

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FLÁVIA ANDRADE DOS SANTOS OLIVEIRA

Acesso Avançado em Unidade Básica de Saúde na  
perspectiva dos enfermeiros: desafios da mudança

São Paulo

2021

FLÁVIA ANDRADE DOS SANTOS OLIVEIRA

Acesso Avançado em Unidade Básica de Saúde na  
perspectiva dos enfermeiros: desafios da mudança

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação Mestrado  
Profissional em Enfermagem na Atenção  
Primária em Saúde no Sistema Único de  
Saúde da Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Atenção Primária  
no Sistema Único de Saúde  
Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dra. Sayuri Tanaka  
Maeda

São Paulo

2021

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

**Catálogo na Publicação (CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Oliveira, Flávia Andrade dos Santos

Acesso avançado em Unidade Básica de Saúde na perspectiva dos enfermeiros: desafios da mudança / Flávia Andrade dos Santos Oliveira. São Paulo, 2021.

102 p.

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sayuri Tanaka Maeda

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver uma vida leve ao lado de pessoas que tanto amo e que me apoiam em todas as decisões de minha vida. Agradeço pela minha saúde, pela minha vontade de estudar e estar sempre buscando ser uma enfermeira que faz a diferença na vida das pessoas.

À minha orientadora, Professora Dra. Sayuri, pelos ensinamentos, pelo estímulo, incentivo e contribuições que foram fundamentais para conclusão deste estudo. E a todas as pessoas que conheci nesta jornada, colegas e professores, alguns levarei para toda a vida.

A meus pais, sogros, irmãos, cunhados e sobrinhos, que são minha rede de apoio, sem eles minha jornada não seria possível.

Por fim, a meu marido Adriano, as minhas meninas Flavinha, Maria Luiza, Rafaela e Lola, por estarem sempre torcendo por mim, por me incentivarem e por fazerem parte de minha vida.

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”*

*Paulo Freire*

## RESUMO

A atenção primária representa para os usuários um dos pontos fundamentais no sistema de saúde, sendo eles o contato decisivo no acesso aos serviços de saúde. O Acesso Avançado surgiu, como resposta à necessidade de atender ao usuário no momento de sua procura pelo serviço facilitando o primeiro contato. Aplicando um princípio básico: “Fazer hoje o trabalho de hoje! ”. Os objetivos do estudo foram: caracterizar os perfis dos participantes, analisar as dimensões de força, fraqueza, oportunidades e ameaças da Matriz SWOT, sob a ótica dos profissionais enfermeiros; analisar a percepção dos profissionais sobre o acesso aos serviços de saúde, após a implantação do Acesso Avançado e produzir um vídeo explicativo sobre o modelo. A pesquisa foi realizada na Região Sul do Município de São Paulo e abrangeu dois distritos, Campo Limpo e Vila Andrade totalizando 361.766 habitantes. Envolveu 13 Unidades Básicas de Saúde, cuja gestão está sob a responsabilidade de uma instituição beneficente, parceira da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Contou com 16 participantes, variando de um a dois profissionais por unidade e adotou-se como critério de inclusão aqueles profissionais que tinham experiência de trabalhar antes e depois da implantação do Acesso Avançado; como critério de exclusão, os profissionais que estavam afastados ou não estavam presentes no momento da entrevista. A entrevista foi realizada por uma pesquisadora, valendo-se de um roteiro que abordava os seguintes aspectos: como se deu o processo de implantação, o papel dos profissionais na mudança, as relações entre os profissionais, gestores e usuários nesse processo, a capacidade de geração de respostas da equipe às demandas, possibilidade de aprimoramento do acesso e a evolução da concepção de acesso, após a implantação da nova forma organizativa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas para exame subsequente. O percurso da análise de dados baseou-se nas dimensões da Matriz SWOT - forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Os resultados quanto aos perfis mostraram que a totalidade dos enfermeiros dispunha da formação em pós graduação em Saúde da Família, tendo como com média de tempo de atuação de 9,5 anos. As dimensões, conforme a matriz SWOT revelaram mais fatores positivos (forças e oportunidades) do que fraquezas e ameaças. Como Forças: favorecimento e circunstância para capacitações, espaços de discussões interdisciplinares, atendimento no dia ou no dia seguinte, construção de clima organizacional para mudança. Oportunidades: inserção da população no processo de mudança e construção de redes de atenção à saúde. Fraquezas: maior tempo de espera para atendimento dentro da unidade. Ameaças: fragilidade socioeconômica da população, desconhecimento do modelo, desequilíbrio entre a capacidade de oferta e demanda. De fato evidenciou-se que o Acesso Avançado inovou ao facilitar o contato e a manifestação da necessidade da população. Favoreceu o envolvimento da população e dos profissionais na mudança, embora reconheça as condições socioeconômicas como desafios a serem enfrentados. Concluiu-se que o Acesso Avançado aprimora a prática colaborativa entre os profissionais, potencializando a capacidade criativa. A Matriz SWOT privilegiou uma análise abrangente, relacionando o ambiente interno e externo de forma a concentrar o trabalho das equipes nas necessidades da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Acesso aos Serviços de Saúde, Planejamento em saúde

## **ABSTRACT**

Primary care represents for users one of the key points in the health system, being the decisive contact in the access to health services. The Advanced Access emerged as a response to the need to meet the user at the moment of seeking the service, facilitating the first contact. Applying a basic principle: "Do today's work today! ". The objectives of the studies were: to characterize the participants' profiles, analyze the dimensions of strengths, weaknesses, opportunities and threats of the SWOT Matrix from the perspective of nursing professionals, analyze the perception of professionals about the access to health services after the implementation of Advanced Access and produce an explanatory video about the model. The research was carried out in the Southern Region of the city of São Paulo and included two districts, Campo Limpo and Vila Andrade, totaling 361,766 inhabitants. It involved 13 Basic Health Units, whose management is under the responsibility of a charitable institution, partner of the Municipal Health Secretary of the Municipality of São Paulo. It had 16 participants varying from one to two professionals per unit and it was adopted as inclusion criteria those professionals who had experience of working before and after the implantation of the Advanced Access; as exclusion criteria, the professionals who were away or were not present at the moment of the interview. The interview was conducted by a researcher using a script that addressed the following aspects: how the implementation process happened, the role of professionals in the change, the relationships between professionals, managers, and users in this process, the team's ability to generate responses to the demands, the possibility of improving access, and the evolution of the concept of access after the implementation of the new organizational form. The interviews were recorded, transcribed, and systematized for subsequent examination. The data analysis was based on the dimensions of the SWOT Matrix - strengths, weaknesses, opportunities and threats. The results regarding the profiles showed that all nurses had postgraduate training in Family Health, with an average of 9.5 years of work experience. The dimensions according to the SWOT matrix revealed more positive factors (strengths and opportunities) than weaknesses and threats. As Strengths: favorability and circumstance for training, spaces for interdisciplinary discussions, care on the day or the next day, construction of organizational climate for change. Opportunities: insertion of the population in the change process and construction of health care networks. Weaknesses: longer waiting time for care within the unit. Threats: socioeconomic fragility of the population, lack of knowledge about the model, unbalance between supply and demand capacities. It was evident that in fact, the Advanced Access innovated the access by facilitating the contact and the manifestation of the population's needs. It favored the involvement of the population and professionals in the change, although it recognizes the socioeconomic conditions as challenges to be faced. It was concluded that Advanced Access enhances the collaborative practice among professionals, enhancing creative capacity. The SWOT Matrix favored a comprehensive analysis, relating the internal and external environment in order to focus the teams' work on the population's needs.

**Keywords:** Primary Care, Access to Health Services, Health Planning

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1:** Benefícios relatados por Profissionais

**Figura 2:** Enfermeiros além do consultório

**Figura 3:** Matriz SWOT

**Figura 4:** Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Sul

**Figura 5:** Exemplo de uma agenda semanal de Equipe de Saúde da Família

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1:** Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde

**Quadro 2:** Síntese dos dez princípios do Acesso Avançado.

**Quadro 3:** Barreiras, facilitadores, soluções, resultados, competências e potenciais efeitos de ensinar AA.

**Quadro 4:** Perfil dos enfermeiros entrevistados

**Quadro 5:** Matriz SWOT final

## **LISTA DE SIGLAS**

AA-	Acesso Avançado
APS-	Atenção Primária à Saúde
ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
DCNT-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMSP-	Prefeitura Municipal de São Paulo
PSF-	Programa de Saúde da Família
PSE-	Programa de Saúde Escolar
SBIBAE-	Sociedade Brasileira Israelita Beneficente Albert Einstein
SMS-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde

# Sumário

## APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	1
1.1 O Enfermeiro na Atenção Primária	6
2.0 JUSTIFICATIVA	9
2.1 Objeto da Pesquisa	10
3.0 MARCO TEÓRICO	11
4.0 ACESSO AVANÇADO	15
5.0 OBJETIVOS GERAIS	18
5.1 Objetivos secundários	18
6.0 METODOLOGIA	19
6.1 A Escolha do Método	19
6.2 Local da Pesquisa	22
6.3 Participantes da Pesquisa	25
6.4 Instrumento para coleta de dados	25
7.0 ASPECTOS ÉTICOS	26
8.0 RESULTADOS	27
9.0 DISCUSSÃO	37
10.0 CONCLUSÃO	46
11.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
12.0 CRONOGRAMA DE ESTUDOS	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE I	57
APÊNDICE II	58
ANEXO I	60

## APRESENTAÇÃO

Graduei-me como Enfermeira em 2005 pela Universidade Federal de São Paulo. Tive a oportunidade de trabalhar durante os primeiros 5 anos no ambiente hospitalar, quando realizei o curso de especialização em Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.

Em 2009, iniciei minha carreira profissional na Atenção Primária no município de São Bernardo do Campo, onde permaneci até 2020. Concluí o curso de especialização em Saúde da Família e descobri-me apaixonada pelas possibilidades do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Participei da implantação do Programa de Saúde da Família e integrei a equipe de ESF, promovendo a formação de vínculo e proximidade com os usuários e membros da equipe. Conheci o Acesso Avançado, quando pela busca pela qualidade e melhoria do acesso à saúde o Município de São Bernardo do Campo iniciou a sua implantação em 2018, e isso despertou-me o desejo de aprofundar os estudos sobre o tema e suas implicações na organização dos trabalhos. Foi então que me inscrevi no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os resultados desta investigação podem contribuir para o aprimoramento de mudanças que visam a melhorar o acesso aos serviços de saúde e contribuir para o enaltecimento dessa modalidade de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de qualquer cidade que esteja disposta a encarar o desafio de mudança no modelo de acesso, além de transmitir impressões na visão dos profissionais enfermeiros, para quem deseje saber sobre sua atuação na Atenção primária na modalidade do Acesso Avançado. Atualmente, atuando em São Paulo ainda em Unidade Básica, continuo com a mesma paixão e inquietude frente aos desafios da Atenção primária.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é parte de um projeto maior intitulado: “Implementação do acesso avançado em unidades de saúde da família: processos e resultados”, financiado pelo CNPq, Processo n. 10477319.1.0000.5392

A pesquisa tomou como foco o acesso aberto aos serviços da atenção primária em saúde na perspectiva dos profissionais enfermeiros. O estudo aliado à implementação encontra-se em voga pela sua pertinência de potencializar o conhecimento, além de efetivar a prática no contexto da realidade. Conforme o título do projeto-matriz, empreende desvendar um tema essencial ao Sistema Único de Saúde (SUS): acesso, protagonizado pela atenção primária em saúde. O projeto é abrangente e envolve diversos temas de interesse ao SUS, visando a produção de conhecimentos, formação de profissionais em Pós-Graduação e desafios no enfrentamento na organização de trabalho e reordenamento de recursos produtivos.

No Brasil, a partir da década de 1990, particularmente, pela adoção da Norma Operacional Básica, afeta ao financiamento da Atenção Básica em saúde, admitiu-se essa denominação ao fazer referência ao primeiro ponto de atenção, como principal porta de entrada como rede SUS (GIOVANELLA, 2018). Na literatura nacional, embora haja trabalhos que defendam diferenças conceituais entre essas duas denominações, para o presente estudo adotou-se a Atenção Primária à Saúde.

Para Starfield (2004), a atenção primária é o nível de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para atender às necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe.

Para que aconteçam as ações de saúde é necessário o estabelecimento de um primeiro contato entre usuário e profissionais de saúde. Esse encontro deve ocorrer, sobretudo, na atenção primária à saúde, tornando-se esta uma das principais portas para a assistência à saúde. Tal arranjo é apontado, como caminho para consolidação do SUS e vem sendo apoiado e influenciado pela Organização Mundial da Saúde. Esta realidade é determinante para a

organização do SUS, mas, para que ocorra, há que se garantir a construção contínua da acessibilidade e do acesso aos serviços de saúde (WHO, 2008).

Acesso envolve todos os níveis de serviços de saúde extrapolando o primeiro nível de atenção; no entanto, existem barreiras aos usuários, como filas para marcação de consulta e atendimento (ABREU 2012). O autor relata que o acesso aberto ou avançado em relação à organização da marcação tradicional, interveio para redução do agendamento a longo prazo e diminuiu o tempo de espera para consulta médica. Reforça ainda que este sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas na Atenção Primária à Saúde, além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que podem ocorrer no cotidiano dos serviços.

Em relação à organização da rede de saúde, sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde ao dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. (ABREU, 2012). Portanto, acesso é um ponto fundamental para a construção do cuidado em rede.

Em seu livro de 2015, Mendes analisa que os problemas de acesso estão no modelo de gestão da oferta praticado nas organizações de saúde públicas e privadas brasileiras que pressupõe, equivocadamente, que os desequilíbrios entre oferta e demanda devem ser respondidos com foco no incremento da oferta. Deixando mais claro, o senso comum acredita que quanto mais médico disponível para determinada população mais acesso à saúde ela terá. Mas essa forma de resolver problemas de acesso, realizada sem muito estudo, leva ao crescimento de serviços que aumentam a ineficiência e não impactam favoravelmente os níveis de saúde da população. Isso foi ineficiente, conforme Mendes no mundo inteiro e deve ser substituído por um modelo de gestão da saúde da população que procura responder às necessidades das pessoas usuárias e que propõe um equilíbrio da oferta e da demanda com ações do lado da demanda e da oferta, mas iniciando-se, sempre, pela racionalização da demanda.

Recentemente, vêm-se pautando no Acesso Avançado (AA), buscando assegurar o atendimento como forma de inovar a organização de trabalho na atenção primária baseado no princípio de *“faça o trabalho de hoje, hoje mesmo”*, para concretizar o primeiro contato profissional e o usuário.

O Acesso Avançado (AA) é um sistema de agendamento médico que consiste em agendar os usuários para serem atendidos pelo médico no mesmo dia ou na mesma semana após o contato do usuário com o serviço de saúde, diminuindo o tempo de espera por uma consulta, diminuir o número de faltas às consultas médicas e aumentar o número de atendimento da

população. Podendo ainda gerar consultas mais rápidas e resolutivas. O AA amplia o acesso à demanda espontânea ao mesmo tempo em que organiza o atendimento dos grupos prioritários, além de fechar a lacuna no tempo entre oferta e demanda, entre a demanda rotineira e a demanda urgente, e para isso adota uma estratégia oposta a outros tipos de agenda que deixam o trabalho para o futuro, no modelo do AA a capacidade de trabalho do futuro está protegida pois o trabalho de hoje é realizado no presente (MURRAY; BERWICE, 2003).

Nessa lógica, o Acesso Avançado é uma inovação altamente recomendada para melhorar o acesso à Atenção Primária, incluindo qualidade e acesso ao cuidado, (MURRAY; BERWICE, 2003).

No Brasil, sabe-se que conta com excelentes iniciativas de profissionais no processo de implementação de prática de AA em suas unidades básicas, ainda que se encontre em fase de sistematização do mesmo para serem divulgados seus resultados.

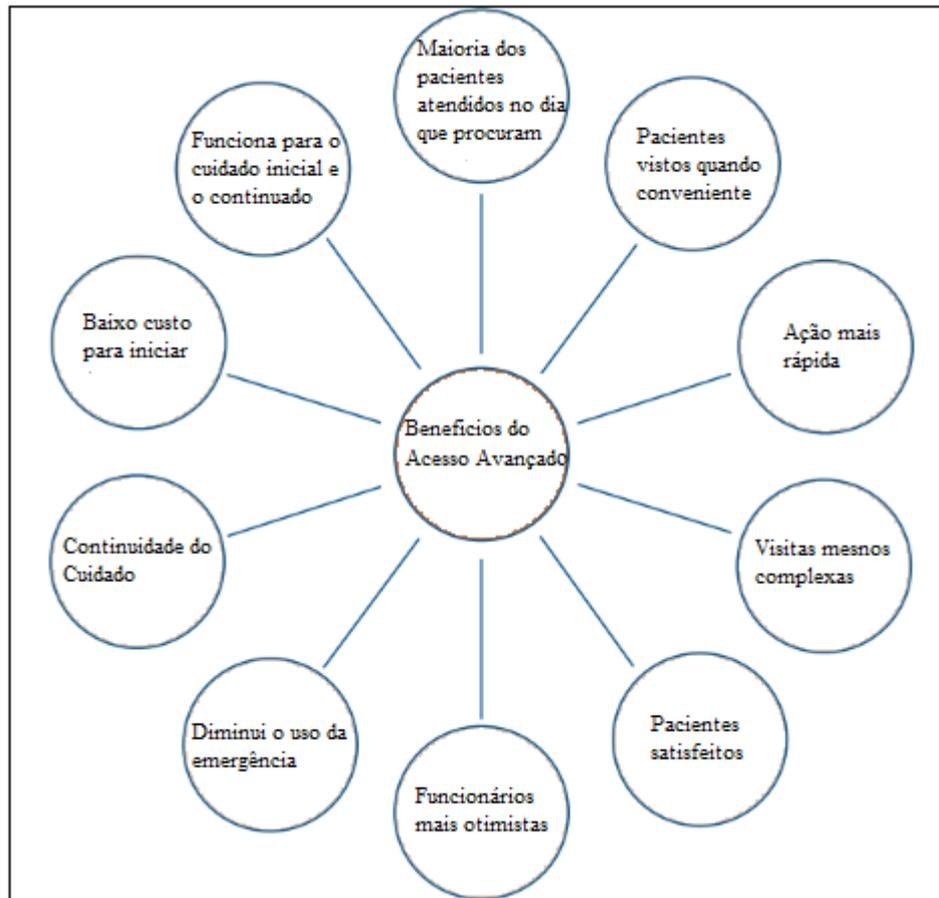
Em Florianópolis-SC, diversas unidades básicas trabalham há alguns anos com agendas de consultas para o mesmo dia, dia seguinte ou no máximo uma semana. Em São Paulo, em uma comunidade da periferia, a organização do acesso avançado já está acontecendo e com resultados satisfatórios. A equipe trabalha no formato “Faça o trabalho de hoje, hoje!” em que a agenda tem 65-75% das vagas para o mesmo dia com grande capacidade de oferta de consultas. Em uma Clínica da Família da Zona Sul do Rio de Janeiro, o acesso avançado tem reduzido filas e tempo de espera para o atendimento: 65% da agenda para atendimento do dia, taxa de absenteísmo muito menor do que em modelos anteriores, 5% de encaminhamentos, 83% das consultas com o médico da área de abrangência e 88% dos usuários referem-se satisfeitos/muito satisfeitos com o serviço ofertado (WOLLMANN et al, 2014).

Um artigo de Pires Filho LAS et al (2019), mostra resultados muito satisfatórios, após a implementação do AA em um UBS de Ribeirão Preto-São Paulo, onde houve redução expressiva no número de faltas a consultas, aumento no número de atendimentos, aumento no número de encaminhamentos e diminuição importante na espera por consultas. No entanto, questiona-se, a qualidade do cuidado e a garantia da longitudinalidade perante o AA e sugere estudos mais longos para avaliar tais quesitos.

Um estudo caso-controle de Salisbury et al (2007), desenvolvido na Inglaterra que comparou unidades com AA e sem AA, mostrou que a espera por consultas com qualquer médico diminuiu expressivamente com o AA, comparadas com as práticas controle, o número de atendimento oferecido também aumentou, porém não se observou diferenças na continuidade do cuidado e na redução da carga de trabalho dos profissionais. Em contrapartida, um estudo do Canadá de Hudec *et al*, publicado em 2010 que avaliou os efeitos na satisfação

dos profissionais e pacientes após o AA, mostrou benefícios em comum (FIGURA 1) e ainda relata dificuldades mínimas em sua implantação, facilidade e flexibilidade do modelo.

FIGURA 1: Benefícios relatados por Profissionais, HUDEC, MACDOUGALL, RANKIN, 2010



Adaptado de HUDEC, MACDOUGALL, RANKIN, 2010

Implantar o acesso avançado em uma unidade de saúde demanda capacitação, disposição e mudança de postura de funcionários e usuários. Não se trata de transformar a Atenção Primária em um Pronto-Socorro. Conforme MURRAY, BERWICE, (2003), as principais barreiras são psicológicas, porque vão contra as crenças sobre os sistemas de agendamentos, e o que pode ser alcançado com os recursos na mão. O medo da mudança e a falta de confiança que os recursos existentes possam atender à demanda de cuidados também são barreiras a serem enfrentadas.

