser resolutivo ele deve ser capaz de modificar positivamente a condição de saúde de um indivíduo, de uma família ou de um grupo (Degani, 2002), assim, ele deve ocorrer considerando o modelo hierarquizado por níveis de atenção do SUS (Turrini, 2008).

Malham, Breton, Touati et al. sugerem que os tomadores de decisão e as organizações de saúde precisam redefinir os limites de cada categoria da prática de enfermagem em AA e criar um contexto profissional e organizacional ideal que apoie a transformação da prática. Eles destacam a necessidade de estruturar o trabalho em equipe de forma eficiente e integrar e maximizar as capacidades da enfermagem dentro da equipe durante a implementação de AA, a fim de reduzir o tempo de espera.

“Os enfermeiros ainda não se sentem seguros tecnicamente para serem resolutivos. Eu acho que os enfermeiros ainda não conseguem ser tão resolutivos quanto realmente eles são e tem potencial pra ser.” (Coord. B)

“(...) porque eu acho que às vezes os protocolos são muito engessados e limitam um pouco a atuação da enfermagem em frente a estratégia.” (Coord. C)

Desafios da implantação do modelo de AA

A implementação do modelo de AA trouxe grandes desafios e com eles algumas ameaças que podem comprometer o sucesso de sua implementação.

A falta de entendimento do modelo e de seu conceito por profissionais e usuários é uma delas. Por exemplo, quando o profissional entende que o AA é liberar todas as vagas às 7 horas da manhã, ele está trabalhando em cima de um conceito errado e prejudicará o acesso, ao invés de ampliá-lo. Ou ainda, quando o coordenador acha que o modelo de AA está implantado, mas

refere não aumentar a porcentagem de população atendida, algo não foi entendido da forma correta.

“O que falta é aquele que veio e não conseguiu o acesso de nenhuma forma. E eu não sei, a gente ainda está estudando como mensurar isso, porque eu não tenho ainda (...)” (Coord. M)

“(...) Tem pacientes que eles precisam retornar aqui mais de uma vez. Duas vezes, três vezes. Aí o paciente fica angustiada ele vem na minha porta. O que que eu faço? (...)” (Coord. F)

“(...) 7h00 da manhã a gente libera as vagas do período da manhã. (...)” (Coord. M)

“Porque no Acesso não é tudo flores. A gente sabe que tem uma grande dificuldade que a população também tem uma dificuldade em entender o Acesso.” (Coord. L)

“Na verdade, a gente tem uma média de atender por, anualmente, por volta de 56 a 57% da nossa população. Isso nos anos anteriores também, então no Acesso Avançado isso não havia, pelo menos no ano anterior, a gente não viu um parâmetro, no mesmo período, nenhuma diferença. Talvez esse ano a gente consiga ver alguma outra diferença. Mas a gente já tinha avaliado esses dados e até o momento não vimos nenhuma diferença.” (Coord. N)

Outra ameaça muito significativa é a falta de preparo dos profissionais, a falta de atitude ou as dificuldades comportamentais que geram insegurança, angústia, boicote ao modelo e, por isso, uma dificuldade da UBS de retenção profissional.

“Quando você faz mudanças dá um choque de realidades diferentes. Não só pros funcionários, mas também pra comunidade. Então eu acho que a população vai se adaptar porque ela não tem muita opção.” (Coord. B)

“‘Eu vou fazer o Acesso, legal’, mas eu não tenho consultório pro médico e pro enfermeiro atender simultaneamente. Se eu quiser colocar o NASF no Acesso eu não tenho sala pensando em acesso. Entendeu? (...) Minha estrutura física não permite, eu posso fazer a ampliação de hoje pra amanhã? Não, é uma novela de anos pra você conseguir uma ampliação. E aí você precisa ampliar o acesso, a saúde, mas não é só vontade. Eu acho que vai muito além da boa vontade. Acho que hoje, se funciona, é porque os profissionais que estão aqui estão engajados e a gente tá tentando. Mas exige esforço de outras instâncias pra fazer, acho que ficar assim, o mais próximo do ideal. Envolve acho que não só nós do operacional aqui, acho que tem uma discussão que precisa ir muito além ainda. Tem chão né... (...)” (Coord. B)