O processo de mudança, porém, pode causar o que Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho (2009), chamam de Sofrimento Moral que é entendido como dor ou angústia que afeta a mente,

corpo ou as relações no trabalho, em resposta às responsabilidades que o profissional apresenta frente a conflitos e toma decisões diferentes de como gostaria. Alguns aspectos são tidos como desencadeadores do Sofrimento Moral e estão presentes em um processo de mudança são: dificuldades do cotidiano de trabalho, como problemas na organização do serviço, as políticas organizacionais, pouca autonomia profissional, falta de tempo e recursos, e a sobrecarga de responsabilidades (RUTTENMEYER, 2012). Conforme Barlem et al. (2013), quando os profissionais baseiam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde e da enfermagem, parece que estão mais protegidos em suas decisões, o que pode favorecer a si próprio e ao paciente. Sendo assim, os questionamentos do cotidiano de trabalho, são uma opção benéfica, buscando construções e mudanças para práticas que possam estar criando barreiras e não acesso.

Conforme Witt (2006), com a implementação do AA é imperativo que todos os sistemas dentro da unidade de saúde funcionem de forma eficiente e que a prática facilite e otimize o trabalho de todos os membros da equipe. As consultas precisam ser rápidas e eficientes, os processos devem ser claramente compreensíveis por todos da equipe. Manter o sucesso do AA também se torna um desafio, manter a equipe motivada e aberta a adaptações que facilitem o trabalho, avaliações periódicas, usando indicadores (taxa de absenteísmo, relato de profissionais e pacientes, avaliar a resolubilidade das consultas, etc.).

Para Mendes (2012), a ESF é o ambiente de uma organização de saúde onde convivem diferentes culturas. Por exemplo, os médicos estão concentrados nos diagnósticos e tratamentos, os enfermeiros no cuidado das pessoas usuárias, o gestor na ordem burocrática, os assistentes sociais na proteção social, etc. Dentro dessas culturas, há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o *status quo* e a noção de afiliação grupal. Assim, esse sentimento de pertencimento a um grupo social é inerente à necessidade humana e nutre-se por meio de complexos processos sociais e culturais em que o principal veículo é o uso do ritual, que é uma forma de ação simbólica que serve para comunicar informação sobre os valores e os padrões culturais. Em momentos de mudança, os rituais que deram segurança já não são adequados e surgem a ameaça e a insegurança. Sendo assim, a mudança não é um processo horizontal simplesmente. Há desdobramentos e percepções na prática que necessitam ser valorizadas para seguimento no processo de mudança que visa a um objetivo em comum às várias culturas, que no caso atuam junto na ESF. A maioria dos estudos encontrados descreve resultados do exterior, o que será explicado adiante.

## 1.1 O Enfermeiro na Atenção Primária

Ao contrário do que o senso comum pensa, a APS é um sistema complexo e com capacidade de intervenções em muitos âmbitos da saúde. O complexo define-se em um número de variáveis envolvidas em processos, sendo nesse sentido necessário intervir em dimensões biológicas ou orgânicas de risco ou doenças e encarar riscos subjetivos e sociais. Muitas vezes, é preciso pensar nessas dimensões, além do momento de atendimento, o que difere as consultas na APS. A proximidade com as famílias e a comunidade pode facilitar algumas intervenções, mas podem também demonstrar fragilidades nas tomadas de decisões. Um outro aspecto nas consultas de atenção primária é a possibilidade de vínculo com os usuários, o que muitos autores consideram, como um fator que aumenta a eficácia de uma intervenção proposta. Assim, a clínica na APS deve ser ampliada, iniciando sua atuação no núcleo biomédico, chegando nos aspectos subjetivos e sociais de cada paciente assistido.

A consulta seja ela do médico ou do enfermeiro, quando realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde tem uma série de especificidades que as tornam diferentes das consultas realizadas em ambulatórios ou em hospitais, (NUNES, 2005).

A consulta de enfermagem faz parte de um rol de atividades desses profissionais, e com o AA implantado eles precisam estar prontos para atender aos usuários em todo o ciclo de vida, puericultura, gestantes, hipertensos e diabéticos, idosos, além de pequenos procedimentos, todos sem muita programação, já que o paciente não está com consulta agendada. A Consulta de Enfermagem diferencia-se, pois é “uma atividade independente, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa” (MACHADO et al., 2005). A consulta de enfermagem, considerada como uma das principais ações da prática assistencial do enfermeiro e um espaço para vinculação e cuidado, tem potencialidades para ampliação do acesso e resolutividade na APS (LOWEN, et al., 2017). No entanto, os enfermeiros assumem ainda atividades administrativas dentro das unidades como supervisão de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde, educação permanente, controle de insumos e vigilância, entre outros. Esse acúmulo de responsabilidades, de algum modo, afeta a qualidade do atendimento prestado. Oliveira et al. 2012, mostram que outros fatores podem interferir na qualidade de atuação do enfermeiro, a grande demanda por atendimento nas unidades, a questão do espaço físico e materiais para a realização das mesmas.

Starfield (2002), enfatiza ainda quatro características da APS que norteiam o trabalho dos profissionais: a acessibilidade, a continuidade ou longitudinalidade do cuidado, a

integralidade e a coordenação do cuidado. A última pode se complementar com a integralidade que trata de assumir responsabilidade por todos os problemas de saúde enfrentados por uma população, assim em um cuidado coordenado, quando um usuário é encaminhado a outro setor de atenção, seja ele um especialista ou um hospital, entende-se que a equipe não encaminhou o usuário e ficou livre dele, a equipe responsabiliza-se pelo sujeito, mesmo quando está compartilhando seu cuidado.

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde, no geral, deve considerar o plano simbólico: ato de cuidar da vida, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. Assim, toma como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Ainda conforme Merhy, o trabalho em saúde é um trabalho “vivo no ato” (que tem a capacidade de gerar produtos no momento em que acontece, e vincula-se com quem o produz), vale ressaltar que esse trabalho em saúde interage com diversas tecnologias, podendo ser processos criativos, como os trabalhos ou mais presos à lógica (instrumental ou máquinas). Considera-se que várias tecnologias são utilizadas durante um atendimento médico ou do enfermeiro, a sala disponível, a organização do atendimento, os materiais e instrumentais disponíveis, o saber técnico e o vínculo com o paciente. Coelho (2009), refere-se ao vínculo, como uma tecnologia leve das relações no âmbito da Atenção Primária, partindo do princípio de que os profissionais devem estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorrendo uma interação geradora de “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do dia a dia nas consultas.

Considerando que o processo de trabalho na Atenção Básica está pautado, entre outros, pelos princípios da integralidade e equidade, às ações desenvolvidas, como consultas individuais, visitas domiciliares e/ou grupos de orientação à comunidade, ações de vigilância à saúde, influenciando nos diferentes momentos do processo saúde-doença buscando a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa e reabilitadora com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população adscrita, a ESF existe para reorganizar os cuidados em saúde, centrando os mesmos na família, e o AA vem para facilitar o acesso ao serviço de saúde para essa população. No entanto, a enfermagem, cujas práticas devem estar sintonizadas às demandas e necessidades dos seus territórios, se vê diante de muitos limites, seja em termos de recursos e tecnologias, estruturais, organizacionais ou mesmo na formação do profissional, ainda com grande enfoque assistencialista.

Um estudo sobre a implementação do AA na prática geral de 2006 (GOODALL et al., 2006), identificaram estratégias para melhorar o acesso ao serviço de saúde que ia além dos consultórios das clínicas (Figura 2), e demonstram um pouco da prática dos enfermeiros no AA naquele estudo que ainda de 2006 mostra-se atual e relevante aos dias atuais.

Figura 2. Enfermeiros além do consultório

- Aconselhamento por telefone para novas consultas,
- Consultas telefônicas planejadas para consultas de acompanhamento,
- Medidas específicas para reduzir o acompanhamento,
- Triagem de telefone por generalistas,
- Triagem de telefone por enfermeiras,
- Triagem de telefone para visitas domiciliares,
- Enfermeiros atendem consultas iniciais para doenças leves,
- Redirecionar a carga de trabalho dos generalistas para os enfermeiros,
- Consultas e esclarecimentos por e-mail,
- Conselhos sobre autocuidado no site da instituição

fonte: Goodall et al., 2006

A respeito da atuação do enfermeiro no acesso avançado faz-se necessário entender que ela não é restrita ao ambiente do consultório. E, ainda, o acesso à saúde não é apenas acesso às consultas (médicas ou de enfermeiros). No âmbito da APS, o acesso à saúde acontece de várias maneiras: sala de vacina, grupos, ações de vigilância, PSE, visitas domiciliares, procedimentos e também consultas. O enfermeiro trabalha ainda em uma lógica de escuta e valorização do cuidado e respeito, criando vínculos, facilitando a entrada no serviço de saúde. Portanto, a atuação do enfermeiro não pode ser pautada no fazer técnico centrada na produção e baseada somente em doenças.

## 2.0 JUSTIFICATIVA

Diante da universalidade, integralidade e equidade do SUS, a Atenção Primária à Saúde e acesso são balizas organizativas dos serviços de saúde; e norteiam o planejamento de ações de saúde.

Murray, Berwick (2003) observam em um estudo, em uma clínica pioneira para o AA (Kaiser Permanente) que à ida a unidade por paciente caiu 10% após o AA engrenar. Um outro estudo, Witt (2006), diz que o AA pode impactar positivamente na satisfação dos pacientes, eles procuram o serviço de saúde, quando eles querem ou quando precisam, não havendo necessidade de procurar muito tempo antes da consulta.

Belardi, Weir, Craig (2004), em um estudo onde compararam implementação do acesso avançado com o modelo tradicional de agendamentos de consultas em uma Clínica de Família no Canadá, obtiveram como resultado em 15 meses, diminuição das taxas de absenteísmo nas consultas, melhora na continuidade do cuidado com o médico de referência; diminuição no tempo de espera para se obter uma consulta, diminuição nas consultas de urgência, aumento no número de consultas médicas/turno, número de pacientes por médico. Designou-se acesso avançado, quando 75% dos agendamentos eram realizados no dia e 25% eram realizados previamente. O agendamento tradicional tinha 40-50% de agendamentos prévios e o restante de agendamentos-dia. A duração de tempo das consultas no acesso avançado era 15 minutos por consulta, podendo o médico aumentar o tempo ou diminuir, conforme a necessidade do paciente. O tempo de espera médio para se obter uma consulta no modelo acesso avançado foi 5 dias, enquanto no modelo tradicional foi 21 dias.

Para Malham et al. (2018), o AA garante que o paciente obtenha sua consulta na data e hora conveniente para ele, em um período de tempo apropriado para sua condição enquanto responde de um melhor modo a suas expectativas.

Observou-se que a maioria dos estudos pesquisados para a produção deste estudo são voltados para buscar resultados sob a lógica do paciente e do usuário do sistema de agenda aberta. Pouco se encontrou pesquisas que mostrassem se os trabalhadores (médico e enfermeiro) estavam satisfeitos com o novo modelo ou se tinham alguma sugestão de melhoria. Coelho (2009), refere-se que a forma como o serviço está organizado tem influência nas ações dos trabalhadores, e que processos de trabalho fragmentados e causadores de insatisfação dificultam as relações entre trabalhadores e usuários além de interferir no trabalho em equipe assim como no preparo para lidar com questões subjetivas presentes nas práticas de saúde. Além

disso, nos estudos internacionais utilizados para a construção deste projeto observou-se que todos os trabalhos produzidos visam a melhorar a agenda do profissional médico, no entanto, no Brasil a atenção primária admite uma lógica de trabalho multiprofissional, na qual o enfermeiro tem papel fundamental, assim como outros profissionais da área da saúde realizar consultas é uma de suas atribuições. (PNAB, 2012). Diante dessa realidade prática, centrou-se em consultas médicas e de enfermagem, como norte deste estudo.

Refletindo sobre o que já foi exposto até aqui, percebe-se que a mudança na forma de trabalho é essencial para adaptação à necessidade crescente de busca pelo acesso à saúde. Mendes (2012), afirma que o mundo de hoje está em permanente mutação. Sendo assim existem três opções: ignorar a mudança, mantendo-se na zona de conforto; lutar contra a mudança ou aceitar a mudança e aderir a ela. No entanto, tenta-se resistir às mudanças até o momento em que a mudança é imperativa à continuidade de um processo.

Deste modo, este estudo se faz importante, pois um dos maiores desafios em um processo de mudança de trabalho e cultura é o desenvolvimento do respeito e entendimento mútuo da equipe, demandando, tempo e energia para conhecer o que os atores pensam e quais papéis desenvolvem além de suas sugestões de melhoria na oferta de atenção à saúde.

## **2.1 Objeto da Pesquisa**

O Acesso Avançado como forma de organizar o trabalho na APS ainda está em estruturação e faz-se necessário conhecer o impacto disso na organização de oferta de consultas e na prática da enfermagem. A prática intensa do dia a dia impede que os profissionais conheçam o efeito desse empreendimento conjunto. Assim, uma inovação no modo de produção das consultas ofertadas deve promover um meio de mensurar os fatos positivos como os negativos para um aprimoramento contínuo.

Diante disso, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais foram os aspectos positivos e as barreiras que repercutiram na implementação desse serviço na ótica dos enfermeiros?

### 3.0 MARCO TEÓRICO

A conferência de Alma-Ata definiu a APS, como “cuidados essenciais” baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável às comunidades e aos países, à medida que se desenvolvem em um espírito de autonomia e autodeterminação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 2008). Dessa definição, surgiram conforme Mendes (2015), elementos essenciais da APS: a educação em saúde, o saneamento básico, o programa materno-infantil, junto ao programa de imunização, prevenção de endemias, tratamento das doenças mais comuns, fornecimento de medicamentos, e promoção de alimentação saudável. Visto isso, observa-se que hoje a atenção primária é mais do que a porta de entrada no sistema de saúde, porém mesmo assim é ainda o local onde o usuário tem o primeiro contato com o serviço de saúde na maioria das vezes.

Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS (ABREU, 2012). As dificuldades de acesso estão sempre em evidência nos estudos sobre o assunto, sendo essas barreiras: os fatores socioeconômicos, as barreiras geográficas e os relacionados à oferta de serviços na rede básica de saúde.

A acessibilidade está diretamente relacionada: às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários, à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento, à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. A acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde (ABREU, 2012). Sendo assim, o acesso vai além da concepção simples de entrada ao serviço. O acesso é um dispositivo de transformação de realidades e conforme ABREU, (2006) está pautado em várias dimensões, como nos dados do quadro 1.

Quadro 1: Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde

<b>Acesso aos serviços de saúde</b>			
Dimensão econômica	Dimensão técnica	Dimensão política	Dimensão simbólica
Equidade; racionalização; relação entre oferta e demanda.	Planejamento; organização; regionalização; hierarquização; definição de fluxos; qualidade; resolubilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; conformação histórica do modelo de atenção à saúde; participação da comunidade.	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.
<b>Totalidade concreta</b>			
Buscar o equilíbrio na relação oferta / demanda	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada	Desenvolver a consciência sanitária e a organização popular	Abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde
<b>Universalização do acesso aos serviços de saúde</b>			

Fonte: Abreu, 2006

Segundo JESUS (2006), as dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta teriam que ser alicerçadas no princípio da Equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. Para isso é imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que se materializam na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade: em relação oferta/demanda; na maior aproximação da realidade, na organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde; na maior capacidade de emancipação com a produção de sujeitos sociais individuais e coletivos capazes de impulsionar a história na direção da transformação; e, em maior compreensão dos elementos subjetivos no momento de determinar as atividades para intervir sobre o processo saúde-doença e sobre as organizações de saúde, consideradas complexas por natureza.

Ainda conforme Abreu (2012), o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Em sua revisão de literatura, ele listou as dimensões do acesso que foram mostradas anteriormente, além de analisar o conceito de acesso de outros autores.

A respeito do conceito de acesso, é necessário clarear alguns pontos ainda obscuros, como acesso e utilização e sobre suas dimensões.

A crescente participação das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que as pessoas usuárias têm uma participação protagônica neste tipo de cuidado, indica a necessidade de o acesso aos serviços incorporar propostas, como a atenção centrada na pessoa e a gestão da saúde da população e dos novos modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2015). Além disso, o autor reforça que acesso à saúde não pode ser caracterizado somente como acesso a consultas médicas, embora para o senso comum isso é acesso. Mendes relata que esse problema identificado pela população brasileira interage com um conjunto de fatores associados, como a concepção da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional, operando de forma interdisciplinar, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, a ausência de modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc.

Giovanella e Fleury (1996), afirmam que, embora a concepção de saúde na Constituição considere o processo saúde/enfermidade em suas determinações econômicas, sociais e políticas, é dever do Estado em relação à saúde, a ampliação do acesso à atenção, provendo um maior número de pessoas, um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde.

Toma-se como base para a construção desse projeto a dimensão simbólica do acesso, conforme Giovanella e Fleury nos remetem sobre o modelo das representações sociais, isto é, assumindo uma realidade mediada pela ordem simbólica e subjetiva de cada indivíduo no conjunto de suas relações e representações junto à sociedade. Para Minayo, o caráter coletivo das representações sociais aproxima-se muito do senso comum e revela seu potencial transformador. Ela ainda apresenta o processo saúde-doença como resultado da expressão social e individual das contradições sociais. Abreu, diz que a dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde, entendida a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços, revela, portanto, uma tensão-contradição entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, estabelecida, como um divisor de águas para discuti-lo, no tocante às dimensões específicas da acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Trata-se de uma ideia ampliada do processo saúde-doença, complementada por elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, que reforçam o papel dos sujeitos e de suas representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum. Nesse sentido, a ESF insere-se como importante

elemento de atuação próximo ao simbólico, pois é um componente da realidade em que se trabalha, tornando importante conhecer a percepção do mundo, as ideias, desejos e dificuldades que implicam no acesso à saúde, sobretudo frente a um novo modelo de atendimento. A ampliação do acesso à atenção em sendo implementada por meio de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que busam unificar e descentralizar a atenção à saúde, fortalecendo, assim, o Sistema Único de Saúde.

Reconhece-se a importância do estudo das questões do acesso, quando se tem documentado os benefícios de uma APS mais forte e provendo mais acesso à saúde de seus usuários, assim como relatado em um estudo de MACINKO, STARFIELD, (2003), e MENDES (2015). Tal estudo mostrou que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico tinham uma APS mais forte, reduziram os anos de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil, além de concluírem que os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado.

## 4.0 ACESSO AVANÇADO

O Acesso Avançado surgiu como uma nova tecnologia, tendo como premissa aumentar o acesso aos serviços de saúde na atenção primária. Em 2000, com Murray e Tantau em seu estudo no Nordeste da Califórnia, EUA, onde o tempo médio para conseguir uma consulta médica era 55 dias. Foi realizada uma reformulação na agenda médica do local onde os pacientes eram atendidos no mesmo dia e por seu médico de referência. Em menos de um ano, após a implementação do AA, o tempo médio de espera por uma consulta era 1 dia apenas, além de ter aumentado a satisfação dos pacientes e da equipe.

Os dados do quadro 2 mostram dez princípios do AA, adaptado de um estudo de Bundy, *et al.* de 2005, onde foi usada para nortear a implantação do AA em quatro clínicas de família em um estudo piloto na Carolina do Norte nos EUA.

Quadro 2. Síntese dos dez princípios do Acesso Avançado.

Princípio	Exemplos
1. Equilibrar a oferta de consultas com a demanda de pacientes	Verificar a quantidade de consultas que poderá oferecer contando com férias, e outras atividades fora do consultório e demandas administrativas.
2. Reduzir as filas de espera	Verificar o que está em atraso, se pode ser planejado e o que realmente não pode esperar, usar tempo livre para outras demandas
3. Reduzir os agendamentos por tipos de consultas	Não separar os atendimentos por tipo, por ex. consultas de diabético e hipertenso toda segunda de manhã. Manter um padrão por ex. de 20 minutos por consulta por paciente.
4. Ter um plano para contingência	Aumentar a capacidade de atendimento em tempos previsíveis de aumento de procura. Ex. segunda-feira retorno de feriado.
5. Reduzir demandas futuras	Maximizar a capacidade de resolução para Diminuir a futura demanda. Manter possibilidade de retorno.

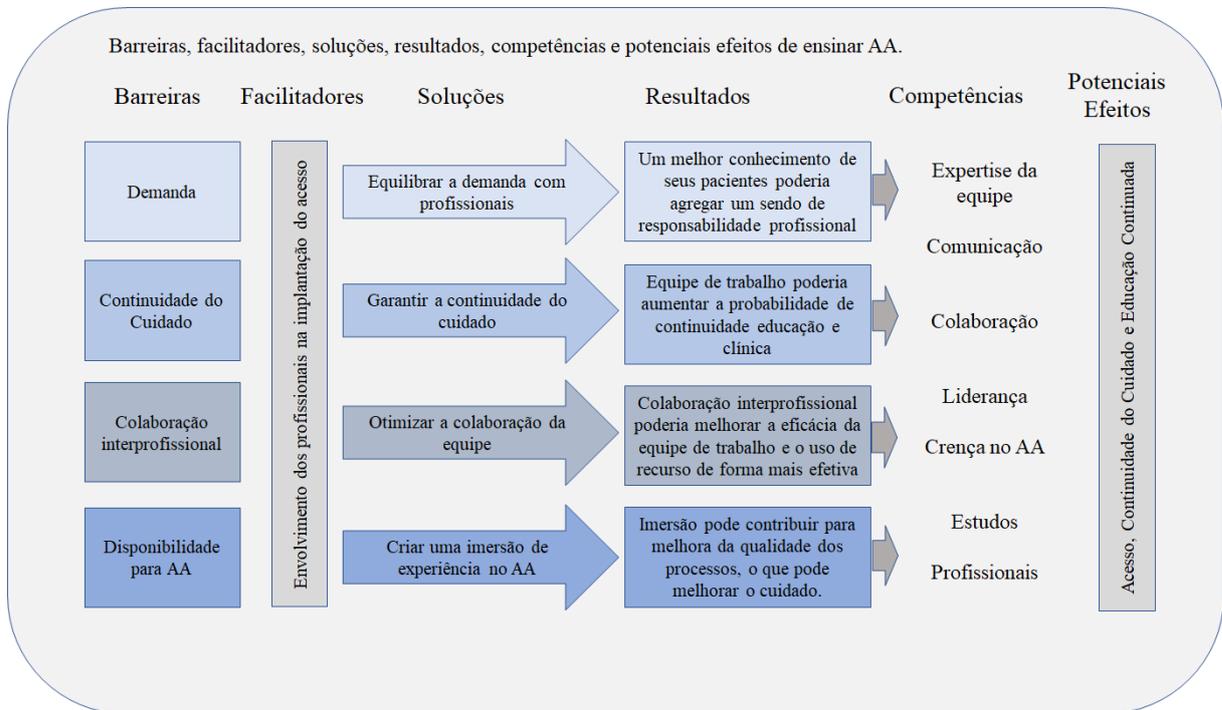
6. Gerenciar os gargalos	Identificar os gargalos no funcionamento da unidade, tirar e programar o trabalho desnecessário desses gargalos, por ex. laudos, resultados de exames, check-up.
7. Sincronizar o paciente, o provedor e a informação	As consultas sempre que possível deverão ser confirmadas via telefone, os primeiros atendimentos devem começar no horário.
8. Prever e antecipar as necessidades do paciente	Para evitar novo atendimento tão cedo.
9. Otimizar os consultórios e providenciar equipamentos	Todos os consultórios devem estar preparados para atender a todo ciclo de vida. Manter estoque de suprimentos perto do profissional.
10. Pensar no fluxo dentro da unidade	Como o paciente chega dentro do consultório, quem leva o prontuário, onde será lançada a produção. Existe muito tempo de espera?

Fonte: adaptado de Bundy et al., 2005.

O que se encontra em quase todos os estudos sobre o tema não é diferente no estudo de Witt (2006); é “faça o trabalho de hoje, hoje”, além de simplificar os tipos de atendimentos, maximize a capacidade diária para que a maioria das pessoas que procurarem atendimentos sejam atendidas hoje, reavalie sua demanda e sua capacidade.

Hudon *et al.*(2019), publicaram um artigo sobre a implementação do modelo de acesso avançado em uma rede de ambientes acadêmicos, para identificar soluções ao ensino de acesso avançado a residentes de medicina da família. De acordo com o estudo, o ensino de AA inclui vários facilitadores e efeitos potenciais. Os resultados do estudo são relacionados para a prática do ensino de AA durante a residência, e mostraram benefícios, além da implementação de acesso avançado e identificação de desafios e soluções ao ensino deste modelo. Para explicar tal ação criou-se um quadro adaptado demonstrando que o resultado final de ensinar o AA é benéfico ao usuário.

Quadro 3. Barreiras, facilitadores, soluções, resultados, competências e potenciais efeitos de ensinar AA.



Fonte: Hudon *et al.*, 2019

No geral, o estudo contribuiu para a construção de capacidade de liderança, catalisou a implementação de métodos avançados de acesso e ajudou a mitigar desafios, compartilhando soluções que foram fundamentais ao ensino de modelo de acesso para residentes de medicina da família. Esforços da liderança enfatizaram a importância de vários componentes-chave, a fim de implementar com sucesso o AA em uma grande rede de ambientes acadêmicos de atenção primária. Estes incluíam treinamento de gestão de mudanças, pensando juntos, e adesão de todas as partes interessadas. Outros componentes importantes foram co-construção de conhecimento experiencial, feedback oportuno, suporte de um participante do comitê, e fornecimento de algumas ferramentas.

Um outro estudo, uma revisão sistemática de Ansell *et al.* (2017), afirmam que pacientes ficam mais satisfeitos quando o tempo de espera por uma consulta é menor, relata ainda que o tempo de espera por uma consulta na APS desempenha um papel importante em redução de taxas de mortalidade e que ações para diminuição do tempo de espera por uma consulta incluem : acesso avançado, atendimento por enfermeiros, chamadas telefônicas para consultas de acompanhamento e redirecionamento da carga de trabalho do clínico geral. Em tal revisão sistemática, foram encontrados 11 estudos, que satisfaziam os critérios de inclusão, e o AA foi

citado nos onze estudos como intervenção eficaz para redução no tempo de espera por consultas.

## **5.0 OBJETIVOS GERAIS**

Analisar a implementação do Acesso Avançado na organização do trabalho em atenção primária sob as categorias analíticas da Matriz SWOT e na visão dos profissionais enfermeiros.

### **5.1 Objetivos secundários**

- a) Caracterizar os profissionais participantes na pesquisa;
- b) Analisar as dimensões de oportunidades e ameaças, fortalecimentos e fraquezas conforme a metodologia de análise na perspectiva dos profissionais;
- c) Identificar o que os profissionais enfermeiros entendem como acesso à saúde depois da implantação do AA;
- d) Elaborar um vídeo explicativo sobre a oferta de serviços por Acesso Avançado voltado a enfermeiros para publicação em plataforma de acesso livre.

## **6.0 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo para reconhecer os efeitos organizativos em serviços pela operacionalização de AA. Compõe uma investigação com aos profissionais enfermeiros no que se refere aos aspectos positivos na organização do acesso bem como a identificação das barreiras, conforme a visão destes profissionais. O estudo foi alicerçado pela dimensão simbólica do acesso que, conforme Abreu (2012), remete à organização de uma rede de serviços de saúde. É um dispositivo do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde, além de definir fluxos, funcionamento, qualidade e melhoria da capacidade resolutiva.

O trabalho de análise dos dados coletados foi realizado em etapas, assim como proposto por Minayo, Costa em 2019. A primeira etapa foi a ordenação e organização do material transcrito das entrevistas, sendo ele estudado exaustivamente para ressignificar as entrevistas. Na segunda etapa houve a contextualização da pesquisa utilizando impressões que foram captadas pela observação do local da pesquisa, abordando elementos históricos e institucionais.

### **6.1 A Escolha do Método**

O presente estudo utilizou a Matriz SWOT. A Matriz ou Análise SWOT, conforme Carneiro e Silva, (2014), é uma ferramenta simples e de fácil aplicação na análise de ambientes ou cenários organizacionais. Trata-se de um método básico, utilizado na gestão e no planejamento estratégico de uma organização. A sigla SWOT identifica os seguintes termos em inglês: forças (strengths), fraquezas (weaknesses), oportunidades (opportunities) e ameaças (threats). Tal matriz foi idealizada pelos professores Kenneth Andrews e Roland Christensen, da Harvard Business School. Tem como objetivo o estudo e a análise do ambiente interno – enfocando as variáveis forças e fraquezas – e do ambiente externo, as variáveis oportunidades e ameaças, com a finalidade de orientar formulações de estratégias competitivas. Maffini, (2015) em sua dissertação de mestrado define a matriz SWOT, como uma estrutura conceitual para uma análise sistemática que facilita a adaptação das ameaças e oportunidades externas com os pontos fortes e fracos internos de uma organização, ainda diz que é uma estratégia ideal para enfrentar fatores externos, com o objetivo de gerar diferentes opções de estratégia.

Um exemplo de estudo na saúde que utilizou a Matriz SWOT é o de Darudi, Zalvand, (2019), que analisaram as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades em clínicas na cidade de

Teerã no Iran em 2015 para apropriada implementação de Medicina de Família, obtendo como resultados diversos fatores que impactam a implementação de um programa de medicina de família na região. Outro exemplo do uso da Matriz SWOT em estudos na saúde é o de Colpani, Kowalski, Stein (2020), que utilizaram a Matriz SWOT para analisar os fatores implicantes no desenvolvimento de “*Guidelines*” em âmbito nacional.

A Matriz SWOT é relevante para a pesquisa em saúde, porque analisa o ambiente onde a organização está inserida e como tal pode influenciar seu desempenho. Constrói-se um quadro que pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias que fazem sentido naquela situação, a fim de melhorar indicadores ou desempenho.

Como citado anteriormente, as características do ambiente podem ser classificadas em forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. As forças são características internas da organização, que podem ser aproveitadas para otimizar seu desempenho. Conforme Martins, (2007) e Rezende (2008), são pontos fortes da organização, são as variáveis internas e controláveis que proporcionam condições favoráveis à empresa em relação a seu ambiente. Podem influenciar positivamente o desempenho e devem ser amplamente explorados pela organização.

As fraquezas referem-se as características internas que devem ser minimizadas ou eliminadas para não resultarem em influência negativa, e ainda conforme Martins, (2007) e Rezende (2008), podem ser controladas pela própria empresa.

O ambiente externo envolve uma análise das forças macroambientais, demográficas, econômicas, tecnológicas, políticas, legais, sociais e culturais, (CHIAVENATO, SAPIRO, 2003). As variáveis para análise do ambiente externo são oportunidades e ameaças. As oportunidades correspondem a aspectos externos, atuais ou futuros, que podem influenciar positivamente os objetivos estratégicos, que fogem do controle da organização.

Por sua vez, ameaças são situações externas que se não minimizadas podem afetar a organização negativamente, são fatores externos que não podem ser controlados, portanto, devem ser analisados, para que a empresa possa visualizar soluções e minimizar seu efeito negativo.

Segue exemplo da Matriz SWOT utilizada na construção da análise das entrevistas:

Figura 3: Matriz SWOT

INT ERN O	S  FORÇAS	W  Fraquezas
EXT ERN O	O  OPORTUNIDADES	T  AMEAÇAS

Fonte: Silva e Carneiro, 2013

Além do uso da Matriz SWOT, o estudo tentará buscar na análise o que Minayo (2019) chama de “lógica interna” dos atores, observando seus consensos, controvérsias e contradições em uma reflexão sobre o que foi encontrado na pesquisa e na literatura. Para Minayo (2009), vêm acontecendo alguns esforços para melhorar o desenvolvimento de indicadores no âmbito da pesquisa qualitativa. A inserção de elementos subjetivos, tendo em vista as teorizações que mostram a importância do envolvimento dos diferentes atores na produção do processo e dos resultados, vem acompanhando o próprio desenvolvimento desse conceito científico, cuja finalidade primeira é aumentar a validade dos parâmetros de análise. Há, pelo menos, duas linhas de abordagem nessa forma de construção. Uma é proveniente da lógica quantitativa, e a outra é especificamente marcada pela fundamentação hermenêutica.

Para o estudo, foi considerado ambiente interno tudo o que diz respeito à gestão interna, funcionários, estrutura física e questões organizativas da unidade. Ambiente externo é considerado aquilo que está fora da governabilidade das unidades, gestão municipal, o território.

## 6.2 Local da Pesquisa

Em virtude da dimensão geográfica e demográfica do Município de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde estrutura-se em cinco Regiões de Coordenadorias de Saúde: Norte, Sul, Centro, Oeste e Sudeste, vinculando respectivas instâncias de Supervisões Técnicas. O presente estudo foi desenvolvido na Coordenadoria Região Sul que será descrito adiante.

No Município de São Paulo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como forma de reorganizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica. A implantação da ESF no Município de São Paulo teve como marco o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde.

Em 2001 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por meio de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil, sendo então articuladas parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (SMS/PMSP) e instituições de ensino e de serviços em saúde de respeito e legitimidade nacional e internacional. Ao longo das transformações do SUS, a gestão direta dos recursos de saúde foi transferida para entes de figura jurídica, não públicos.

Neste cenário, a Sociedade Brasileira Israelita Beneficente Albert Einstein (SBIBAE por meio do Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS), atua na modalidade convênio na gestão de recursos públicos na área de Supervisão Técnica da Região Sul-Campo Limpo, composta de três Distritos administrativos Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo. O presente estudo abrangeu dois Distritos, quais sejam Campo Limpo ( 218.758 habitantes) e Vila Andrade ( 143.008 habitantes), totalizando 361.766 habitantes ( SEADE, 2018). O IIRS gerencia 13 Unidades Básicas de Saúde com 82 ESF, 25 ASB e NASF's, empregando pouco mais de mil profissionais das áreas assistencial, administrativa e de apoio na assistência a uma população acima indicada.

A seguir, é oportuno ilustrar a localização das áreas afetas à pesquisa.

Figura 4: Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Sul (em destaque locais das unidades de saúde gerenciadas pelo IIRS). São Paulo, 2021



Fonte: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>

Até meados de 2016, o modelo de agendamento era o modelo clássico onde o usuário procurava a UBS espontaneamente para fazer seu agendamento com médico ou enfermeiro de sua área, nem sempre conseguindo realizar agendamento prontamente ou com sua equipe de referência.

A UBS Jardim Mitsutani foi pioneira na nova modalidade de acesso aos usuários, está localizada na zona sul de São Paulo, é pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde do Campo Limpo, sendo composta de 11 equipes de ESF, 1 equipe de apoio (NASF), e tem 36 mil pacientes cadastrados, porém em uma área, com, aproximadamente 55 mil pessoas. O AA teve início em 2016 e o conceito e operacionalização do mesmo começou a ser discutido anteriormente com as equipes. Após a Secretaria de Saúde lançar um desafio “Desafio Mais Saúde na Cidade” em janeiro de 2016 que tinha como objetivo estimular, reconhecer e valorizar projetos que contemplassem os Princípios da Política Nacional de Atenção Básica, a gestão iniciou a apresentação do AA aos funcionários e usuários que entenderam seus benefícios e iniciaram sua implantação. Inicialmente, somente com duas equipes e após para as demais.

Hoje, o AA está organizado mantendo mais de 70% das vagas de consultas de médicos e enfermeiros para o mesmo dia, e só uma pequena porção das vagas para agendamentos prévios que, prioritariamente, são usadas para gestantes ou crianças.

Figura 5: Exemplo de uma agenda semanal de Equipe de Saúde da Família, 2019. São Paulo

Agenda Médico/ Enfermeiro ESF						
Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	
7:00-7:20	Acesso Avançado	Acesso Avançado	Acesso Avançado	Visita Domiciliar	Acesso Avançado	
7:20-7:40						
7:40-8:00						
8:00-8:20						
8:20-8:40						
8:40-9:00						
9:00-9:40						
9:40-10:00						
10:00-10:40						
10:40-11:00						
11:00-11:40	Grupo				Reunião técnica	
11:40-12:00	Almoço					
12:00-12:20	Almoço					
12:20-12:40	Almoço					
12:40-13:00	Almoço					
13:00-13:20	Acesso Avançado	Cosulta Agendada	Cosulta Agendada	Acesso Avançado	Reunião de Equipe	
13:20-13:40		Cosulta Agendada	Cosulta Agendada			
13:40-14:00		Cosulta Agendada	Cosulta Agendada			
14:00-14:20		Cosulta Agendada				
14:20-14:40		Cosulta Agendada	Acesso Avançado		Acesso Avançado	Acesso Avançado
14:40-15:00		Cosulta Agendada				
15:00-15:20						
15:20-15:40		Acesso Avançado				
15:40-16:00				Acesso Avançado		

Extraído de uma Unidade de Saúde da Família do campo da pesquisa do projeto em 2019

O usuário procura a unidade e é encaminhado à equipe de referência para atendimento de suas necessidades, caso ele procure a unidade fora do horário de AA de sua equipe, ele será atendido pontualmente por uma outra equipe que foi designada, como “equipe irmã”, desta forma, nenhum paciente sai da UBS sem ser ouvido ou avaliado, segundo suas necessidades. A educação e o conhecimento da população sobre os horários de acesso e rotinas da equipe são fundamentais para manutenção do cuidado longitudinal e o vínculo com sua equipe de referência. Conforme relatos de profissionais e pacientes, o AA na referida UBS, trouxe resultados satisfatórios como a diminuição de tempo por uma consulta, conhecimento das necessidades em saúde locais, diminuição pela procura da unidade somente em necessidades agudas são dados subjetivos, porém obtidos durante a visita na UBS. O que se observa é que com a quantidade de pessoas por equipe surge a ideia de que o acesso avançado não sanará com as barreiras de acesso no que tange à oferta e à demanda.

### 6.3 Participantes da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais enfermeiros das 13 unidades de Saúde da Família. Ao todo, contou com 16 profissionais, sendo 11 enfermeiros da ESF e cinco enfermeiros Sênior. O critério de inclusão foi que tivessem experiência em trabalhar antes e após a implantação do Acesso Avançado. Levou-se em consideração a riqueza da vivência na rotina de atendimento nas diversas modalidades e a implementação do Acesso Avançado sobre sua prática diária. Ressalta-se que os enfermeiros estão à frente de muitos processos dentro de uma unidade de saúde, acumulando habilidades e consequente visão ampla de seus desdobramentos. Foram excluídos os que se encontravam afastados ou eventual recusa no processo de pesquisa e participação.

### 6.4 Instrumento e coleta de dados

A aplicação e coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora do grupo de pesquisa. Os dados foram gravados, mediante o consentimento de cada participante e posteriormente, transcritas e categorizadas para análise. Inicialmente foi sistematizado, um quadro que permitia conhecer o panorama global de atendimento por Acesso Avançado em consultas de enfermagem, tanto do atendimento do dia como aquelas programadas, conforme está ilustrado nos dados da Figura 5.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada, conforme o projeto matriz

Conteúdo das entrevistas:

1. Como se deu a implantação do acesso avançado em sua UBS e em sua equipe?
2. Qual o papel do senhor(a) na implantação dessa mudança?
  - Compromisso e envolvimento na implantação do AA;
  - Orientação, qualificação técnica para atuar nesse novo modelo de atendimento.
3. Como o senhor avalia a inter-relação entre profissionais, gestores e usuários após a implantação do AA?
  - Vínculo com o usuário após a implantação da mudança;
  - Melhoria no trabalho de equipe e entre as equipes;
  - Dificuldades enfrentadas e como estão sendo trabalhadas junto à gerência.

4. Como o senhor(a) avalia as condições biopsicossociais da população que sua unidade é responsável e a capacidade de resposta das equipes antes e após a implantação do acesso avançado?
  - Condições de saúde-doença e capacidade de atender às necessidades com universalidade, equidade e integralidade.
5. O que é necessário aprimorar para melhorar o acesso às unidades? Quais os limites e potencialidades do modelo do AA?
6. Após sua experiência com a implantação do acesso avançado, o que senhor(a) entende por acesso à saúde?

### **6.5 Análise de dados**

De acordo com a descrição no item 6.1 sobre a Matriz SWOT, manteve-se as dimensões: fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças como unidades de análise. A expectativa era de que essas dimensões norteariam a leitura dos resultados da implementação do Acesso Avançado de forma objetiva.

As entrevistas foram estudadas exaustivamente para compreender o sentido das falas. No processo dessa análise, observou-se o conteúdo das respostas semelhantes entre os profissionais sênior e os profissionais da linha de frente. Uma das razões é que na falta de profissionais que atuassem no atendimento, acabaram sendo substituídas pelos profissionais na posição de sênior.

## **7.0 ASPECTOS ÉTICOS**

Este projeto faz parte de um projeto maior intitulado: “Implementação do acesso avançado em unidades de saúde da família: processos e resultados” que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 087.065/2016), em atendimento a Resolução 466/2012, além do Comitê de Ética de Pesquisa da Coordenadoria Regional de Saúde Sul, da PMSP respeitando o artigo 1 da Portaria SMS-G de nº 2.427 2013 de 12 de dezembro de 2013.

Quanto aos participantes respeitaram-se a liberdade na participação e a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

## 8.0 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na seguinte ordem: perfil dos enfermeiros entrevistados, organização das falas dos entrevistados em dimensões - forças, oportunidades, fraquezas e ameaças e, no final, uma Matriz SWOT geral do trabalho. No Anexo I fica disponibilizada uma matriz SWOT para cada enfermeiro entrevistado. O vídeo produzido está disponível no site da Escola de Enfermagem.