“Eu acho que o desafio que a gente tem do Acesso é, principalmente, manter a equipe médica e de enfermagem dentro do serviço na lógica do Acesso. Muitos profissionais, às vezes, eles entram no serviço e acabam se desgastando com atendimento com a oferta de cuidado desta maneira.”
(Coord. C)

“(...) não adianta tentar boicotar porque a gente precisa mudar e melhorar esse Acesso, então é a proposta a gente tem que tentar. Não tem jeito.”
(Coord. B)

Apesar de haver uma insatisfação com a forma de acesso anterior dos usuários à unidade de saúde – agendamento prévio para vários dias ou meses para frente, grande procura por demanda espontânea diária, alta taxa de absenteísmo e falta de vínculo –, pensar em uma mudança radical é sempre difícil e gera resistência da população, dos colaboradores e também do conselho gestor.

Um bom acesso é aquele em que o usuário consegue “(...) o serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto” (Rogers, Entwistle, Pencheon, 1998); sendo assim, todo o preparo da equipe e da população deve ser pautado nesta afirmação: o usuário deve conseguir o cuidado quando ele necessita.

Pelo princípio do AA o usuário que tem uma necessidade de consulta deve recebê-la no mesmo dia, sempre com a máxima: “fazer o trabalho de hoje, hoje”. Uma discussão mais profunda desse enfoque deve começar pelo que ele não é, ou seja, não se trata de um novo modelo de organização da atenção primária à saúde, mas, sim, de um processo de trabalho.

Foi importante esclarecer para todos que o AA não é um pronto-socorro, ou pronto-atendimento. O AA pode até ser entendido como tal, porém não focado na queixa, mas sim no usuário, sempre. Quando uma criança vem ao serviço com uma infecção de vias aéreas, na consulta não é só feito o cuidado desta queixa, é feita toda a antropometria, puericultura, identificação de estado vacinal, entre outros. Dessa forma, buscamos o cuidado integral em cada atendimento, sendo este feito baseado no vínculo que a equipe e o profissional já têm com esta pessoa ou família. Toda a carteira de serviços fica disponível para esse atendimento e ele é feito sempre da forma mais resolutiva possível, valorizando a abrangência do cuidado.

A implantação do AA é descrita em várias literaturas como um grande desafio com enormes mudanças na vida das pessoas, tanto dos usuários quanto dos próprios trabalhadores, uma vez que desconstrói um modelo antigo de assistência com grande carteira de clientes, que

muitas vezes estão descontentes com a longa espera para as consultas (Murray, 2000). Profissionais, juntamente com usuários, podem construir acordos e se corresponsabilizar pelo cuidado.

Após a implementação do AA, podem não haver experiências positivas devido à resistência dos profissionais, como exemplo: a não adesão ao modelo por parte da gestão, que influencia toda a equipe; a não adesão dos profissionais por terem uma cultura tradicional muito enraizada em seu método de atendimento, geralmente dos profissionais com mais tempo de formados; insegurança dos profissionais de não saberem quem vão atender a seguir, pois estavam totalmente acostumados com uma agenda programática; profissionais inseguros que geram demanda para si mesmos solicitando retornos desnecessários.

Os conselhos gestores das unidades, se bem utilizados, são ferramentas importantes para a disseminação de conhecimento na área de abrangência, neste caso do novo modelo, é indicado até que ele participe ativamente de todo o processo de forma presencial, para entender na prática também. Quando este não participa, podemos ter mais ouvidorias com reclamações por falta de comunicação e entendimento. Foram feitas reuniões prévias com o conselho gestor para explicar o modelo de AA, e como ele iria transformar o acesso do usuário ao serviço e como seria o plano de transição (redução de *backlogs* de agendamento).