Foram entrevistados 16 enfermeiros das UBS sob a gestão do parceiro conveniado com a SMS da PMSP no período entre outubro e dezembro de 2019. A maioria constituía-se do sexo feminino (13 mulheres e três homens). Sendo 11 enfermeiros de ESF e cinco enfermeiros sênior. O enfermeiro sênior tem uma função mais administrativa e um papel mais estratégico dentro da UBS, além de possuir uma visão geral das equipes de saúde sob sua coordenação. Conhece todos os processos da unidade e pode assumir uma equipe se necessário. Dentre os entrevistados, observou-se que todos possuíam curso de pós-graduação em ESF, Saúde Pública ou Saúde Coletiva, além do tempo médio de atuação do grupo em atenção primária ser de 9,5 anos. O que pode indicar uma certa intimidade com as questões do acesso à saúde, conforme mostram os dados do Quadro 4.

Quadro 4: Perfil dos enfermeiros entrevistados. São Paulo, 2019

	Sexo	Anos de atuação na APS	Pós Graduação em ESF, Saúde Pública
Enfermeiro 1	F	18	SIM
Enfermeiro 2	M	11	SIM
Enfermeiro 3	F	6	SIM
Enfermeiro 4	F	3	SIM
Enfermeiro 5	F	7	SIM
Enfermeiro 6	F	14	SIM
Enfermeiro 7	F	9	SIM
Enfermeiro 8	M	10	SIM
Enfermeiro 9	F	13	SIM
Enfermeiro 10	F	14	SIM
Enfermeiro 11	F	11	SIM
Enfermeiro 12	F	9	SIM
Enfermeiro 13	F	1	SIM
Enfermeiro 14	F	14	SIM
Enfermeiro 15	F	13	SIM
Enfermeiro 16	M	6	SIM

Dentre os elementos identificados que favorecem e são fatores internos, ou seja, foram classificados pela matriz SWOT em “FORÇAS”, obteve-se os seguintes fatores:

- Discussões e reuniões técnicas periódicas;
- Atendimento no dia ou no dia seguinte;
- Capacitações antes da implantação do AA;
- Equipe disposta para mudanças organizacionais;
- Gestão da agenda flexível por profissionais;
- Existência das equipes “irmãs” para coberturas mútuas de necessidade;
- Baixa rotatividade de profissionais;
- Possibilidade de fortalecimento de vínculo com usuários;
- Possibilidade de interconsultas facilitadas por trabalho interdisciplinar; e
- Oportunidade de capacitação com ACS.

As discussões e reuniões técnicas e o treinamento antes da implantação foram citados em 75% e 50% das entrevistas respectivamente. Tornam-se importantes achados, pois trata-se de orientações, ajustes e observações sobre o que estava em andamento nessas equipes, e onde ocorreram, foram interpretadas de forma positiva nas entrevistas. *“...treinamentos sobre a história do Acesso Avançado, como funcionava em outras cidades, até mesmo para essa questão de não gerar ansiedade, dessa demanda toda, do fluxo que ia aumentar...”* (Enfermeiro 8).

Garantir o atendimento no dia ou no dia seguinte é uma das ideias principais do Acesso Avançado, foi citado em vários estudos mas, primeiramente, nos artigos de Murray e Tantau (200). Nessa investigação, foi relatado em 37,5% das entrevistas. *“...antes do Acesso Avançado existia uma fila de espera para agendamento de consulta de dois, três meses, então isso foi um ponto muito positivo, que as pessoas conseguem passar no mesmo dia.”* (Enfermeiro 4).

Outro achado que se destaca é o fato de ter sido mencionado a disposição da equipe para as mudanças e acreditando no AA. Este fator já mencionado anteriormente, torna-se importante, pois os trabalhadores serão protagonistas na mudança da forma de trabalho, e segundo Murray, Bodenheimer, Ritterhouse (2003), um dos fatores que podem atrapalhar a mudança são as barreiras psicológicas e crenças sobre os sistemas de agendamentos. Se a equipe estava motivada, o Sofrimento Moral descrito por Dalmolin, Lunardi, Linardi Filho (2009) pode ter sido menor. *“...olha, eu quis muito. Quando a gente começou a discutir, antes da gente entender*

*melhor o acesso, a gente, eu entendia que a gente tinha uma necessidade de mudar a nossa forma de atendimento por conta da nossa demanda ... que tinha equipe que estava com agenda pra 3 meses, 2 meses.”* (Enfermeiro 14) *“...foi um processo que nós fomos construindo aos poucos [...] ...a gente construiu junto com os colaboradores então,o acabou sendo tranquilo por isso, porque eles participaram das discussões de como seria melhor...”* (Enfermeiro 1).

A possibilidade do próprio profissional fazer a gestão de sua agenda, encontrada em 68,75% das entrevistas indicando, que conseguem atender em mais tempo quem precisa mais e, em menos tempo, quando necessário e que conseguem realizar pequenas alterações na rotina de atendimento, quando julgam necessário. Vai de encontro com alguns elementos encontrados no quadro dos princípios do AA adaptado de Bundy et al., (2005), pois, dessa forma, é possível sincronizar o paciente com o enfermeiro, prevendo suas necessidades naquele atendimento e, futuramente, além de gerenciar gargalos dentro da unidade. Dessa forma, aumenta-se o vínculo com os usuários, fato que foi citado em 31,25% das entrevistas, o que muitos autores consideram, como um fator que aumenta a eficácia de uma intervenção proposta, *“... se ele precisa de um tempo maior, eu tenho esse tempo maior comigo e aquela pessoa que vem pra uma coisa mais simples cuja necessidade de atendimento é de um tempo reduzido ele tem também e tem sua necessidade atendida.”* (Enfermeiro 2).

As equipes “irmãs”, citadas em 43,75% entrevistas, são vistas como uma ferramenta importante no acesso do usuário que garantia o atendimento dele, caso a equipe não estivesse disponível, *“...as equipes “irmãs”, por exemplo, eu tô de VD, então, eu tenho uma equipe “irmã”, quando eu tô de VD, a enfermeira,ela atende os meus pacientes e ao contrário também acontece...”* (Enfermeiro 2).

Tem-se ainda outros fatores classificados como forças como a baixa rotatividade de profissionais, citados em 25 % das entrevistas e referem, sobretudo, à rotatividade do profissional médico; que é essencial ao funcionamento de uma equipe de saúde da família, *“... quando o acesso avançado foi implantado, nós estávamos com todas as equipes de estratégia completas. Isso facilitou muito, porque a gente teve eventualmente férias, ou uma ou outra ausência, mas, no geral as equipes estavam compostas.* (Enfermeiro 15).

As interconsultas que refletem o entrosamento da equipe no cuidado do paciente, já que se referem às consultas enfermagem- médico, quando julgado pelo profissional necessário foram citadas em 18,75% das entrevistas, *“...os nossos consultórios são muito próximos -meu e da médica, então, se eu tenho alguma dificuldade, eu chamo ela pra fazer uma Interconsulta e aí ela entra pra me ajudar no desfecho”* (Enfermeiro 8), *“...que acaba acontecendo, é a gente*

*fazer a consulta compartilhada com o profissional médico e responder melhor às necessidades de saúde do paciente. Então, é isso que a gente faz com a nossa equipe. Mostrar pra eles que o acesso é com a equipe...”* (Enfermeiro 13).

Treinamentos com ACS, outro fator muito importante que reflete na adesão dos usuários ao modelo, já que é para eles que a mudança aconteceu, então, com pacientes orientados, mais satisfeitos irão sair da unidade e será garantido o atendimento pela própria equipe. Citado em 18,75%, *“...com os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem a gente fez, sim, momentos de adaptação sim com reuniões e encontros para que eles entendessem qual era a diferença entre acesso, acolhimento e demanda espontânea. Porque como são eles que estão mais próximos da população, na rua, fazendo visita porque eles também teriam de informar que a consulta não seria mais agendada...”*(Enfermeiro 6).

Os fatores externos que são forças também, classificados na Matriz SWOT como oportunidades, caracterizam uma circunstância favorável para que o cuidado seja fortalecido no Acesso Avançado, ainda que proveniente do ambiente externo. Foram identificados dois fatores nas entrevistas que chamam atenção por seu potencial de intervenção nos cuidados e na dinâmica do AA, a educação da população sobre o AA, citada em 37,5%; *“...no processo de mudança, nós trabalhamos bastante com a população e com as agentes comunitárias de saúde. Antes de começar, de implantar mesmo a gente já foi trabalhando os usuários”*(Enfermeiro 10). E as redes de apoio na saúde, que são um conjunto de ações e serviços organizados por níveis de complexidade, que se mostram importantes para o seguimento do cuidado, mediante ao referenciamento do usuário para um nível mais especializado. Identificadas em 18,25% das entrevistas, *“...a experiência de trabalhar na estratégia de saúde da família em São Paulo é interessante, porque a gente tem redes de apoio, eu acho interessante. Se você precisa de uma atenção especializada, ou mesmo, de um nível secundário, terciário, você tem disponibilidade”* (Enfermeiro 15).

Seguindo a Matriz SWOT, tem-se a classificação de “fraquezas” que mostram onde podem estar algumas dificuldades das unidades no AA. É importante sua análise, pois são fatores internos da empresa analisada e a própria empresa, no caso UBS, pode trabalhar na sua realidade para diminuir seu impacto no dia a dia do serviço prestado.

A rotatividade de profissionais, antes classificada como uma força, foi nesse momento classificada como uma ameaça, já que foi citada em 31,25% das entrevistas e de forma negativa. Toda instituição de saúde ou não possui rotatividade de profissionais, seja ela voluntária ou não, o que acontece é que na ESF isso gera um impacto não só nos profissionais que trabalham em equipe, mas também gera impacto nos usuários, estes constroem vínculos e

ficam à espera de outro profissional, para que o cuidado possa ser reestabelecido, levando tempo e expectativas de ambas as partes, além disso, conforme Witt (2006), todos os sistemas dentro da unidade de saúde devem funcionar de forma eficiente e a prática precisa facilitar e otimizar o trabalho de todos os membros da equipe, mantendo a equipe motivada e aberta a adaptações; *“... a gente também já trocou bastante de profissionais, porque nós tivemos muita mudança de profissionais, a gente mudou muitos médicos, mudou muitos enfermeiros, a coordenadora quando eu entrei era uma, agora é outra. Então, assim, eu vejo bastante essa rotatividade de profissional”* (Enfermeiro 9). *“...foi difícil pra quem não tinha médico na equipe, o enfermeiro que estava sozinho que acaba sobrecarregado, mas ainda tem equipe que não tem médico...”* (Enfermeiro 8).

O tempo de espera longo dentro da unidade, esse relato foi encontrado em 37,5% das entrevistas. Refere-se ao tempo que o paciente entra na unidade e fica esperando seu atendimento no dia. Como no AA, a maioria das consultas não são agendadas, o usuário, muitas vezes, precisa ficar esperando sua vez de ser atendido, este não foi o objetivo do estudo, mas é importante relatar que, em algumas entrevistas, foi relatado tempo de espera de 2 horas, o que possivelmente gera angústia no profissional e no paciente. Indo ao desencontro de um dos princípios do AA relatado por Bundy et al. (2006), em que há necessidade de gerenciar os gargalos dentro da unidade, ter um plano para contingência e pensar no fluxo do paciente dentro da unidade, enquanto se encontra nela; *“..é um entrave, porque a gente libera uma vaga a cada 15min, acaba que os pacientes ficam todos aguardando aqui,[...]Fica lotado. Ai o paciente fica aqui o tempo todo esperando, ele vai ficar 1h, 1h30 esperando. Isso é angustiante pra ele e pra nós. Ele fica questionando todo tempo "ah, tá chegando a minha vez?", "vai demorar?". Então, é angustiante pra nós como trabalhador também. ”* (Enfermeiro 13). *“...os pacientes ficaram um pouco incomodados com a demora do atendimento, porque o tempo de espera aumentou no dia do atendimento...”* (Enfermeiro 4).

O último item da matriz é “ameaças”, item relacionado a fatores externos, no qual as empresas não têm controles, mas podem se planejar para diminuir o impacto negativo sobre a organização. Foram encontrados sete pontos e classificados como fraquezas na matriz SWOT.

A alta demanda de pacientes, citada em 68,75 % das entrevistas, é um fator no qual as unidades isoladas não têm como controlar. Conforme foi relatado, causa angústia e sobrecarga de serviço aos trabalhadores. Fato que vai ao desencontro de um dos princípios do AA descritos por Bundy et al. (2005), no qual o princípio número 1 é –equilibrar a oferta de consultas com a

demanda de pacientes, não se fala em incrementar o número de trabalhadores, mas em fazer um estudo prévio da demanda reprimida e da capacidade de atendimento da unidade em questão. Ainda segundo o quadro de Bundy, existe a possibilidade de aumentar a capacidade de atendimento em momentos de maior procura, por exemplo, evitar eventos administrativos em determinados dias. *“...a demanda é muito grande, então, em alguns momentos isso acaba gerando até conflito dentro da equipe, porque é muita gente para absorver em alguns momentos e aí precisa estar muito bem alinhados todos os fluxos pra não sair do controle...”* (Enfermeiro 4), *“... a gente também tem uma outra desproporção que a gente tem trabalhado numa capacidade acima do que a gente consegue. Número de pacientes cadastrados por equipe, número de NASF que é insuficiente pra poder dar esse apoio matricial pras equipes”* (Enfermeiro 14).

Hiperutilizadores, termo destinado aos pacientes que comparecem à unidade de saúde com muita frequência, algumas vezes sem necessidade de atendimento imediato. Enfermeiros relataram nas entrevistas que toda vez que o usuário comparece à unidade buscando atendimento no horário do AA, ele é atendido, no entanto, o que acaba acontecendo é que uma vaga é utilizada muitas vezes sem necessidade naquele momento. Alguns relataram que a equipe buscou estratégias para que essas idas à unidade fossem diminuídas, porém voltam a citar que cada vez que o usuário comparece sem necessidade, alguém fica sem o atendimento naquele momento. Foi citada em 62,5% entrevistas e classificada como uma “fraqueza”. *“...porque o que acontece é que a gente percebeu que tem algumas pessoas que vêm toda semana, o que a gente chama de hiperutilizadores, então, isso então acaba atrapalhando um pouco. Essa facilidade em passar, faz com que algumas pessoas acabem abusando ou vindo várias vezes mesmo e acaba diminuindo as vagas para as outras pessoas também”* (Enfermeiro 6), *“... a gente tem muito hiperutilizador, tem paciente que vem aqui todos os dias e assim, estas situações, elas fazem querendo ou não que a gente precise de mais tempo”* (Enfermeiro 9).

Houve citações também sobre a vulnerabilidade do território onde a unidade estava inserida. 37,5% dos enfermeiros falaram sobre alguns problemas que vêm junto com o termo vulnerabilidade. Constituem a permanente preocupação dos trabalhadores das equipes, pois interferem nos resultados das intervenções propostas no cuidado, como um todo. Mais uma vez é um fato que a Unidade não tem como mudar, mas pode se preparar para diminuir o impacto negativo sobre o cuidado. *“...temos áreas dentro da comunidade de grande vulnerabilidade, então, isso é um ponto bem importante que difere a comunidade de Paraisópolis de muitas*

*outras comunidades...” (Enfermeiro 2), “... é uma população que tem condições de saúde, digamos que, mais precárias, uma população com baixa escolaridade, mulheres gestantes muito novas, uma população que tem um alto índice de desemprego e uma quantidade de crônicos enorme, né? Então, destas três áreas que eu falei pra você, a gente tem muito idoso crônico, muita gestante” (Enfermeiro 13). Tal fator pode não estar relacionado diretamente com a forma em que o usuário acessa a unidade, mas tem impacto no modelo, já que acesso à saúde não é somente acesso a consultas. E tem impacto ainda, conforme Starfield (2002), que enfatiza ainda quatro características da APS que norteiam o trabalho dos profissionais: a acessibilidade, a continuidade ou longitudinalidade do cuidado, a integralidade e a coordenação do cuidado, sendo assim os profissionais também precisam interferir no ambiente onde os usuários estão inseridos.*

O desconhecimento da população sobre o Acesso Avançado, citado em 37,5 % das entrevistas, como um dificultador de funcionamento do AA, já que os atendimentos abertos têm horário para acontecer, e que a equipe estará disponível, mas o usuário não escolhe com quem vai passar em atendimento, influenciando também no aumento de casos de emergências nas unidades, segundo também 37,5% dos entrevistados, estando relacionados com a circunstância da população não entender, como funciona o AA. Alguns enfermeiros, durante as entrevistas mencionaram que a população e os profissionais tinham a ideia que a UBS ia se tornar um AMA ou UPA, já que os atendimentos não seriam mais agendados. *“...Só que ai aconteceu que a gente tinha um volume de queixas agudas, era muito maior do que a de crônico e, ai, acabava que eles ocupavam todas as vagas do dia da gente” (Enfermeiro 14). “A população ficou um pouco confusa. Eles ainda sentem um pouco de confusão com o acesso, na verdade. Porque eles têm dificuldade de entender que são liberadas, por exemplo, “x” vagas por dia,” muitos ainda insistem em vir ao posto em horários, por exemplo, no meio da manhã ou no meio da tarde, horários que a gente já sabe que as vagas foram distribuídas. Muitas vezes, não conseguem essa vaga. Então, os pacientes... Eu tenho uns pacientes idosos, crônicos, então, eles veem, não conseguem a vaga, eles ficam um pouco resistentes. Então, eles acabam que se quebra um pouco o vínculo neste momento” (Enfermeiro 13).*

Chamou a atenção também, e foi relatada, em 25 % das entrevistas, uma dificuldade dos enfermeiros em relação à população ser um pouco resistente às consultas com o enfermeiro. No horário do AA, os pacientes não escolhem qual profissional irá atendê-los. Ou ele será atendido pelo enfermeiro ou pelo médico. Vai ao desencontro do que Machado et al., relataram em 2005: “a consulta de enfermagem é uma atividade independente, cujo objetivo é propiciar condições

para melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa”. *“..É mais uma questão dos usuários e eu acho que se a gente educasse mais a população, explicasse mais pra população a importância que tem da avaliação com a equipe, não só enfermeiro, não é só médico e enfermeiros, temos fisioterapeutas, educador físico, educador...eu acho que a população é médico centrada, bem médico centrada, mesmo, e isso tinha que mudar, porque o Acesso precisa disso” (Enfermeiro 11).*

O último ponto negativo citado e classificado como “ameaça”, é o protocolo de enfermagem pouco resolutivo. Um protocolo de enfermagem pouco resolutivo no AA pode atrasar algumas resoluções de atendimentos, não é o objetivo discutir protocolos de enfermagem, mas como foi citado em 18,75%, foi classificado como uma fraqueza na Matriz SWOT e portanto, vai ao desencontro de alguns princípios do AA, como Murray, Berwick (2003), afirma que as consultas devem ser mais rápidas e resolutivas, e conforme Witt (2006), deve haver avaliações periódicas de inclusive resolutividade nas consultas. Ainda conforme Lowen et al., (2017), a consulta de enfermagem, considerada como uma das principais ações da prática assistencial do enfermeiro e um espaço para vinculação e cuidado, tem potencialidades para ampliação do acesso e resolutividade na APS, *“...eu acho que uma das deficiências importantes nossas é a autonomia da enfermagem. A gente discutiu muito materiais relacionados ao acesso, mas acho que faltou um pouco a questão de autonomia e resolutividade do enfermeiro, [...]Porque a gente também trabalha num município que limita muito o enfermeiro. Em relação a protocolos, autonomia”(Enfermeiro 14).* *“... e tem algumas coisas dos nossos protocolo aqui de São Paulo ainda que mesmo pelo Ministério seja liberado, a gente ainda aqui não tem essa liberação, ..., então, eu acho que a gente ainda, como a categoria precisaria evoluir mais...”(Enfermeiro 9).*

Em relação à última pergunta realizada nas entrevistas: “Após a sua experiência com a implantação do Acesso Avançado, o que o senhor(a) entende por acesso à saúde?” Observou-se que as respostas estão basicamente divididas em dois grupos. No primeiro, encontram-se listadas as respostas dos enfermeiros que relataram que o acesso à saúde está intimamente ligado às possibilidades de atendimento. Assim, quando o usuário procura a unidade manifestando uma necessidade, os trabalhadores respondem-na com uma ação ou com algum encaminhamento. Nesse caso, os enfermeiros relatam que o AA facilita o acesso ao serviço. Essa ideia de acesso foi encontrada em 10 das 16 entrevistas, ou seja, 62,5%. *“...o acesso à saúde hoje, ele se dá quando eu tiver uma necessidade, uma questão, seja ela qual for, eu ter a oportunidade de esclarecer minha dúvida que, às vezes, é uma coisa muito simples, mas muito*

*simples que a pessoa tem como dúvida e aquilo tá mexendo muito com ela e ela não tem a possibilidade de vir procurar o profissional pra poder tirar essa dúvida ou fazer uma simples pergunta. E, hoje não, a pessoa pode vir a qualquer momento ela pode tá com a coisa mais simples do mundo que vai ter alguém que vai olhar pra ela, que vai enxergar aquela pessoa e aquela angústia que ela tem pra poder esclarecer, para poder dirimir qualquer dúvida ou alguma angústia que ela tenha, eu acho que isso hoje é um equipe estar disponível para ouvir o usuário, com acesso isso é possível”(Enfermeiro 2)*

No segundo grupo de respostas, estão os enfermeiros que acreditam que o acesso à saúde é um tema mais amplo. No qual, as necessidades de saúde da população extrapolam os limites dos serviços oferecidos em uma UBS, cujas falas estavam presentes em 5 das 16 respostas. Nelas os enfermeiros evidenciaram que a unidade de saúde é um dos pontos de acesso à saúde, e que engloba questões de moradia, emprego, transporte, educação, equipamentos sociais. A outra resposta sobre o acesso à saúde depois do AA, refere-se somente à entrada no sistema de saúde. “...é difícil falar assim de acesso à saúde no contexto que a gente vive, porque é um contexto de muita vulnerabilidade, poucos espaços para população, poucos espaços de lazer, pouca segurança, pouca infraestrutura. Então assim, se você for pensar em que o que é acesso à saúde né, a gente é uma parte disso, claro, mas não é só isso, então acho que falta muito de muitas outras coisas pra gente considerar essa população com acesso, mas acho que a gente tá fazendo o melhor que a gente pode aqui.” (Enfermeiro 7)

Os dados do Quadro 5 mostram a Matriz SWOT final.