“Você não sabe o que vai aparecer na sua porta, quem que é o próximo paciente, às vezes, então faz as equipes saírem da zona de conforto, (...)”
(Coord. D)

“No começo, falo por mim assim, foi bem difícil a gente quebrar aquela ‘meu Deus, a gente trabalha assim há muito tempo’, quebrar aquele modelo antigo... Vamos apostar nisso, vamos mexer.” (Coord. J)

“A gente tinha uma certa resistência, eu como líder, também tinha uma certa resistência, não conseguia olhar pra isso com bons olhos, falar: nossa, como é que vai funcionar uma unidade sem agendar, vai virar um pronto-socorro (...)” (Coord. A)

“As equipes, na minha visão de gestora, elas não estavam qualificadas, preparadas para esse modelo de Acesso então, de um modelo de agenda engessado para um modelo totalmente inverso, aberto.” (Coord. F)

“(...) mesmo com tudo isso sendo indicativo, algumas resistências individuais a gente está trabalhando discutindo, trazendo texto.” (Coord. M)

“Então esse processo, é o que eu tô te falando, então assim, o conselho, se você olhar minha pasta lá do SAU, que é a caixinha lá da reclamação e críticas, você vai ver tanto elogios, mas a grande maioria é uma realidade crítica nesse modelo, porque são pessoas que já vieram muitas vezes aqui, e eles não conseguem vaga. Ou então tem que madrugar aqui, essa é a questão. Madrugar no sentido de, tem que chegar às 6 e meia da manhã e às vezes ele passa às 11 horas da manhã.” (Coord. F)

“Li recentemente uma ouvidoria onde a pessoa não é, não aceita o atendimento de enfermagem (...)” (Coord. C)

Unidades de Saúde da Família com pouco número de equipes (exemplo 4 equipes) têm dificuldade de manejo de escalas e coberturas em tempo integral. Devido aos recursos humanos reduzidos, há uma contingência prejudicada. Da mesma forma, quando tivermos profissionais de férias, outros de folga, em cursos externos ou ainda com atestados médicos, teremos a mesma dificuldade.

“Por exemplo hoje, tô com 2 médicos a menos. Eu tô com o doutor que tá de férias e tô com a doutora XXXX que ela tá gestante com aquela lei que ela não pode exercer atividades assistenciais. Tô com 2 médicos a menos. Então eu tô com 4 médicos pra atender toda a demanda. Não tenho perna. Muitas vezes a gente dá a negativa sim, o paciente volta, volta, volta, principalmente pra consultas seletivas.” (Coord. L)

“Em algumas equipes isso era mais do que em outras. Então lógico, tem uma médica que faz 20h e está sem enfermeiro. Isso vai acontecer e é isso que impacta, parece que não, mas impacta. Porque as outras equipes deixam de atender o que é da sua área pra dar um suporte pra essa equipe por uma demanda aguda. Então eu vou trocar essa receita que o paciente tem remédio pra uma semana ou eu vou atender essa com febre? Atender essa com febre e essa demanda da receita a gente vai programar pra retornar um outro dia. Esse tipo de coisa, quando um profissional tá de férias isso impacta, porque a equipe irmã também não consegue suprir toda essa necessidade.” (Coord. B)

A demanda não muda, ela apenas se transforma, e isso explica o aumento volumétrico inicial de consultas após a implantação do AA. Porém, em meses, tal situação se regulariza. Mas isso deve ser observado de acordo com o tamanho do painel, deve haver um equilíbrio entre oferta e demanda.

Coordenadores referem desequilíbrio, contudo, a partir do observado na literatura internacional do AA, estamos trabalhando com um painel para uma equipe multiprofissional e não com um painel que será atendido somente por médicos.