Quadro 5: Matriz SWOT final

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>FORÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitações antes da implantação do AA, discussões e reuniões técnicas</li> <li>-Equipe disposta para mudanças, profissionais acreditam no AA</li> <li>-Profissional faz a gestão de sua agenda</li> <li>-Atendimento no dia ou no dia seguinte</li> <li>-Equipes “irmãs”</li> <li>-Baixa rotatividade de profissionais</li> <li>-Aumento do vínculo com usuários</li> <li>-Treinamentos com ACS</li> <li>-Interconsulta</li> </ul>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rotatividade de profissionais</li> <li>-Tempo de espera dentro da unidade longo dentro da unidade</li> </ul>
Fatores externos	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Educação da população sobre o AA,</li> <li>-Rede de apoio na saúde,</li> </ul>	<p><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Território muito vulnerável</li> <li>-Desconhecimento da população sobre o AA, casos de emergência no AA</li> <li>-Alta demanda de pacientes</li> <li>-Hiperutilizadores</li> <li>-População médico-centrada</li> <li>-Protocolos de enfermagem pouco resolutivos</li> </ul>

## 9.0 DISCUSSÃO

A utilização da Matriz SWOT para análise de um processo na Atenção Primária pode se tornar uma importante ferramenta de gestão também para enfermeiros. Avaliar o Acesso Avançado nas unidades de saúde com tal ferramenta, facilitou o desenvolvimento da investigação desse modelo, listando suas facilidades e suas dificuldades para possíveis tomadas de decisões em próximas implementações. Para Brackes et al. (2012), por toda agregação no complexo de cuidados em saúde, sobretudo nos processos gerenciais, a enfermagem reúne saberes de várias áreas do conhecimento, como a economia, a administração e a contabilidade. Tornando importante o reconhecimento e a aplicação das ferramentas administrativas, a fim de nortear com clareza e segurança o gerenciamento do cuidado, como produto de múltiplas relações e interações.

É importante ressaltar que se observou em todas as entrevistas que, após a implantação do AA, a equipe atende o usuário no momento de sua procura pelo serviço, no momento em que ele precisa, desta forma, nota-se que o comportamento da equipe frente às necessidades do usuário mudou. A equipe entende e avalia suas condições de resolução e as coloca em prática. Emerge, naturalmente, um trabalho colaborativo que desafia a capacidade clínica de todos. Conseqüentemente, o vínculo entre usuário e trabalhador é fortalecido, pois o usuário é ouvido, acolhido, criando-se um laço de confiança que vai se fortalecendo e favorecendo o cuidado.

Os itens classificados como “forças” foram assim listados, pois estão relacionados com o bem-estar dos pacientes e trabalhadores, sendo vistos de forma positiva pelos entrevistados, além de se referirem a itens internos às unidades, pois estão relacionados aos profissionais, organização e estrutura.

Conforme os trabalhos de Murray, Berwick (2003), o Acesso Avançado amplia o atendimento à demanda espontânea, gera consultas mais rápidas e resolutivas e faz com que as pessoas sejam atendidas quando precisam, diminuindo o tempo de espera por uma consulta, diminuindo faltas e aumentando o número de atendimentos à população, assim como se observa nas respostas dos entrevistados sobre os atendimentos no dia ou em até 48 horas. É um dos princípios do AA, “*faça o trabalho de hoje, hoje mesmo*”. Portanto, o AA não diferencia a demanda rotineira e a demanda imediata (MURRAY, BERWICK, 2003).

No entanto, a transição de um modelo tradicional de atendimento para o AA não seria um processo rápido, simples e fácil, observou-se que os entrevistados enxergam os treinamentos e reuniões para discussão, como um fator positivo, além de a equipe estar disposta à mudança e entender sua necessidade, corroborando com a ideia de Murray e Berwick, (2003) de que

havia algumas barreiras psicológicas a serem transpostas nessa mudança. A partir do artigo de Hudon et al. (2015), onde ele discorreu sobre a implementação do AA e soluções para o ensino desse modelo para residentes de medicina de família, foi adaptado um quadro (página 24), onde uma das barreiras para a implementação era a “disponibilidade para o AA”, e um dos facilitadores era o envolvimento dos profissionais na implementação, e a solução para tal seria criar uma experiência de imersão no AA, fazendo com que os participantes contribuíssem na melhoria dos processos relacionados aos atendimentos no AA. Desta forma, fica claro que seria muito oportuno e bem visto um treinamento prévio, fazendo com que os trabalhadores entendessem o processo, sua necessidade e colaborassem com seu aperfeiçoamento. Em contrapartida, foi citado em uma entrevista que não houve treinamento antes da implantação do AA e que apenas um unidade teve apoio da gestão extra unidade.

Witt (2006) citou ainda que todos os sistemas dentro da unidade tinham de estar funcionando de uma forma eficiente para otimizar o trabalho de todos dentro da equipe, então, a integralidade da situação demandava treinamento onde um dos objetivos seria manter uma equipe motivada e acreditando na mudança para o bem dos usuários. Pelas características das falas dos enfermeiros, percebe-se que havia muitas reuniões e discussões técnicas sobre o andamento do AA, não só antes da implantação, como depois, e que não eram simplesmente uma forma de passar o conhecimento pronto sobre o AA, na verdade, os próprios funcionários foram construindo o conhecimento sobre o novo modelo. O ponto de apoio às equipes era o momento de discussão e trocas nas reuniões técnicas. Não foram caracterizadas intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Sobre isso verificou-se que houve uma preocupação de valorizar o trabalho multidisciplinar, a criação de vínculos e fortalecimento das relações entre os trabalhadores, criando uma interface de conhecimentos diferentes que geram um conhecimento novo.

Nas entrevistas também foi relatado que existe a possibilidade de os profissionais realizarem a gestão de seu tempo de atendimento. Aumentando o tempo quando necessário, o diminuindo em frente a um paciente com uma demanda pontual. Fato que está intimamente ligado com o entrosamento e vínculo do profissional e seu paciente, ele percebe e entende suas necessidades, realizando um trabalho que, muitas vezes, não pode ser medido e que está pautado por simbolismo e percepções do trabalho naquele momento. Neste caso, o objeto central é a necessidade de saúde do outro. Cabe aqui um apontamento, em que muitas vezes as necessidades de um paciente, não são atendidas em consultas de 20 minutos. A consulta de enfermagem é apoiada em conhecimentos científicos e na prática cotidiana para identificar situação de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam

para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN).

Em relação às interconsultas necessárias, quando os enfermeiros julgam, refletem a interação do médico e enfermeiro com as necessidades do paciente, mostrando suas múltiplas dimensões e expõem a importância das intervenções multidisciplinares no cuidado, como um todo. Para Gomes et al. (2007), a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma organizacional e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe ESF. Diferente de alguns artigos pesquisados no estudo sobre o AA, onde o enfermeiro assume um papel mais organizacional, no Brasil o enfermeiro assume na APS um papel que conforme Ferreira et al. (2018), vem sendo construídas mudanças nas práticas de atenção à saúde, respondendo às práticas clínicas que não estão baseadas no processo de cura, mas no cuidado como um todo, favorecendo a promoção à saúde, à autonomia e à qualidade de vida. Neste sentido, vale reiterar a discussão sobre a complexidade do termo multidisciplinar, reconhecendo a importância da articulação entre os saberes que compõem cada profissão, mantendo como propósito a assistência integral das necessidades do usuário.

Sobre o acompanhamento longitudinal, os profissionais identificaram uma necessidade do uso de outras ferramentas, sabe-se que a equipe de ESF acaba tendo uma responsabilidade sobre seus usuários ao longo do tempo, criando vínculos e garantindo um cuidado integral. Desta forma, assim como no artigo de Bundy et al. (2005), no qual foi adaptada uma síntese dos princípios do AA, prever as necessidades do paciente, reduzir demandas futuras, está intimamente ligada com o vínculo e com o acompanhamento longitudinal. O que, conforme Starfield (2002), pode apresentar efeitos benéficos ao sistema de saúde, como um todo, como melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, redução de custos, melhor prevenção e promoção à saúde e maior satisfação dos usuários. Estabelecendo assim maior confiança entre os profissionais e pacientes.

Ainda sobre os aspectos classificados como “forças”, outro fator que foi citado, foi a baixa rotatividade dos profissionais; Medeiros et al. (2008), em seu artigo sobre a rotatividade de médicos e enfermeiros na ESF, busca conceitos de rotatividade e o avaliado, como o mais pertinente a esse estudo é o de Robbins (2002), que define a rotatividade, como a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Ainda conforme ele, essa rotatividade pode ser positiva e negativa, porém pode gerar um fator de ruptura e prejudicar a eficiência organizacional. Medeiros et al. (2008) afirmam ainda que a rotatividade não é uma causa de problemas, mas, sim, uma consequência a fenômenos ligados interna ou externamente à organização. No entanto, a estabilidade dos profissionais na ESF é fundamental

para o seguimento da atuação das equipes com os usuários. Por esse motivo, quando citada nas entrevistas positivamente foi classificada como uma “fortaleza”, e classificada com um dos itens de “fraqueza” quando citada negativamente.

Partindo para os itens classificados como “fraquezas”, estão relacionadas com o cenário interno das UBS, tem-se como primeiro item a alta rotatividade dos profissionais, esse item já foi discutido anteriormente, no entanto, vale ressaltar que foi citado negativamente em cinco das 16 entrevistas e estava ligado à falta do profissional médico na equipe. O próximo item das “fraquezas” foi o tempo de espera para atendimento dentro da unidade, citado em seis das 16 entrevistas, refere-se ao tempo que o usuário fica aguardando para atendimento da equipe dentro da unidade. Isso acontece, pois, conforme a escala de trabalho da equipe, o atendimento no AA começa em determinado horário e os profissionais possuem 15 ou 20 minutos para atender cada paciente, então, conforme essas vagas vão sendo preenchidas o paciente que chega um pouco mais tarde à unidade acaba atendido por profissional no fim do horário do acesso, isso pode levar mais de uma hora certamente, fato que gera ansiedade no profissional e no usuário que está aguardando o atendimento. Não foram encontrados estudos que relatassem esse tipo de ocorrência no AA, como se trata de um modelo novo de organização de trabalho, faz-se necessário mais estudos sobre suas implicações. Visualizam-se algumas alternativas para tal situação, como previsão de horário para atendimento, sala de espera confortável, palestras rápidas na sala de espera, oficinas rápidas ou vídeos educativos na sala de espera.

Dando sequência, outro item classificado como “fraqueza”, foi o fato de existir equipe desfalcada, o que na verdade, se relaciona com o item da rotatividade de profissionais. Em três das 16 entrevistas foram citadas, e mais uma vez cabe aqui uma afirmação de Medeiros et al. (2010), a rotatividade, normalmente, implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. Além disso, a rotatividade de profissionais constitui-se em sério problema para muitas organizações em razão dos custos gerados por esses eventos. Os gastos com reposição de pessoal tornaram-se um dos fatores que estimularam o desenvolvimento de pesquisas voltadas à análise da rotatividade (CAMPOS, MALIK, 2008). Cabe, portanto, nesse assunto maior investigação, sobretudo relacionando com a implementação do AA.

Sobre os protocolos de enfermagem pouco resolutivos, primeiro demonstra-se o que é um protocolo. O protocolo caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. (PIMENTA et al., 2015). Ainda conforme Pimenta et al.,

o uso de protocolos apresenta várias vantagens, aumenta a segurança aos usuários e profissionais, mantém fronteiras de atuação e colaboração entre os envolvidos, diminui a variabilidade das decisões no cuidado, auxilia o profissional para a tomada de decisão, introduz novas tecnologias, além de respaldar legalmente as ações, dando transparência e controle dos custos, dentre outras (PIMENTA et al., 2015).

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, em uma circunstância clínica específica, baseadas, preferencialmente, na melhor informação científica (BRASIL, 2008).

O protocolo de enfermagem é a padronização do cuidar, é decidir quais serão os cuidados necessários e listar prioridades na assistência ao usuário. A padronização é fundamental para o melhor tratamento, constituindo alicerce para as decisões clínicas de atendimento. (SCHWEITZER, 2009)

No modelo de AA, já foi citado que as consultas devem ser mais resolutivas e prevendo necessidades futuras dos usuários. (BUNDY et al., 2005; MURRAY et al., 2003). Para tanto percebe-se que os enfermeiros entrevistados sentiam falta de um protocolo de enfermagem atualizado e onde suas tomadas de decisões fossem ao encontro com as premissas do acesso, favorecendo ainda a autonomia dos profissionais.

Portanto, desenvolver protocolos de cuidados em conjunto com equipe multiprofissional promove uma melhor avaliação das questões cotidianas. Sendo considerados como guias para a implementação da prática clínica, dando um suporte teórico e científico às intervenções, otimizando as atuações que requeiram tomada de decisões imediatas. Portanto, essa forma de sistematização da assistência contribui na promoção de um cuidado ágil, não perdendo de vista a qualidade do atendimento. (PAES, 2011). No entanto, os protocolos devem estar circunstanciados e adaptados com a modernidade, pois no AA os enfermeiros atuam com uma clínica ampliada e é exigido de quem está atendendo uma capacidade de julgamento e planejamento do cuidado maior. Seria necessário, portanto, além de protocolos atuais, ações de educação permanente, o que não foi citado nas entrevistas.

Na cidade de São Paulo, os protocolos de enfermagem estão disponíveis no site da prefeitura no endereço:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

Tais protocolos foram desenvolvidos em 2015 e somente atualizados em 2016.

Dois artigos foram encontrados que falam sobre o enfermeiro melhorando o acesso no ambiente de atenção primária. Destacando-se como reconhecidas parceiras na assistência à saúde e líderes de equipes de assistência, no entanto, enfermeiras ambulatoriais enfrentam alguns desafios. No primeiro artigo, os autores Oelke, Besner e Carter (2014) observaram que, embora as enfermeiras tenham reconhecido que poderiam fornecer uma contribuição importante à saúde da população, muitas vezes, não se sentiam seguras em fazê-lo. Estes autores realizaram um estudo de caso de 1 ano durante a implementação de um modelo de atenção da Rede de Atenção Básica em Alberta, Canadá. Por meio de suas pesquisas (usando uma abordagem de métodos mistos), os autores observaram que, em geral, a função e as contribuições do enfermeiro para a prática evoluíram substancialmente; no entanto, encontraram várias situações clínicas que limitam a progressão do papel do enfermeiro. No segundo artigo, foi conduzido um estudo de caso em centros de atenção primária para identificar práticas que estavam usando enfermeiros para maximizar modelos de cuidados baseados em equipe (BODENHEIMER, BAUER, SYERS e OLAYIWOLA, 2015). Os autores entrevistaram 21 clínicas conhecidas por terem um modelo de atendimento baseado em equipe de sucesso, 11 das quais estavam usando enfermeiros em funções inovadoras. Os resultados do estudo revelaram o potencial para os enfermeiros preencherem lacunas na prática da atenção primária, fortalecer as equipes de atenção, assumir funções mais ampliadas, melhorar acesso e permitir que os médicos atendessem pacientes mais complexos.

Os fatores externos que favorecem a organização na Matriz SWOT, identificados como “oportunidades”, foram reconhecidos como – educação da população e rede de apoio à saúde. Assim como no item 7 da tabela adaptada de Bundy et al. (2005), faz-se necessário a sincronização do paciente com o provedor do serviço. Tal fato foi classificado como positivo e um fator externo à UBS. Entende-se que a educação da população frente aos aspectos organizacionais do trabalho dentro de uma unidade de saúde é uma ferramenta fundamental para o andamento das ações de saúde de um território. Para Prado, Santos, Cubas (2009), para modificar os processos de saúde e o modelo assistencial é preciso, prioritariamente, trazer a população para essas mudanças que precisam ser compreendidas, pois os usuários serão protagonistas nesse processo. Dentro desse contexto, deve-se valorizar as ações de educação dos ACS em suas atividades diárias, e de outros trabalhadores sempre quando tiverem oportunidade. A reorganização dos serviços é colocada, como um dos meios para proporcionar ações de promoção da saúde e mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas

essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental buscando a promoção, a qualidade de vida e a saúde. (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004). Além disso, o usuário torna-se protagonista do seu cuidado, identificando no processo de cuidado oportunidades de aprendizagem sobre saúde-doença e autonomia. Em relação à rede de apoio à saúde, Mendes a caracteriza, como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população. Sendo assim, conclui-se que a Atenção Primária e as redes de atenção à saúde apresentam objetivos comuns e operam de forma cooperativa, intercambiando recursos e conhecimentos implicando cuidados dos níveis primário, secundário e terciário, prestando atenção oportuna e sob olhares da ESF que acompanha o território. Nas entrevistas, foram citadas como positiva e apoiadora das ações, ainda que no AA.

Sobre as “ameaças”, embora não caiba neste estudo, o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade, é um termo complexo, que se refere às possibilidades de danos ao ser humano, e que o ambiente onde está inserido tem poder de influenciar positiva ou negativamente um indivíduo. O território muito vulnerável foi citado negativamente em sete das 16 entrevistas e demonstra algumas dificuldades listadas pelos entrevistados, como muitos casos de gravidez na adolescência, muitos usuários de drogas, nível de pobreza alto, e que têm impacto direto nos trabalhos das equipes e em seu acompanhamento. Não estão relacionados direto com o AA, mas sem um plano de educação e intervenção junto à população cria-se uma barreira para o andamento do AA. A equipe precisa traduzir as necessidades de saúde em serviços. O item 7 da Tabela adaptada de Bundy et al. (2005), menciona sintonizar o paciente e o provedor do serviço, não só para confirmar o atendimento, mas também para que o usuário entenda o funcionamento do AA e o procure quando necessário. Educar e orientar a população no sentido de ajudar o usuário em seu entendimento sobre o todo o AA.

Outra questão também negativa e classificada como uma ameaça foi a demanda muito alta de pacientes para atendimento. Abreu de Jesus, em seu artigo de 2012, quando faz referência ao AA, refere que, para o sistema há de se equilibrar a oferta e a demanda, além de ter plano de contingência quando necessário. Trata-se da categoria analítica do acesso “Dimensão Econômica” (Quadro 1) que na totalidade concreta busca o equilíbrio na relação oferta/demanda. No entanto, Mendes (2015), afirma que o problema da demanda alta não se

resolve com o incremento da oferta. Há de se considerar que vários estudos relataram que a demanda é maior no início da implantação, pois na maioria dos casos havia demanda reprimida e a demanda deverá atenuar com a segurança da existência do acesso rápido e do mútuo conhecimento entre usuários e profissionais. Além disso, no item 5 do quadro de Bundy, faz-se necessário trabalhar junto ao usuário para reduzir uma demanda futura a fim de preservar a capacidade de atendimento. Em relação à oferta e à demanda dos serviços de saúde, muitas vezes, são utilizados na perspectiva “economicista” de uma relação prestador usuário, sendo o acesso um elemento transformador da realidade e, não apenas, como possibilidade de consecução do cuidado. Estes conceitos ampliam e extrapolam a dimensão econômica, abrangendo aspectos de ordem política, social e cultural (ABREU, 2012).

Não se pode ignorar, então, que haja um desequilíbrio de oferta e demanda que não estão listados nos contratos de gestão, que se faz muito importante um planejamento, conforme Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) a possibilite a interação com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo mais que seja decorrente delas, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas nele preestabelecidos.

Outro fator citado e classificado como uma “ameaça”, são os hiperutilizadores. Nos estudos usados para construção deste texto, não foi encontrada nenhuma citação que os mencionasse. Sendo assim, buscou-se na literatura entender o que são esses pacientes hiperutilizadores; são usuários frequentes dos serviços que fazem várias visitas em um determinado período (ACOSTA, 2012). Os hiperutilizadores consomem muitos recursos na forma de consultas, atendimentos, exames e medicamentos na atenção primária (NEAL et al., 1998). Outro estudo Espanhol – Devis et al. (2008), relatam que os hiperutilizadores têm características em comum, conforme o artigo, a maioria é mulher, com mais de 50 anos, divorciada, solteira ou viúva, e portadora de DCNT (Doença Crônica Não Transmissível). Identificar melhor esses pacientes, visa a auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenções que tornam possível reduzir a visitas no acesso à unidade.