“(...) é que o cobertor ainda é pequeno diante da demanda do território.”
(Coord. E)

“(...) o maior desafio que a gente tem é conseguir mesmo equalizar essa quantidade, esse painel que a gente tem, que não é o ideal ainda dentro de várias unidades. Então acho que tem esse desafio de implantar mais, talvez, mais equipes pra conseguir ofertar um Acesso aí com qualidade, em efetivo mesmo, pra que também a gente não caia numa relação de queixa-conduta que, às vezes, a gente acaba também, continua ofertando o cuidado, mas esquece de fazer o cuidado continuado depois desse paciente.” (Coord. C)

“(...) fazer essas buscas ativas, porque o território está muito inchado.”
(Coord. A)

Segundo Murray, Davies e Boushon (2007), é importante estabelecer o tamanho do painel e este deve ser gerenciável para atender aos pacientes quando as necessidades surgirem, ao invés de transferi-los para outro dia ou outro médico/equipe. Estes não devem assumir mais trabalho do que podem gerenciar, pois se um painel for muito grande, o excesso de demanda resulta em um atraso interminável e cada vez maior aos serviços, além dos desvios constantes de equipes/médicos, o que gera a descontinuidade do cuidado. Ter um tamanho de painel apropriado é a chave para administrar cargas de trabalho e otimizar o acesso dos pacientes aos cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados apontou que a mudança nas formas de acesso em serviços de saúde é um processo que precisa envolver e transformar a cultura institucional, profissional e social. Cabe destacar ainda, que qualquer mudança em serviços de saúde precisa ser monitorada e acompanhada com estratégias do tipo pesquisa de implementação, que possibilitam identificar e corrigir dificuldades surgidas com a implantação da inovação.

Podemos concluir que, de acordo com a percepção dos coordenadores, o processo de implantação do AA tem características fortes, tais como: a ampliação de fato para novos usuários ao serviço de saúde; a customização do modelo, onde é possível moldá-lo de acordo com o perfil epidemiológico e social da área de abrangência da UBS; e ainda a necessidade de apoio técnico institucional para a implementação do modelo.

Estratégias utilizadas na implantação foram importantes, por exemplo as oficinas para o contato teórico com o modelo, apesar das diferenças de apreensão dos conceitos pelos coordenadores entrevistados.

As fragilidades internas do modelo, identificadas pelo estudo, são: a dificuldade de se modificar um modelo de acordo com a cultura de cada profissional; e ameaças, como a resistência ao modelo – expressa por falas de medo e insegurança dos profissionais e até boicote ao modelo.

No que se refere às oportunidades, a implantação do acesso contribuiu para melhorias aos processos, como: participação da equipe e comunidade na implementação; uso de ferramentas como gestão da clínica; análise de dados estatísticos (indicadores); uso de novas tecnologias; entre outros.

Entende-se pelo estudo que as UBS tiveram processos de trabalho diferentes, relacionados à implantação do modelo de AA e à ausência de diretrizes centrais padronizadas, o que pode ser uma das fraquezas do processo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abou Malham, S., Breton, M., Touati, N. et al. Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. BMC Nurs 19, 115 (2020).

<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z>

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saude Colet. 2012; 17(11):2865-75. doi:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990 set. 19.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E.

Legislação em Saúde). [acesso 2021 jan 26]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.

Chiavenato I, Sapiro A. Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Saúde da Família. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba (PR): SUS; 2014;

[acesso 2021 jan 26]. Disponível em:

http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005_06_14.pdf.

Degani VCA. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Finocchio Júnior J. Project Model Canvas: Gerenciamento de Projetos Sem Burocracia. São Paulo: Campos, 2013.

Fournier J, Heale R, Rietze L. "I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. *Healthc Q*. 2012; 15(10):64-8. doi: <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22763>.

Knight A, Lembke T. Appointment 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician*. 2013;42(3):152-6.

Lippman H. Same-day scheduling. *Hippocrates*. 2000; 2:49-53.

Litvak E, Fineberg HV. Smoothing the way to high quality, safety, and economy. *N Engl J Med*. 2013; 369:1581-3. doi: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1307699>.

Lopes PRR. O Centro de Atenção Secundária Integrado Viva Vida e Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. Belo Horizonte. [Apresentado no III Seminário do Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas de Santo Antônio do Monte; 2014 nov 12; Belo Horizonte].

Mccreadie K. A Arte da Guerra SUN TZU: uma interpretação em 52 ideias brilhantes. 1. ed. São Paulo: Globo; 2008.

Mendes AM. Escuta e ressignificação do sofrimento: o uso de entrevista e análise categorial nas pesquisas em clínica do trabalho. In: *Anais Eletrônicos do II Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho*; 2006; Brasília: Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho; 2006.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012. [citado 2021 jan. 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saúde Colet* 2012;17(3):621-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

Morgan CL, Beerstecher HJ. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(589):e498-e507.

Murray M. Improving patient access doesn't mean increasing workload [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2016 [cited 2021 jan 26]. Available from: http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=254.

Murray M, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *Rev JAMA*. 2003; 289(8):1035-40. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>.

Murray M, Davies M, Boushon B. Panel Size: How many patients can one doctor manage? *Family Practice Management*. 2007 Apr;14(4):44-51.

Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q [Internet]*. 1999 [cited 2021 jan 26];7(3):45-55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10620958/>.

Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag [Internet]*. 2000 [cited 2021 jan 26];7(8):45-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11183460/>.

Oliveiral MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

Peters DH, Adam T, Alionge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: What it is and how to do it. *Br J Sports Med*. 2014;48(8):675-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6753>.

Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis (Rio J)*. 2016; 26(1):87-111. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.

Rodrigues JN, Cardoso JF, Nunes C, Eiras R. 50 Gurus da Gestão para o Século XXI. 1. ed. Lisboa: Centro Atlântico; 2005.

Rogers A, Entwistle V, Pencheon D. A patient led NHS: managing demand at the interface between lay and primary care. *BMJ*. 1998; 316(7147):1816-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7147.1816>.

Salisbury C, Banks J, Goodall S, Baxter H, Montgomery A, Pope C, et al. An evaluation of advanced access in general practice: final report. Bristol: National Institute for Health Research; 2007 [cited 2017 Nov 02]. Available from: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1310-070_V01.pdf.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2012 [citado 2021 jan. 26];31(3):260-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268>.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. São Paulo: SEADE; 2021. [citado 2021 01 26. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.

Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: conhecimento, ferramentas e desafios. O mundo Saúde [Internet]. 2013 [citado 2021 jan. 26]; 37(2):176-84. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fisioterapia_nucleo_apoio_saude_familia.pdf.

Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3).

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID; 2004.

Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. Lancet. 2018;392(10160):2214-28. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0).

Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):663-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>.

Vidal TB, Rocha SA, Tesser CD, Harzheim E. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.197-235.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data da entrevista: ____/____/____

Nomes dos entrevistadores: _____

Nome(s) do(s) entrevistado(s): _____

Idade do Profissional: _____

Sexo: _____

Categoria Profissional: _____

Formação: _____ graduação/ pós-graduação: _____

Quanto tempo tem de formação? _____(anos)

Experiência na área de saúde:

- Tipo de serviço: _____ Anos: _____

Há quanto tempo trabalha nesta empresa? _____(anos)

Há quanto tempo atua nesta Unidade? _____(anos)

Experiência em APS: _____Anos

Cargo atual: _____

Tempo no cargo atual: _____

A UBS:

- número equipes: _____

- Composição de profissionais: _____

- características do território _____

- horário funcionamento _____

- Modelo de funcionamento: _____

Roteiro da entrevista

1. O que é APS para você?
2. O que é acesso na APS?
3. O que você pensa sobre o acesso avançado?
4. Como está organizado o acesso na sua UBS?
5. Como você avalia a forma como ele está organizado hoje?
6. Nesta nova forma de organização, como ocorre o monitoramento da atenção junto aos grupos prioritários (gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos)?
7. O que te motivou a fazer a mudança do acesso? Por que mudar o modelo de organização do acesso?
8. Quais resultados você esperava e espera com este processo?
9. Como ocorreu esse processo de organização? Conte-me o passo a passo, incluindo datas.
10. Você participou de algum processo formativo (curso, oficina, discussões) para realização do processo de mudança do acesso? Quem ofereceu (supervisão, coordenação, Einstein)?
11. Quais eram as suas expectativas no início do processo?
12. Quais foram os desafios nesse processo de organização?
13. Quais foram as facilidades?
14. Quais foram as pessoas-chave para isso acontecer?
15. Quais foram as resistências encontradas?
16. Quais foram as negociações necessárias para a mudança de organização do acesso acontecer?

17. Quais recursos/tecnologias você utilizou como suporte no processo de mudança do acesso?
18. Qual foi a reação dos médicos no processo de mudança?
19. Qual foi a reação dos enfermeiros no processo de mudança?
20. Qual foi a reação dos profissionais do NASF no processo de mudança?
21. Qual foi a reação dos profissionais de Odontologia no processo de mudança?
22. Qual foi a reação dos Auxiliares de enfermagem no processo de mudança?
23. Qual foi a reação dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de mudança?
24. Qual foi a reação dos Assistentes Técnicos Administrativos no processo de mudança?
25. Como foi a participação e reação da população?
26. Quais foram os aprendizados do processo?
27. Se você pudesse dar um conselho para quem irá iniciar agora a mudança da organização do acesso, o que você falaria?
28. O que mudou no modo de liderar no trabalho da “coordenadora/apoio/enfermeiro sênior” de antes do processo para agora?
29. Quais são os novos desafios após a implantação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROFISSIONAL

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **O papel da liderança na implementação do Acesso Avançado em Unidades Básicas de Saúde.**

O objetivo deste estudo é conhecer qual a percepção dos gestores das unidades de ESF sobre a implementação do Acesso Avançado nas unidades que gerenciam.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Sua identidade será preservada e mantida em sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso do Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. As orientadoras Professoras Doutoras Lislaine Aparecida Fracoli e Daiana Bonfim certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Denise Maria Campos de Lima Castro nos telefones (11) 976599643 ou (11) 999539643 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César – São Paulo, SP, CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São

Paulo, sito à Rua General Jardim, 36 – 8º andar, Vila Albuquerque – São Paulo, SP, CEP: 01223-010 Telefone – (11) 33972464/2465 e-mail: smscep@gmail.com .

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelas pesquisadoras e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome

Assinatura do Participante

___/___/___

Data

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 05 de maio de 2019.

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

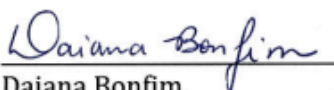
A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa **"Implantação do Acesso Avançado em Unidades de Saúde da Família : Processos e Resultados"** e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 2427/2013 de 12 de dezembro de 2013 que diz:

"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao CGP-Desenvolvimento da CRS-SUL, scaneado, o parecer do CEP de SMS.

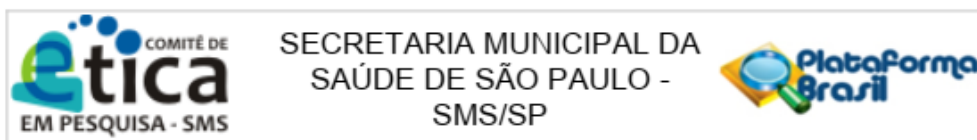
O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento-Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente


Daiana Bonfim
Pesquisador


Eluiz Elias Bueloni
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DE PESQUISA – SMS/SP