Para Carvalho, Carvalho, Lopes (2015), pacientes hiperutilizadores deveriam ter o diagnóstico revisto ou, pelo menos, suas intervenções de saúde avaliadas a fim de entender a adequabilidade do cuidado proposto à sua condição de saúde, uma vez que recorrem frequentemente à unidade.

Outro tópico muito importante para ser mencionado é o fato de a população ser médica centrada, conforme os entrevistados. Foi citada em quatro entrevistas e faz-se relevante, pois

está intimamente ligada à atuação do enfermeiro na APS. No AA no Brasil, o atendimento é realizado pelo médico e pela equipe multiprofissional, sendo o enfermeiro um protagonista do cuidado e do andamento da equipe. No horário do AA, os pacientes não escolhem qual profissional irá atendê-los. Ou ele será atendido pelo enfermeiro ou pelo médico. Vai ao desencontro do que Machado et al. Relataram em 2005: “a consulta de enfermagem é uma atividade independente, cujo objetivo é propiciar condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa”.

Finalizando, é muito importante ressaltar que, atualmente, vive-se mergulhado em incertezas. Surgindo dúvidas, medo, indecisão e questionamentos frente à velocidade das transformações na saúde, na economia, na política, na cultura e na vida atualmente. Mudanças onde se faz pensar na importância do que se faz, no impacto que ações de saúde têm na vida de cada pessoa que procura um serviço no SUS. Impossível, portanto, conformar-se com atitudes e posturas que possam prejudicar, ferir ou deixar inerte o acesso à saúde de quem precisa naquele momento. E, ainda, a APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não é suficiente que essa preocupação seja quantitativa, por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde e nos contratos de gestão. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor às pessoas usuárias, e mudanças concretas em seu estado de saúde.

## 10.0 CONCLUSÃO

Com este estudo, pode-se identificar fatores que influenciaram favoravelmente na implementação do AA e fatores que influenciaram negativamente na visão dos enfermeiros. Por se tratar de uma modalidade de atendimento diferente do que os trabalhadores estavam habituados, tem-se uma noção de como o contexto de trabalho pode ser melhorado, levando em consideração a concepção dos trabalhadores enfermeiros. A Matriz SWOT demonstrou em quais pontos os gestores têm a possibilidade de interferir para diminuir impactos negativos nos trabalhos diários e onde deve-se fortalecer ações para influenciar positiva e indiretamente todos os envolvidos (usuários e trabalhadores).

Os resultados mostram também que houve mais fatores positivos fortalecedores do que fatores que signifiquem ameaças e fraquezas. Demonstrando que vale a pena o esforço da mudança e sua avaliação por meio da Matriz SWOT, é imperativo o envolvimento de toda equipe da unidade para adequação dos fluxos e rotinas de atendimentos a fim de que todos mergulhem em uma prática colaborativa para o bem do usuário.

Todavia notou-se também que, após a introdução do AA, vários fatores que foram classificados como “fraquezas” na Matriz SOWT, estão presentes no dia a dia de unidades de saúde que não se encontram referidos no modelo do AA. Questões como: alta demanda de pacientes, território vulnerável socialmente, população com olhar médico-centrado são questões que não estão ligadas diretamente à organização do AA. Certamente, tratam-se de questões econômicas, sociais e culturais presentes em grande parte da realidade da APS no Brasil, cuja amplitude e complexidade desses aspectos devem ser estudados intersetorialmente.

Mostrou-se, ainda, que o AA aprimora a prática colaborativa interprofissional entre enfermeiras e outros trabalhadores da APS, otimizando a prática de enfermagem. Sendo assim, o alcance disso passa por fomentos de política de trabalho de maior envergadura relacionando instrumentos jurídicos que permeiem o contrato entre as instituições, o contratante e o parceiro na gestão de serviços.

Acredita-se que a política em educação permanente, projeto aprovado pelo próprio SUS, deva ser o principal centro de investimento para desenvolvimento de recursos humanos, na perspectiva de sucesso do AA no contexto brasileiro. Uma vez que os profissionais de saúde

são os núcleos geradores de todos os serviços. Os profissionais devem trabalhar no nível mais alto de suas habilidades, desta forma, em todo seu escopo de prática. Isto implica organizar características e necessidades da população frente à vulnerabilidade social, modelo de atenção, modelo de gestão e atualização das ferramentas de trabalho, concomitante à política de educação permanente, maximizando sua capacidade e reestruturando sua atuação dentro da equipe.

Por fim, os achados mostraram que grande parte dos enfermeiros veem que, após a implementação do AA, as necessidades dos pacientes são atendidas mais rápidas e oportunas, indo ao encontro dos primeiros idealizadores do AA, Murray e Tantau (2003), e buscando o verdadeiro sentido de acesso compartilhado por profissionais e usuários/famílias.

## **11.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As entrevistas para realização deste estudo aconteceram antes da pandemia do Covid 19. Então os entrevistados no momento, não poderiam prever o que a pandemia iria significar para o acesso à saúde dos usuários na APS. No começo da pandemia, os atendimentos foram suspensos, equipes foram modificadas, agendas foram desfeitas e o AA ficou por um período restrito a pouquíssimos atendimentos, a fim de evitar aglomerações que poderiam colocar em risco usuários e funcionários. Em alguns locais, por algum tempo, as unidades funcionaram apenas para atendimento de pessoas com sintomas respiratórios e entrega de medicamentos. Aos poucos e de acordo com a situação epidemiológica, as unidades voltaram a oferecer atendimentos, mas com restrições e cuidados, tendo em vista a necessidade dos usuários e o caráter de transmissibilidade do Covid. Número menor de vagas para os profissionais atenderem, aumento do tempo de validade das receitas de medicações, medidas higiênicas mais rigorosas, controle e monitoramento dos casos, e o avanço da vacinação foram fundamentais para a continuidade da prestação de serviços na APS. Surgiu outra forma de acesso aos serviços que se tornou ferramenta importante para a continuidade do cuidado e acesso seguro aos serviços de saúde, a telemedicina. Os atendimentos a distância garantem a segurança dos

profissionais e pacientes frente às medidas de isolamento impostas pela pandemia, com esse tipo de trabalho é possível ações de educação em saúde, manutenção do cuidado e, muitas vezes, realização de diagnósticos. Vale ressaltar que têm baixo custo operacional e que suas ações foram regulamentadas por leis de exercício profissional, tanto de medicina como de enfermagem. Todavia, estudos relacionados a esse tipo de atendimento são necessários frente às dificuldades de acesso a meios digitais de grande parte da população.

Atualmente, as unidades onde o estudo foi realizado estão se reestruturando em relação à oferta de atendimentos presenciais. Em algumas, são oferecidas somente oito vagas de AA por dia por equipe, no entanto, há consultas para agendamento e teleatendimento.

É importante ressaltar também que esta dissertação é a produção de uma pessoa que trabalha na atenção primária e que, grande parte de suas reflexões, traz vivências e impressões pessoais sobre o assunto abordado que não foi possível separar da produção do texto.

## 12.0 CRONOGRAMA DE ESTUDOS

	1ºsem 2019	2ºsem.. 2019	1ºsem. 2020	2ºsem 2020	1ºsem.. 2021	2ºsem.. 2021
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	
Planejamento do estudo	X					
Qualificação		X				
Coleta de dados		X				
Transcrição das entrevistas			X			
Análise das entrevistas			X	X		
Redação da discussão					X	X
Correção						X
Versão Final						X
Confecção do Produto						X

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008 - primary health care (now more than ever)**. Geneva: World Health Organization; 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem**. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo: COREN-SP; 1997. p. 101-2

ABREU DE JESUS WL. **Re- significação do planejamento no campo da saúde coletiva : desafios teóricos e busca de novos caminhos** [Dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.

ABREU DE JESUS WL, ASSIS DE ABREU MM. **Acesso aos serviços de saúde : abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 17 (11):2865, 2012.

ACOSTA AM. **Usuários frequentes do serviço de urgência: perfil e motivo da busca por atendimento**. [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do sul, Faculdade de Enfermagem; 2012

ALBUQUERQUE PC, STOTZ EM. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Interface. Botucatu. 2004; 8(15):259-274.

ANSELL D, CRISPO JAG, SIMARD B *et al*. **Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review**. *BMC Health Serv Res* 17, 295 (2017)

ATAKA T, SANTOS SOL. **Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo.** Saúde Coletiva, vol. 3, núm. 13, bimestral, Editorial Bolina São Paulo, Brasil 2007, pp. 19-24.

BARLEM, E.; LUNARDI, V.; LUNARDI, G.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.; SILVEIRA, R.; DALMOLIN, G. **Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, n. spe, p. 79-87, 1 fev. 2013.

BACKES D, ERDMANN A, LUNARDI V, LUNARDI W, ERDMANN R. **Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study.** Online Brazilian Journal of Nursing. 2009; 8 [citado em 04 nov 2012].

BELARDI FG, WEIR S, CRAIG FW. **A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center.** Fam Med. 2004 May;36(5):341-5.

BODENHEIMER T., BAUNER L., SYER S, OLAYIWOLA J. **RN role reimaged: How empowering registered nurses can improve primary care,** <http://www.chcf.org/publications/2015/08/rn-role-reimagined>

BUNDY, G.D.; RANDOLPH GD, M. MURRAY, ANDERSON J, MARGOLIS PA, **Open access in primary care: results of a North Carolina pilot Project.** Pediatrics, 116 (2005), pp. 82-87

CARVALHO IPA, CARVALHO CGX, LOPES JMC. **Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)957](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)957)

CAMPOS CVA, MALIK AM. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** Rev Ad-min Pública 2008; 42(2):347-68.

CARNEIRO A, SILVA SF, **Gestão de Mercado na Saúde: Estratégia Mix de Marketing.** São Paulo, Jefe Editora, 2014.

CHIAVENATO I, SAPIRO A. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações.** 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003

COELHO MO; JORGE MSB. **Technology of relations as device of humanized attendance in basic attention to health in the perspective of access, sheltering and attachment.** *Cien Saude Colet*, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

COLPANI, V., KOWALSKI, S.C., STEIN, A.T. **Clinical practice guidelines in Brazil – developing a national programme.** *Health Res Policy Sys* **18**, 69 (2020)

DALMOLIN GL, LUNARDI VL, LUNARDI Filho WD. **O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão.** *Rev. Enferm. UERJ*, 2009 Jan/Mar.;17(1):35-60.

DARGAHI H, DARRUDI A, ZALVAND R. **Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model.** *Iran J Public Health*. 2019;48(6):1140-1148

DEVIS LVJ, BLANCO SA. **Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición .** *Atencion primaria*, 40(12), 631–632.

FERREIRA, SRS, PERICO LAD, DIAS VRFG. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018 .

GIOVANELLA L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** *Cad. Saúde Pública* 2018 (34) :1-5.

GIOVANELLA L, FLEURY S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.** In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GOMES RS, HERBERT F, PINHEIRO R, BARROS MEB. **Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2007. p. 19-36.

GOODALL S, MONTGOMERY A, BANKS J, SALISBURY C, SAMPSON F, PICKIN M. **Implementation of Advanced Access in general practice: postal survey of practices.** Br J Gen Pract. 2006 Dec;56(533):918-23. PMID: 17132379; PMCID: PMC1934051.

HUFFMAN DM, RITTENMEYER L. **How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review.** Crit Care Nurs Clin North Am. Knirsch CA, Jain NL, Pablos-Mendez A, Friedman C, Hripcsak. 2012;24(1):91-100.

HUDEC JC, S. MACDOUGALL, RANKIN E, **Advanced Access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use.** Canadian Family Physician, vol. 56, no. 10, pp. e361–e367, 2010.

HUDON C, LUC M, BEAULIEU MC, BRETON M, BOULIANNE I, CHAMPAGNE L, et al. **Implementing advanced access to primary care in an academic family medicine network. Participatory action research.** CFP. 2019;65(9):641–7.

LOWEN IMV, PERES AM, ROS C, POLI NP, FAORO NT. **Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):898-903.

MACHADO, MMT et al. **O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de Enfermagem.** Revista Latino-am Enfermagem. v. 13, n. 5, set./ out. 2005.

MACINKO J, STARFIELD B, SHI L. **The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.** Health Services Research, 38: 819-853, 2003.

MAFFINI GA. **Diagnóstico y lineamientos estratégicos para la fundación de ortodoncia.** Córdoba, República Argentina, 2015

MALHAM SA, NASSERA T, MAILLET L , BRETON M. **The challenges of implementing advanced access for residents in family medicine in Quebec. Do promising strategies exist?**, Medical Education Online, 2018. 23:1.

MARTINS MAP. **Gestão Educacional: planejamento estratégico e marketing**. 1. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

MEDEIROS CRG, JUNQUEIRA AGW, SCHWINGEL G, CARRENO I, JUNGLES LAP, SALDANHA OMFL. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família**. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Supl 1:1521-31.

MENDES, E.V.; **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, 2012.

MENDES, E.V; **O Acesso à Atenção Primária à Saúde. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**, Brasília, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY E. (1998). **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**.

MINAYO MCS, COSTA AP. **Técnicas que Fazem Uso da Palavra, do Olhar e da Empatia Pesquisa Qualitativa em Ação**. Aveiro-Portugal, 2019. p. 25- 29

MINAYO MCS. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças**. Rev. bras. educ. med. 2009; 33(supl. 1): 83-91

MURRAY M, BERWICK DM. **Advanced access: reducing waiting and delays in primary care**. JAMA. 2003; 289(8):1035–1040.

MURRAY M, BODENHEIMER T, RITTENHOUSE D, et al. **Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model**. JAMA. 2003;289 (8):1042–1046

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

NEAL RD, HEYWOOD PL, MORLEY S, CLAYDEN AD, DOWELL AC. **Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices**. Br J Gen Pract. 1998;48:895-8.

NICHIATA LYI, BERTOLOZZI MR, TAKAHASHI RF, FRACOLLI LA. **The use of "vulnerability" concept in the nursing area.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(5): 923-8.

NUNES, E.D. **A doença como processo social.** In: Canesqui, A.M. (org). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. SP: Fapesp/ Hucitec, 2000. p.217-229.

OELKE ND, BESNER N, CARTER R. **The evolving role of nurses in primary care medical settings.** International Journal of Nursing Practice, 20, 629-635.

OLIVEIRA, SKP, QUEIROZ, APO, MATOS DPM, MOURA AF, LIMA FET. **Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v. 65, n.1. jan./fev, 2012.

PAES GO. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde.** – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

PIMENTA, CAM et all. **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP.** São Paulo: Coren-SP, 2015

PIRES FILHO, LAS. et al. **Acesso Avançado em uma Unidade e Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2019

PRADO EVD, SANTOS ALD, CUBAS MR. **Educação em saúde utilizando rádio como estratégia.** Curitiba: CRV; 2009.

REZENDE DA. **Planejamento Estratégico para Organizações: públicas e privadas.** 1. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2008.

ROBBINS SP. **Comportamento organizacional** 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002

SALISBURY C, MONTGOMERY AA, SIMONS L, SAMPSON F, **Impact of advanced access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study,** British Journal of General Practice, vol. 541, pp. 608–614, 57

SCHWEITZER, G. **Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal

de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>> Waldvogel BC , Capassi R, Morais LCC, **Qual trajetória a população paulista seguirá no futuro?** Ano 18 – no 4 , Novembro 2018.

SILVA JES, MEDINA MG, AQUINO R, FONSECA ACF, VILAS-BÔAS ALQ. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador**, Bahia. Rev Bras Saude Mater Infant. 2011;10 Suppl 1:49-60.

SOUZA LPS, SOUZA AMV, PEREIRA KG, FIGUEIREDO T, BRETAS TCS, MENDES MAF, et al. **Matriz Swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino**. Gestão Saúde [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 18];4(1):1911-21.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002

STARFIELD, B. **Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TANCREDI FB, BARRIOS SRL, e FERREIRA JHG, **“Planejamento em saúde,” e-Coleções FSP/USP**, acesso em 27 de setembro de 2021, <http://colecões.sibi.usp.br/fsp/items/show/2378>.

WITT MJ. **Advanced Access Works! Improved Patient Satisfaction, Access, and P4P Scores**. Medical Practice Management, 2006.

WOLLMANN A, Ros C, LOEWN IRV, et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**, Curitiba, 2014

World Health Organization (WHO). **The world health report 2008 - primary health care (now more than ever)**. Geneva: World Health Organization; 2008.

## APÊNDICE I

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### Identificação

Nome:

Curso de Graduação:

Pós-graduação na área da ESF:

Nome da Unidade:

Cargo na UBS:

Tempo de trabalho na Atenção Básica:

Tempo de trabalho na UBS:

#### Questões

7. COMO SE DEU A IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM SUA UBS E EM SUA EQUIPE?
8. QUAL O PAPEL DO SENHOR(A) NA IMPLANTAÇÃO DESSA MUDANÇA?
  - Compromisso e envolvimento na implantação do AA;
  - Orientação, qualificação técnica para atuar nesse novo modelo de atendimento.
9. COMO O SENHOR AVALIA A INTER-RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS, GESTORES E USUÁRIOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO AA?
  - Vínculo com o usuário após a implantação da mudança;
  - Melhoria no trabalho de equipe e entre as equipes;
  - Dificuldades enfrentadas e como estão sendo trabalhadas junto à gerência.
10. COMO O SENHOR(A) AVALIA AS CONDIÇÕES BIOPSISSOCIAIS DA POPULAÇÃO QUE SUA UNIDADE É RESPONSÁVEL E A CAPACIDADE DE RESPOSTA DAS EQUIPES ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO?
  - Condições de saúde-doença e capacidade de atender as necessidades com universalidade, equidade e integralidade.
11. O QUE É NECESSÁRIO APRIMORAR PARA MELHORAR O ACESSO ÀS UNIDADES? QUAIS OS LIMITES E POTENCIALIDADES DO MODELO DO AA?
12. APÓS SUA EXPERIÊNCIA COM A IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO, O QUE SENHOR(A) ENTENDE POR ACESSO À SAÚDE?

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TRABALHADORES DE SAÚDE)

Convidamos o Sr (a) para participar da Pesquisa “Implementação do acesso avançado em unidades de saúde da família: processos e resultados”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli, tendo por justificativa a necessidade de analisar a nova forma de agendamento às consultas nos serviços de saúde que vem sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa tem como objetivos:

- 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.

Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio de uma entrevista ou participação em grupo focal que tratará sobre os serviços de saúde públicos de saúde onde atua. As entrevistas poderão ter duração de até 20 minutos e a participação nos grupos focais até 1 hora.

Como risco, poderá ocorrer desconforto em participar da pesquisa relacionado a não querer abordar o assunto na entrevista com o pesquisador ou no grupo focal com outros participantes. Garantimos que a entrevista será realizada com pesquisador que não compõe o quadro de trabalhadores da instituição em que o Sr (a) trabalha. Caso tenha algum desconforto relacionado a interrupção de seu trabalho, a entrevista poderá ser reagendada em dia e horário mais apropriados. Mesmo depois de consentir em participar, caso haja algum desconforto, o Sr (a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa ou a seu trabalho no serviço de saúde. Não há benefício direto da pesquisa ao Sr (a). Os resultados do estudo poderão trazer subsídios para melhorar o acesso aos serviços de saúde em que atua, propiciando melhor equilíbrio entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde deste território.

O Sr (a) não terá nenhuma despesa e nem receberá nenhuma remuneração. Caso haja eventuais danos decorrentes da pesquisa é garantida a indenização.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O anonimato e sua privacidade estarão garantidos em todas as fases da pesquisa. Se tiver dúvidas sobre a pesquisa, o Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço “Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419-telefone: 3061-7652 – celular da pesquisadora para dúvidas quanto ao projeto: 653616000” ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (CEP), “Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858, e-mail – [cepee@usp.br](mailto:cepee@usp.br)”. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS) para dúvidas e denúncias éticas, pelo telefone: 33972464 ou pelo email: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com)

O Sr. (a) deve rubricar todas as suas páginas e assinar duas vias. O Sr (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada pelo pesquisador. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

---

Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar, caso não saiba assinar



Data:

## ANEXO I

Matriz SWOT para cada entrevista realizada.

Enfermeiro 1

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Processo foi acontecendo aos poucos ...</b>”foi um processo que nós fomos construindo aos poucos...”</p> <p><b>-Processo de aprendizagem conjunta:</b> aprendizagem organizacional  “...a gente estudou junto, vimos o que tinha de artigos, aí divulgamos os artigos, a gente trocou artigos para além nesse sentido, mas nada formal, foi uma troca de experiência mesmo assim de leitura”...</p> <p><b>-Construção junto com os trabalhadores,</b>  “...a gente construiu com os colaboradores então acabou sendo tranquilo por isso, pq eles participaram das discussões de como seria melhor...”</p> <p><b>-Discussões e reuniões técnicas</b></p> <p><b>-Profissional faz a gestão de sua agenda,</b>  “...com AA que fica mais fácil para você planejar, exemplo: vou agora resolver esse caso aqui, porque não tenho uma agenda por trás que eu teria para planejar, então pela característica da população de ser imediatista, a gente consegue dar um retorno maior pelo do AA...”</p>	<p><b>-Profissionais resistentes ao AA</b>  “...teve e ainda tem resistência, mas é daquele profissional específico, pq a gente sabe que tem resistência a mudar tudo dentro da Unidade...”</p> <p><b>- Forma mista (acolhimento e AA),</b> “...que hoje a gente ainda não consegue absorver a demanda da Unidade, Então nosso AA não é aberto o tempo todo, a gente trabalha com liberação de vagas por períodos...”</p>
Fatores externos	<p><b>-Rede de apoio na saúde e equipamentos sociais,</b> perspectiva de fortalecimento, “... com relação a isso, a gente já tem um acesso melhor, uma comunicação melhor com outras redes e aqui eles têm bastante coisa, bastante ONGs que ajudam às escolas e estão fazendo um trabalho mais próximo com a saúde...”</p> <p><b>-Cuidado em rede,</b> “...tem um diálogo com o CAPS, a gente tem já uma melhora na rede de apoio...”</p>	<p><b>-Território muito vulnerável</b>  -Alta rotatividade de pessoas no território, ...”aqui é um território muito vulnerável, as pessoas mudam muito...”</p> <p><b>-Demanda muito alta</b></p>

## Enfermeiro 2

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Atendimento em até 48 horas,</b> “...quando não tinha o Acesso Avançado a questão da pessoa vir e ser agendada para 3 meses pra frente, 4 meses pra frente hoje não tem mais, se ele não conseguir vaga hoje, no dia seguinte ele consegue.</p> <p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA,-</b> “...tivemos vários treinamentos e oficinas para poder construir esse novo conceito de atendimento e d acesso, isso ocorreu gradativamente na Unidade...”</p> <p><b>-Profissionais acreditam no AA</b></p> <p><b>- Equipes “irmãs”,</b> “...as equipes “irmãs”, por exemplo, eu tô de VD, então, eu tenho uma equipe “irmã”, quando eu tô de VD, a enfermeira ela atende os meus pacientes e, o contrário também acontece...”</p> <p><b>-Aumento no número de cadastros</b></p> <p><b>-Baixa rotatividade de profissionais</b></p> <p><b>-Treinamentos e reuniões para avaliação e melhoria dos fluxos,</b> “...nós temos , semanalmente, nossa reunião técnica aqui, a gerência e os médicos e enfermeiros. Nessas reuniões, além de trazer alguma outra coisa pontual, a gente acaba discutindo como que tá o Acesso, o que as pessoas têm percebido. Mudanças no agendamento foram feitas ao longo desse período...”</p> <p><b>- Capacitação e matriciamento para médicos com especialistas</b></p> <p><b>- Readequação dos horários das equipes,</b> “...fizemos uma reformulação de agenda para poder contemplar uma maior, maior número de profissionais atendendo no primeiro horário...”</p> <p><b>-Profissional faz a gestão de sua agenda,”</b>... se ele precisa de um tempo maior, eu tenho esse tempo maior comigo. Aquela pessoa que vem pra uma coisa mais simples, cuja necessidade de atendimento é de um tempo reduzido, ele tem também sua necessidade atendida.”</p>	<p><b>-Estrutura física da unidade,</b> falta de sala , “...nós temos aqui um problema de estrutura física, mas nós não temos o número de salas suficientes para poder comportar todos os profissionais atendendo ao mesmo tempo...”</p>

Fatores externos	<p><b>-Conhecimento da população sobre o AA,</b> “... foco no agente de saúde para que ele leve informação e diga “olha, meu amigo você não precisa tá lá no posto 5 horas da manhã. A tua equipe entra às 7, ele vai começar atender às 7 e vai ter vaga de manhã e vaga à tarde. Então, não precisa fazer fila”, foi um trabalho grande de formiguinha avisando às pessoas da mudança de Acesso.”</p>	<p><b>-Demanda muito alta</b>  <b>-Dificuldades nos encaminhamentos para especialistas e exames,</b> “...preciso de uma vaga para um paciente com problema ‘x’ de coluna que precisa fazer uma ressonância, não tem vaga. Ai tem uma gestante que precisa fazer um ultrassom, não tem vaga. Ela paga, hoje, ela paga.”  <b>-Território muito vulnerável,</b> “...temos áreas dentro da comunidade de grande vulnerabilidade, então, isso é um ponto bem importante que difere a comunidade de Paraisópolis de outras comunidades...”  <b>-Hiperutilizadores</b></p>
------------------	---	---

## Enfermeiro 3

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p>- <b>Grupos de trabalho para discussão e implantação</b>, “...GTs para discussão e implantação do AA, eu fiz parte desse estudo, então a gente foi levantando algumas questões que, provavelmente, seriam trabalhadas durante o AA, a questão agenda de adequação, de como seria esse processo</p> <p>- <b>Controle interno da equipe</b> “... controle interno da Equipe, ...quando a gente percebia que o paciente não estava vindo...a gente fazia busca ativa, ou reservava um período de visita para atendimento desse paciente.</p> <p>- <b>Tempo para consulta até 48 horas</b>, “...hoje em dia, a proposta e a gente estar resolvendo no dia o problema que o paciente trouxe ou no máximo até 48 hs.”</p> <p>- <b>Mudanças na agenda</b>, “...por enquanto eu e a coordenadora estamos fazendo um diagnóstico situacional e a gente já mudou a agenda. A gente já fez a proposta nova de agenda, já começou a funcionar.”</p> <p>- <b>Processo de construção contínua</b>, “...Acho que é um processo contínuo, né? Não tem uma fórmula mágica a gente não tem. É um processo de construção contínua, então, a gente tem que avaliar bem os processos em busca das respostas do paciente, para a gente sempre trabalhar a melhoria.”</p>	<p>- <b>Rotatividade de profissionais</b></p> <p>- <b>Tempo de espera dentro da unidade alto</b>, “...a gente tem essa questão da demora dentro da Unidade. Tem gente que chega às 7 hs da manhã e vai ser atendida às 9, 10 hs, é essa a reclamação que a gente tem tido.</p>
Fatores externos		- <b>Demanda muito alta</b> , “... aumenta bastante a demanda do profissional, então, a agenda fica mais cheia...”

## Enfermeiro 4

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Tempo para consulta até 48 horas</b>, “...antes do Acesso Avançado existia uma fila de espera para agendamento de consulta de 2, 3 meses. Então isso foi um ponto muito positivo, que as pessoas conseguem passar no mesmo dia,</p> <p><b>-Flexibilidade de agenda</b>, “...nosso trabalho fica muito mais flexível..., isso é muito positivo para a gente, porque aí a gente consegue flexibilizar e ofertar uma quantidade reduzida de consultas naquele período, para poder fazer outras atividades.”</p> <p><b>- Aumento do vínculo com usuários</b>, “...Acho que o vínculo também que a gente cria é muito bom.”</p> <p><b>- Grupos de trabalho, discussões, reuniões técnicas</b>, “...os grupos de trabalho aqui na Unidade que também se responsabilizam mais por tomar à frente de certos temas...”, “... uma potencialidade são as reuniões técnicas que a gente tem toda semana. Então nessas reuniões a gente consegue discutir os fluxos, as condutas e fazer educação continuada</p>	<p><b>- Rotatividade de profissional</b></p> <p><b>-Tempo de espera alto dentro da unidade</b>, “...os pacientes ficaram um pouco incomodados com a demora do atendimento, porque o tempo de espera aumentou no dia do atendimento,</p> <p><b>-Falta de profissionais</b>, “...às vezes, acaba faltando mão-de-obra mesmo e espaço para absorver tudo. Acho que essa é uma limitação grande, porque há dias que vem sei lá 40 pessoas para uma equipe, mas há dias que vem 100, então, acho que isso é uma limitação</p> <p><b>- Sem treinamento</b>, “...então não teve muito treinamento para isso, não nessa Unidade...”</p>
Fatores externos	<p><b>-Rede de apoio na saúde</b>, “...matriciamento então com o NASF que são muito ricos, mas também CAPS, CAPS adulto, CAPS infantil, CAPS ADI, ...a gente também consegue discutir temas e aprofundar casos mais complexos.”</p>	<p><b>-Demanda muito alta</b>, “...a demanda é muito grande, então, em alguns momentos isso acaba gerando até conflito dentro da equipe, porque é muita gente para absorver em alguns momentos e aí precisa tá muito bem alinhado todos os fluxos para não sair do controle,</p> <p><b>-Território muito vulnerável</b>, “...pessoas em alta vulnerabilidade, bastante questões de drogas de situação na adolescência,...</p> <p><b>-Desconhecimento da população sobre o AA</b>, “...leva tempo, tanto para gente adaptar-se, quanto para a população</p>

		<p>entender qual que é o fluxo, qual é a nossa proposta...”</p> <p><b>-Hiperutilizadores</b>, “... vem muita gente repetida, várias vezes em curto espaço de tempo”.</p>
--	--	--

## Enfermeiro 5

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Profissionais acreditam no AA,</b> “...trabalhamos bastante a questão de territorialização de fazer diagnóstico, exame diagnóstico diferenciado da área..., então o acesso foi implantado no intuito de aumentar a oferta para a população.”</p> <p><b>- Profissional já conhecia o AA,</b> ...”eu já tinha experiência de acesso em outras unidades, então, não foi, foi só questão mesmo de acertar, qual que é a parceira.”</p> <p><b>- Equipe trabalha junto,</b> “...teve que melhorar essa interação, porque a gente tinha mais contato com outras equipes, então ficou diferente..., com o Acesso a gente começou a ter contato com todos os profissionais e, aí, hoje melhorou o atendimento ...”</p>	<p><b>- Sem capacitação prévia,</b> “... a gente só teve mesmo as reuniões aqui internas, né? As discussões aqui internas sobre o território e como se daria isso dentro das equipes.”</p> <p><b>- Equipes desfalcadas,</b> “...hoje como a gente tá com as equipes desfalcadas, eu acho que a gente entender que ter equipe completa seria bom para a gente conseguir melhorar.”</p> <p><b>- Protocolos de enfermagem pouco resolutivos,</b> “... tivemos que rever os protocolos de atendimento de enfermagem, porque no Acesso você tem de ser mais resolutivo..., você tem que de mais resolutivo na hora do atendimento do Acesso, foi isso, eu fui atrás disso, eu mesmo, particular eu fui atrás disso.”</p>
Fatores externos		<p><b>- Baixa compreensão dos usuários sobre o AA,</b> “...eles ainda têm um pouco de dificuldade, então, quando eles chegam, eles ainda questionam algumas coisas.”</p> <p><b>-Rede referenciada distante,</b> “... nossa referência de maternidade é lá na Vila Mariana..., o CAPS AD é lá no Campo Limpo, então, aí onde eles também não entendem que atenção básica não dá esse suporte.”</p>

## Enfermeiro 6

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Discussão, reuniões técnicas,</b> “...começamos a discutir em algumas reuniões técnicas, os enfermeiros e os médicos para a gente entender primeiro o que é o acesso avançado. Foi explicado também como funcionava em algumas unidades-piloto aqui do instituto. Daí, a gente tentou discutir como seria a melhor forma de implantar, de acordo com a nossa realidade local.”</p> <p><b>-Exemplos de unidades-piloto</b></p> <p><b>-Experiência anterior da profissional</b></p> <p><b>-Treinamentos com ACS,</b> “...com os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem, a gente fez sim momentos de adaptação, com reuniões e encontros para que eles entendessem, qual era a diferença entre acesso , acolhimento e demanda espontânea. Porque como são eles que estão mais próximos da população , na rua , fazendo visita, porque eles também teriam de informar que a consulta não seria mais agendada...”</p> <p><b>-Sempre alguém da equipe para acolher</b></p> <p><b>-Não houve necessidade de aumento de RH,</b> “...a gente já tinha essa estrutura de quantidade de equipe e auxiliares... , para entrar o acesso, a gente só precisou reorganizar os fluxos e sobretudo as agendas.”</p> <p><b>-Minoria de vagas para agendamento prévio</b></p> <p><b>-Casos mais urgentes atendidos mais rápido,</b> “... Com o acesso os casos mais importantes, mais urgentes de pessoas, mais ansiosas conseguiram passar em até 72 horas. Para essas pessoas, foi extremamente importante.”</p> <p><b>-Toda equipe da unidade participa do AA,</b> uso de computador facilita o trabalho, “...A gente tem as planilhas que</p>	<p><b>-Estresse na mudança</b></p> <p><b>-Troca de profissionais</b></p> <p><b>-Tempo de espera para uma consulta no dia,</b> “...É complicado porque sempre que a gente tenta mudar, nunca vai agradar todo mundo. No início, foi bem estressante, as pessoas reclamavam bastante da espera.”</p>

	<p>são preenchidas na recepção, que tem os pacientes com as queixas e têm como fazer os filtros para entender quais as queixas mais prevalentes e quantas vezes eles têm passado,... é tudo no computador. Como o médico atende na planilha pelo computador, ela fica na rede, então, eles preenchem essa planilha única”.</p> <p><b>-Profissional aproveita melhor o tempo de consulta,</b> “...essa vaga aberta, esse tempo, para fazer mais ações para dar um atendimento melhor, eu tenho percebido sim. Porque quando a gente não está engessado, o horário, e a quantidade de horas para cada um , daqueles casos mais simples para as pessoas que têm menos queixa, a gente consegue sim, dar um atendimento mais rápido e pode sobrar mais tempo para investigar outros casos, então, a gente teve sim essa maleabilidade...”</p> <p><b>- Processo de educação contínua,</b> ...a gente preocupou-se era se todos os profissionais , eles tinham os mesmos saberes, as mesmas qualificações , já que todo mundo precisaria atender os mesmos pacientes,... A gente precisou se organizar para isso, ....a gente tentou ao máximo que todos tivessem essa capacitação básica que é importante já para atenção primária."</p>	
Fatores externos	<p><b>-Liberdade p,ara cada gestor adaptar, de acordo com sua realidade,</b> “...Não veio uma determinação da empresa, na verdade, cada gestor conseguiu fazer da forma que fosse melhor para sua unidade.”</p>	<p><b>-Aceitação dos pacientes, demora para entender o AA</b></p> <p><b>-Hiperutilizadores,</b> “...porque o que acontece é que a gente percebeu que há algumas pessoas que vêm toda semana, o que a gente chama de</p>

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Discussão, reuniões técnicas,</b> “... Aqui primeiro a gente passou por oficinas que a área técnica fez. Para falar desse novo modelo, como seria implantado, quais seriam os desafios, quais seriam as qualidades desse novo atendimento. A gente foi aplicando essas oficinas com a reunião técnica.</p> <p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA,</b> “...veio até médico da área técnica nos ajudar, como seriam essas consultas tão específicas de acesso.”</p> <p><b>-Profissionais acreditam no AA,</b> “...um modelo que eu acreditava que daria certo. Então, acho quando a gente acredita... A gente sabia que ia ter muitos desafios, mas a gente achava que ia ser melhor à população.”</p> <p><b>-Baixa rotatividade de profissionais,</b> “... eles gostam de saúde pública, então acho que eles entendem muito essa hospitalidade . Os enfermeiros também. ... que já tem 6, 7 anos aqui. Então, a gente já conhece muito...”</p> <p><b>-Profissional aproveita melhor o tempo de consulta,</b> “...aproveitar que o paciente hipertenso veio por conta de uma dor de garganta. Já aproveita pra ver receita, aferir a pressão, solicitar um exame.”</p> <p><b>-Profissional faz a gestão de sua agenda,</b> “...porque a partir do momento que eu conheço e sou eu que vou atender os meus pacientes, eu sei quem eu preciso priorizar...”</p> <p><b>-Tempo para consulta até 48 horas,</b></p>	
Fatores externos		<p><b>-Território muito vulnerável,</b> “...A gente tem um público muito vulnerável. Em todas as áreas, têm uma micro, duas micros que tem uma população mais vulnerável.”</p> <p><b>-Demanda muito alta,</b> “... a nossa população é muito maior do que a gente consegue atender. Nós estamos com um</p>

		<p>número muito maior de pessoas do que a gente consegue, então, acaba tendo essas dificuldades de passar mesmo durante o dia.”</p> <p><b>-Desconhecimento da população sobre o AA,</b> “...A gente teve bastante dificuldade. Até hoje, a gente tem[...] alguns gostaram, outros não gostaram.”</p>
--	--	--

## Enfermeiro 8

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Equipe conhece o território e usuários,</b> “...para minha equipe foi muito tranquilo, porque é a mesma equipe formada há 5 anos, então, a gente já conhece os pacientes, a gente já sabe mais ou menos a história de cada um, então, foi mais fácil.”</p> <p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA,</b> “...treinamentos sobre a história do Acesso Avançado, como funcionava em outras cidades, até mesmo para essa questão de não gerar ansiedade, dessa demanda toda, do fluxo que ia aumentar...”</p> <p><b>- Equipes “irmãs”,</b> “... os pacientes são encaminhados ou para mim ou para minha médica. Se nós dois não estivermos, que é muito difícil, um dos dois sempre está, se não tiver, aí sim, vai à equipe “irmã”, “...então, acaba tendo relacionamento melhor com as outras equipes, com os outros colegas de trabalho.”</p> <p><b>- Agentes de saúde orientam a população,</b> a gente tem uma fala constante com os agentes de saúde também para orientar esses pacientes os horários, que a equipe está aqui, pra evitar que cheguem aqui e não encontrem a equipe,</p> <p><b>-Discussão, reuniões técnicas,</b> “... os treinamentos são constantes, a gente discute isso toda semana em reunião técnica, para tentar a melhoria do processo, melhoria de fluxo.”</p> <p><b>-Baixa rotatividade de profissionais,</b> “... porque eu tenho médico na equipe, a mesma médica nós estamos juntos aqui, há 5 anos na mesma equipe.”</p> <p><b>-Tempo para consulta até 48 horas,</b> “...para o paciente, ficou muito melhor pela garantia do atendimento, de você depender de uma vaga do sistema para</p>	<p><b>-Equipes incompletas,</b> “...foi difícil pra quem não tinha médico na equipe, o enfermeiro que estava sozinho, acaba sobrecarregando”, mas ainda há equipe que não tem médico</p>

	<p>agendar é muito mais complicado, é coisa para 2, 3 meses, hoje não.”</p> <p><b>-Interconsulta</b>, “Os nossos consultórios são muito próximos -meu e da médica, então se eu tenho alguma dificuldade, eu a chamo para fazer uma Interconsulta, aí ela entra para me ajudar no desfecho.”</p>	
Fatores externos		<p><b>-Território muito vulnerável,</b></p> <p><b>-Casos de emergência no AA</b>, tem muita queixa de coisa aguda,... Mas chega tudo aqui, chega a emergência,</p> <p><b>-Demanda muito alta</b>, a gente tem aquela sensação de que vai ser engolido pela demanda,</p>

## Enfermeiro 9

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA</b>, “... já tinham feito os treinamentos com a equipe de toda a conceituação de acesso, mudança de agendas e construção de agenda com os profissionais, antes da implantação.”</p> <p><b>-Profissionais já conheciam AA</b>, “... teve a contratação e profissionais que já vieram, por exemplo, do Rio de Janeiro, com experiência em Acesso Aberto atendendo de tudo, fazendo todos os procedimentos.”</p> <p><b>-Indicadores melhoraram</b>, “... hoje, pelas análises aos números de cartão do SUS, a gente vê que as entradas têm sido ampliadas, então, eu estou conseguindo dar acesso a um número maior de pessoas que não chegavam antes...”, “... gente que tinha uma taxa de encaminhamento aqui, quando eu cheguei em torno de 21%, hoje a gente tem uma taxa de encaminhamento em torno de 7%, então, quer dizer, a gente consegue resolver muito mais coisa aqui do que encaminhar.”</p> <p><b>- Aumento do vínculo</b>, “... esse vínculo, eu noto muito, por exemplo, naquelas questões, eu não sei se é porque eram programáticas e a gente já tem um trabalho mais de longa data, por exemplo, com gestante e com criança, eu noto muito isso, e paciente hipertenso e diabético ...”</p> <p><b>-Discussão, reuniões técnicas</b>, “...a gente tem aí uma longa caminhada ainda, acho que precisa investir ainda muito em treinamento, em qualificação, capacitação em trabalho e em processo de trabalho.”</p>	<p><b>-Alta rotatividade de profissionais</b>, “... a gente também já trocou bastante de profissionais, porque nós tivemos muita mudança de profissionais. A gente mudou muitos médicos, mudou muitos enfermeiros, a coordenadora de quando eu entrei, era uma, agora é outra. Então, assim, eu vejo bastante essa rotatividade de profissional.”</p> <p><b>-Protocolos de enfermagem pouco resolutivos</b>, “... e há algumas coisas do nosso protocolo aqui de São Paulo ainda, que mesmo pelo Ministério que é liberado, a gente ainda aqui não tem essa liberação, ...Então, eu acho que a gente, ainda como a categoria, precisaria evoluir mais...”</p> <p><b>-Medo da mudança</b>, “...esse medo deles em relação a essa forma de trabalho. Aí ao longo do trabalho, a gente foi acho que clareando um pouco isso para eles essa questão...”</p>