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROCESSOS E RESULTADOS

Pesquisador: Lislaine Aparecida Fracolli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10477319.1.3001.0086

Instituição Proponente: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.453.098

Apresentação do Projeto:

A proposição desta pesquisa que tem como finalidade apoiar e promover a implementação da estratégia de Acesso Avançado em uma região de São Paulo/SP, no contexto de um sistema universal de saúde. Além disso pretende-se aplicar e aprimorar os referenciais metodológicos das pesquisas de implementação, construindo consensos teóricos, indicadores de “medida” dos resultados e abrindo caminhos para estudos de eficácia comparativa das estratégias de implementação. Deste modo, considerando que com a análise dos processos de trabalho, em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade, bem como a importância de evidências de um primeiro contato bem-sucedido para apoiar e fortalecer como uma característica chave da APS, este projeto se propõe, no contexto de um sistema universal de saúde, com modelo de Estratégia de Saúde de Família, a responder as seguintes perguntas de pesquisa:

Quais são os potenciais e limites de implantação do Acesso Avançado em UBS e ESF na região do Campo Limpo ?

Como monitorar e avaliar o processo de implementação do Acesso Avançado nas UBS e ESF da região do Campo Limpo, através da pesquisa de implementação?

Quais são os obstáculos para implementação do Acesso Avançado nas UBS da supervisão Campo Limpo?

Quais efeitos/resultados não pretendidos apareceram nas diferentes UBS quando da aplicação do

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

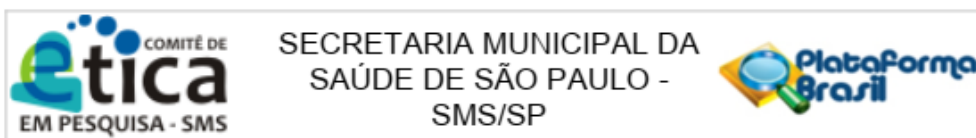
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.453.098

Acesso Avançado nas mesmas?

Quais os tipos de adaptações ao programa serão realizadas pelos implementadores nas diferentes UBS ?

A estratégia de Acesso avançado é sustentado pela organização?

Os usuários participaram e ainda participam das mudanças? Existem resultados individuais e impactos na saúde pública e/ou na região.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender o processo de implementação da estratégia do Acesso Avançado nas Unidades de Saúde;
- Analisar o processo de trabalho na realidade concreta da região do Campo Limpo;
- Aprender as contradições e as dinâmicas da prática que contribuíram para a mudança da realidade de acesso nas mesmas;
- Buscar evidências sobre a importância de primeiro contato bem sucedido para o fortalecimento dos indicadores de saúde da região;
- Analisar os Indicadores de qualidade do acesso avançado;
- Analisar as percepções dos usuários sobre as mudanças implantadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: Vila Buarque	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.453.098

autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

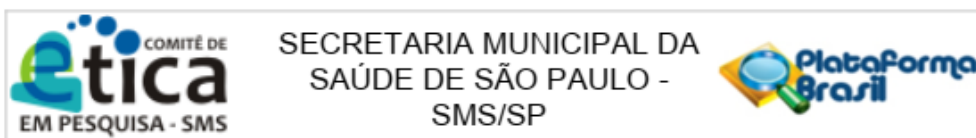
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1378844.pdf	12/07/2019 22:25:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_revisado1.docx	12/07/2019 22:24:46	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trabalhador_revisado1.docx	12/07/2019 22:24:19	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_apontadas_parecer_CEPSMS.docx	12/07/2019 22:23:54	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
Outros	autorizacao_coordenacao_saude.pdf	05/07/2019 23:29:58	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_revisado.docx	08/05/2019 16:42:16	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trabalhador_revisado.docx	08/05/2019 16:41:57	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_acesso_avancado.pdf	21/03/2019 15:18:06	Lislaine Aparecida Fracolli	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.453.098

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Julho de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com