Fatores externos		<p><b>-Hiperutilizadores</b>, “... a gente tem muito hiperutilizador, há paciente que vem aqui todos os dias. Assim, essas situações elas fazem, querendo ou não que a gente precise de mais tempo.”</p> <p><b>--Casos de emergência no AA</b>, “... procuram aqui, realmente, em situações agudas, então, isso acaba prejudicando um pouco.”</p>
------------------	--	---

## Enfermeiro 10

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Implantação gradativa</b>, “... a implantação aqui nessa unidade começou de um modo gradativo, iniciou com duas equipes e depois se expandiu às demais.”</p> <p><b>-Treinamentos e discussões antes da implantação</b>, “Tiveram algumas oficinas aqui na Unidade, ...era propriamente sobre o acesso mesmo, como seria a implantação. Esse envolvimento mesmo do agente comunitário, a maneira de trabalhar com essa população, em relação às demandas, as queixas, como que a gente poderia estar trabalhando.”</p> <p><b>-Equipes irmãs</b>, “ .. As equipes mais em interação, acabam trabalhando mais com outros profissionais...”</p> <p><b>-Novos meios de acompanhamento longitudinal</b>, “... a gente está tentando pegar os crônicos em visita, nos grupos que a gente acaba convocando, grupo para avaliação de pé-diabéticos...”</p> <p><b>- Readequação dos horários das equipes</b>, “... hoje, o que a gente está fazendo é adaptar algumas coisas em relação à agenda dos profissionais mesmo, e rever de repente esse horário. Vai estar sendo revista essa coisa de liberar vagas para o dia todo; de repente vai voltar como foi há tempos atrás logo no início, que liberava uma quantidade de vagas ‘x’ no período da manhã, em determinados horários para essa população de repente não vir toda de manhã e pegar vaga para o dia todo.”</p> <p><b>-Agendamentos extra</b>, “...então, para eu não pegar uma vaga de Acesso, eu já pego uma vaga que seria de consulta.”</p> <p><b>-Atendimentos em grupo</b>, “... a população que passa mais vezes, a gente consegue um pouco mais de flexibilidade. Há grupo para troca de receita, tem outras mãos, outros braços para gente conseguir dar conta da população.”</p> <p><b>-Interconsulta</b>, “...muitas vezes, eles acabam tendo que fazer interconsulta, ou seja,</p>	

	<p>intervenção do médico diante daquela situação, porque muitas vezes as sete queixas daquele horário, daquele momento são queixas clínicas, dor de garganta, febre de 2, 3 dias, uma hipertensão, ...”</p>	
<p>Fatores externos</p>	<p><b>-Educação da população,</b> “ No processo de mudança, nós trabalhamos bastante com a população e com as agentes comunitárias de saúde. Antes de começar, de implantar mesmo, a gente já foi trabalhando os usuários”.</p>	<p><b>-Rede de atenção,</b> “Pronto socorro longe, os mais próximos são o Ama da Vila Prél, o AMA Capão Redondo, então, há algumas pessoas que acabam indo pra lá, porque da Unidade pra essa área é uma distância muito grande.”</p> <p><b>-Demanda muito alta</b></p> <p><b>-Hiperutilizadores</b> “...esses aí reclamam um pouco mais porque eles não se beneficiam tanto,...acabam tirando teoricamente a vaga daquele que tentava vir agendar consulta em horários diferentes ou que não conseguiam estar vindo aqui direto.”</p> <p><b>-Muitas queixas agudas,</b> “O problema são as queixas agudas, há muita queixa aguda, bastante, ... Porque de certa maneira acaba se tornando um AMA, um Pronto Socorro, porque vem muita dor de garganta, muita diarreia.’</p>

## Enfermeiro 11

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA</b></p> <p><b>-Profissionais mais próximos</b></p> <p>- <b>Equipes “irmãs”</b>, “... têm que se conversar, então, num momento em que um profissional está ausente, o outro esta presente, então, enquanto eu estou em visita, minha enfermeira “irmã” precisa estar presente aqui para cobrir as demandas de minha equipe e vice-versa.”</p> <p><b>-Aumenta o vínculo</b>, “...a gente percebe que aumenta o vínculo, porque você começa a atender só as pessoas de sua equipe.”</p> <p><b>-Reuniões e discussões periódicas com toda equipe</b>, “... a gente tá caminhando...estamos fazendo as oficinas do Planifica para deixar alinhadinho e tá surgindo um efeito legal, a gente tá sempre melhorando”. “É contínuo, a gente sempre fala do Acesso. O Acesso nunca é esquecido, a gente sempre fala, seja sei lá para dar sugestões, seja pra reclamar, seja para qualquer tipo de alinhamento, a gente sempre está conversando sobre o Acesso.”</p>	<p><b>- Equipe incompleta</b></p> <p><b>- Acompanhamento longitudinal</b>, “...para essas prioridades gestante, criança, saúde mental fica apertadinho, criança sobretudo, não têm a vaga, eles não voltam, não voltam, você tem de ficar indo atrás, então, acho que acaba se perdendo...”</p>
Fatores externos	<p><b>-Educação para a população sobre AA</b>, “...não adianta só a gente mudar, eu acho que também essa educação da população, essa orientação à população que vem, não só da gente, dos agentes comunitários, da recepção, de todo mundo, se isso não mudar e ficar 100% alinhado, nunca o Acesso será 100%. A gente não consegue fazer Acesso com uma pessoa só querendo fazer, acho que todo mundo precisa aceitar também.</p>	<p><b>- Demanda muito alta</b> , “...eu acho que essas vagas que a gente oferta, ainda não são suficientes...”</p> <p>-População médico centrada, “..É mais uma questão dos usuários e eu acho que se a gente educasse mais a população, explicasse mais à população a importância que a avaliação tem com a equipe, não só enfermeiro, não é só médico e enfermeiros, temos fisioterapeutas, educador físico, educador... Eu acho que a população é médico centrada, bem médico centrada mesmo, isso tinha que mudar, porque o Acesso precisa disso.”</p> <p><b>-Muitas queixas agudas no AA</b></p>

		<p><b>-Desconhecimento da população sobre o AA</b></p> <p><b>-Hiperutilizadores,</b> “... Há uns que sempre vêm, não é, que acaba vindo mais ainda, ...mas essa população que vem, em geral, usa mais, “agora eu posso ir na hora que eu quiser, não preciso agendar”. Mas, essas pessoas que sempre vêm, acabam vindo e pegando lugar dessas novas pessoas que, realmente, precisam do atendimento.</p>
--	--	--

## Enfermeiro 12

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>- Flexibilidade de agenda</b>, “...Quando é uma gestante que precisa toda semana a gente acaba marcando mesmo. A gente acaba convocando que a gente vê, que não tá vindo no prazo adequado. Então, nesses grupos a gente vai tentar filtrar, tentar controlar um pouquinho mais a presença deles aqui.”</p> <p><b>-Equipe participa do planejamento</b>, “... Então, é uma mudança de cultura mesmo, que a gente... que vai tendo de fazer todo o tempo. Ai, em questão de gestão, questão dos profissionais... Como a gente tem bastante espaço para discutir sobre essas coisas, acaba sendo um processo tranquilo, porque a gente participa de toda execução e também dos planejamentos de que a gente pode ir melhorando o acesso.”</p> <p><b>-Aumentou o acesso (cadastros novos)</b>, “Eu acho que isso dá espaço para dar acesso a muitas pessoas que antes não tinham..., abre-se um caminho maior por conta dos horários e a possibilidade da pessoa chegar aqui, depois do expediente de trabalho dela e poder ser atendida, tem a demanda dela atendida.”</p> <p><b>-Equipe disposta para mudanças</b></p> <p><b>-Reuniões técnicas periódicas</b>, “... nas nossas reuniões técnicas esse é um assunto que sempre está presente para... Justamente tentar melhorar.”</p> <p>- Novos meios para acompanhamento longitudinal, “...Como fica muito ao critério da procura deles, a gente está também procurando alternativa pra trazê-los para cá também, de volta porque a gente precisa desse acompanhamento mais frequente.”</p>	<b>-Pouco treinamento antes da implantação</b>

Fatores externos		<p><b>-População médico centrada</b>, “...O que eu ainda sinto é que os pacientes ainda não compreendem, tanto essa questão de atendimento multiprofissional. Eles têm um enfoque para o médico assim muito muito forte.</p> <p>Então, com o acesso, a gente trabalha dessa forma, todo mundo atendendo.”</p> <p><b>-Muitas queixas agudas no AA</b>, “... Eu acho que dificulta, quando esse modelo acaba assemelhando-se ao pronto atendimento. Isso eu acho que é uma linha muito tênue, se a gente não tiver cuidado, acaba virando um serviço de emergência e não com as características da atenção básica. A gente entende que precisa dar acesso, mas é dar que tipo de acesso, não é? Então, se você vira uma AMA e faz só esse tipo de atendimento "queixa e dúvida, queixa e dúvida, queixa e dúvida" o tempo inteiro, não educa a população e os próprios profissionais não conseguem agir dentro do acesso mesmo.”</p> <p><b>-Hiperutilizadores</b></p>
------------------	--	---

## Enfermeiro 13

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Equipes “irmãs”,</b> “... há uma equipe irmã, que é uma equipe de referência. Caso chegue um paciente com uma queixa prioritária à unidade, é da equipe verde e a equipe verde não está, então, a equipe irmã de referência que vai atender.”</p> <p><b>-Interconsultas,</b> “que acaba acontecendo, é a gente fazer a consulta compartilhada com o profissional médico e responder melhor às necessidades de saúde do paciente. Então, isso é que a gente faz com a nossa equipe. Mostrar para eles que o acesso é com a equipe...”</p> <p><b>-Flexibilidade de agenda</b></p> <p><b>-Treinamentos e reuniões para avaliação e melhoria dos fluxos</b>  “ As reuniões técnicas tem toda quinta feira reunião tem. Isso foi posto para as meninas na reunião técnica como a gente deveria agir, desde a importação do acesso, e a gente foi compartilhando angústias, dúvidas, a cada encontro.” Tudo foi compartilhado e esclarecido nas reuniões técnicas com a gerente e a enfermeira sênior. Então, sempre que há uma reestruturação no acesso, uma reestruturação na agenda, alguma queixa sobre o acesso, a gente vai compartilhando isso nas reuniões”</p> <p><b>-Outras formas de acesso,</b> “A gente também tem a troca de receita na comunidade, há as visitas onde a gente também pode fazer troca de receita, estas outras formas de acessar um posto, “</p>	<p><b>-Equipes incompletas</b>  - iniciou sem treinamento, “... não veio uma formação, digamos, assim, mais padronizada sobre o acesso. Veio a orientação do que é o conceito do acesso e como a gente deveria agir a partir de então. Foi assim.”</p> <p><b>-Muito tempo de espera para atendimento,</b> “É um entrave, porque a gente libera uma vaga a cada 15min, acaba que os pacientes ficam todos aguardando aqui,[...]Fica lotado. Por exemplo... A gente distribui 10 vagas para a manhã toda. Ai, o paciente fica aqui o tempo todo esperando, ele vai ficar 1h, 1h30 esperando. Isso é angustiante para ele e pra nós. Ele fica questionando todo tempo "ah, tá chegando a minha vez?", "vai demorar?". Então, é angustiante para nós, como trabalhador também.”</p> <p><b>-Dificuldades de acompanhamento longitudinal,</b> “Então, eu acho que manter o acompanhamento dos crônicos, dos idosos crônicos, houve uma queda nesse acompanhamento. E... mais era de desafio? Acho que uma coisa que eu acho que... Quando a gente tinha as vagas agendadas, eu sabia quem era que estava agendando. Então, a gente conseguia planejar o cuidado. de realização. Porque, às vezes, é uma consulta que demanda mais de 15 min. É uma consulta mais demorada.”</p>
Fatores externos	<p><b>-Educação da população,</b> “a gente vai tentando ensinar à população como passar no acesso. E também a acreditar na consulta da enfermagem.</p>	<p><b>-Alta vulnerabilidade social,</b> “... é uma população que tem condições de saúde, digamos, mais precárias, uma população com baixa escolaridade, mulheres gestantes muito novas, uma população</p>

	<p>A valorizar, na verdade, a consulta da enfermagem. Porque é aquela coisa "ah, se não for com o médico, então, não vou passar". Então, é uma questão de educação de saúde também.</p>	<p>com um alto índice de desemprego e uma quantidade enorme de crônicos. Então dessas 3 áreas que eu falei pra você, a gente tem muito idoso crônico, muita gestante.”</p> <p><b>-Hiperutilizadores</b>, “...E a gente tem os hiperutilizadores, que já entenderam como funciona e eles conseguem passar com facilidade por conta do acesso, então, eles vêm duas vezes por semana. Toda semana.[...]é complicado também, porque ele acaba pegando uma vaga, ele descobre que é fácil passar no posto, ele acaba pegando uma vaga de uma pessoa que precisaria mais, digamos, naquele momento...”</p> <p><b>-População médico-centrada</b>, “eles ainda têm muito aquele perfil, aquele atendimento médico centrado. Porque antes, eles conseguiam agendar, eles sabia com quem, estavam agendando. Então "ah, agendei uma consulta daqui 1 mês com a Dra. Ana". Então, eles sabiam que era com a Dra. Ana que eles iam passar. A vaga do dia é com a equipe. Não é mais com o médico ou com a enfermeira. É direcionada, não é? Então, eles vêm pra cá e passam com a equipe. Acaba que passam comigo ou pode ser que passem com ela. E acaba gerando um pouco de queixa do paciente, porque eles ainda estão muito focados no relacionamento com o médico.”</p> <p><b>-População não compreende o AA</b>, “A população ficou um pouco confusa. Eles ainda sentem um pouco de confusão com o acesso, na verdade. Porque eles têm dificuldade de entender que são liberadas, por exemplo, “x” vagas por dia,” muitos ainda insistem em vir ao posto em horários, por exemplo, no meio da manhã ou no meio da tarde, horários que a gente já sabe que as vagas foram distribuídas. Muitas vezes, não conseguem essa vaga. Então os pacientes... Eu tenho uns pacientes idosos, crônicos, então eles vêm, não conseguem a vaga e ficam um pouco resistentes. Então, eles acabam,</p>
--	---	--

		que quebra-se um pouco o vínculo neste momento.”
--	--	--

## Enfermeiro 14

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA,</b> “... a gente participou de algumas oficinas, isso foi replicado nas unidades. A gente montou GT local dentro da unidade para poder descobrir como seria a melhor forma da gente implantar.” Eu comecei a participar das oficinas das discussões com as outras lideranças... Agentes, enfermeiro sênior e área técnica, para ver como é que a gente ia replicar isso dentro das unidades”.</p> <p><b>-Profissionais dispostos à mudança,</b> “...Olha, eu quis muito. Quando a gente começou a discutir, antes da gente entender melhor o acesso. A gente, eu entendia que a gente tinha uma necessidade de mudar nossa forma de atendimento por conta de nossa demanda que tinha a equipe que estava com agenda pra 3 meses, 2 meses.”</p> <p><b>-Pacientes mais satisfeitos</b></p> <p><b>-Melhora no vínculo com equipe</b></p> <p><b>-Reuniões técnicas periódicas</b></p> <p><b>- Possibilidade de agendamento,</b> “... a gente também tem uma vaga na agenda programada da para esse paciente que só quer fazer o agendamento.”</p> <p><b>- Novos pacientes,</b> “...alguns profissionais traziam para gente no começo "nossa, eu nunca descobri esse paciente no território e era um paciente que tem uma condição grave mas ele chegou com uma outra queixa, é que antes se fosse tentar marcar isso na agenda, ele não conseguiria”</p>	<p><b>-Protocolo de enfermagem pouco resolutivo,</b> “...Eu acho que uma das deficiências importantes nossas é a autonomia da enfermagem. A gente discutiu muito materiais relacionados ao acesso, mas acho que faltou um pouco a questão de autonomia e resolutividade do enfermeiro, [...]Porque a gente também trabalha em um município que limita muito o enfermeiro. Em relação a protocolos, autonomia.”</p> <p><b>- Picos de atendimento em alguns horários</b></p> <p><b>-Alto tempo de espera dentro da unidade,</b> “... paciente estava à porta esperando muito tempo, então, eu senti que a angústia foi maior do profissional do que do usuário. Porque o profissional, ele está vendo lá, por exemplo, que tem 5, 6 na tela esperando.</p>
Fatores externos	<p><b>-Educação para a população,</b> “...Outra coisa que eu acho que é deficiência nossa, é a divulgação do acesso à população. Porque eu acho</p>	<p><b>- Demanda muito alta,</b> “...a gente também tem uma outra desproporção que a gente tem trabalhado em uma capacidade acima do que a gente</p>

	<p>que o que a gente pegou também, foi como a gente divulgou isso ao paciente. Acho que deveria ter sido mais forte, melhor trabalhado na população para que não tivesse essa transição tão, não sei</p>	<p>consegue. Número de pacientes cadastrados por equipe, número de NASF, que é insuficiente para poder dar esse apoio matricial às equipes. “</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-<b>Alta vulnerabilidade social</b>, Com uma vulnerabilidade social alta</li><li>-<b>População médico centrada</b></li><li>- <b>Muitas queixas agudas</b>, “...Só que ai aconteceu que a gente tinha um volume de queixas agudas, era muito maior do que a de crônico e ai acabava, que eles ocupavam todas as vagas do dia.</li></ul>
--	--	--

## Enfermeiro 15

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p><b>-Processo começou gradualmente</b>, “...começou com duas equipes. Inicialmente, com uma equipe-piloto que tinha um médico bastante comprometido. Absorveu o desafio do novo modelo e implantou dentro da equipe dele.</p> <p><b>- Equipe acreditava no modelo</b>, “...médico estava comprometido e acreditava no novo modelo.” O médico foi muito parceiro. Ele também acreditava no modelo de acesso. É um médico muito dado, muito envolvido com o atendimento, com a aproximação, com empatia com o paciente, eu tive muita facilidade. Não tive dificuldade em relação a trabalhar com o médico no novo modelo. E os auxiliares estavam muito na linha do que a gente, como médico e enfermeiro, estava abraçando. Então, foi até que não foi tão complicado a gente aderir também ao acesso avançado.</p> <p><b>-Treinamentos antes da implantação do AA</b>, “...a gente já foi acompanhando a experiência das equipes-piloto. Nas reuniões técnicas, nós estávamos constantemente tendo contato com as informações do novo modelo, como é que o Ministério da Saúde colocava contato a isso, questão do primeiro contato, da importância de que a UBS deveria se apropriar da área, ser responsável e ser resolutiva também. Então, esse embasamento, com materiais vindos do Ministério.</p> <p><b>-Baixa rotatividade de profissionais</b>, “... Quando o acesso avançado foi implantado, nós estávamos com todas as equipes de</p>	<p><b>- Maior tempo de espera dentro da unidade</b>, “... uma das dificuldades que de repente o usuário possa se queixar, seja de um tempo de espera diante de um modelo de porta aberta, onde todos chegam e a gente vai gerir esse atendimento dentro de alguma forma de organização, [...], percebo que alguns pacientes, alguns usuários ainda desejam, além do dia que ele tem garantia do atendimento, que esse atendimento seja rápido.</p>

	<p>estratégia completas. Isso facilitou muito, porque a gente teve, eventualmente, férias, ou uma ou outra ausência, mas, no geral, as equipes estavam compostas.</p> <p><b>- Vínculo com usuários</b></p> <p><b>- Orientações em reuniões técnicas</b></p> <p><b>- Treinamento dos ACS,</b> “...fomos nos aproximando, como agente comunitário a orientação de quais eram os horários da equipe para poder ter facilitado um pouco.”</p> <p><b>- Equipes irmãs,</b> “...Esta primeira equipe e a outra equipe a gente chamava de equipe irmãs e o acesso deu-se porque existia esse vínculo entre os dois. Os horários de trabalho que o médico não estava ou que a equipe não funcionava, os pacientes do acesso eram encaminhados a outra equipe.</p> <p><b>-Atendimentos em Grupos,</b> “...Nós criamos algumas estratégias. Nós criamos grupos resolutivos, [...]acredito naquelas outras técnicas de tecnologia, de grupos resolutivos, de envolvimento de outros profissionais, para que a gente possa usar essa vazão . Às vezes, a gente pode estar sobrecarregado no acesso porque a gente também não abriu possibilidade para usar de outros artifícios, além da consulta como uma forma formal. Mas, eu acho que isso tinha que pensar nas outras opções. Isso também vai ser bom.</p> <p><b>-Agendamento esporádico,</b> “... nós só encaminhamos para o dia seguinte aquela demanda que o paciente também tem interesse, né? Então, eu explico ao paciente "Olha, hoje você vai fazer a fichinha e vai aguardar. Nessa sequência, eu vou atender à sua demanda. Tal dia eu estou mais</p>	
--	---	--

	disponível. Você tem interesse em vir esse dia?". Eu pactuo o agendamento com ele."	
Fatores externos	<p><b>-Rede de apoio,</b> "...Se você precisa de uma atenção especializada ou mesmo de um nível secundário, terciário, você tem disponibilidade."</p>	<p><b>- Demanda alta,</b> ".. inicialmente, nós tivemos problemas sérios com a demanda. A demanda intensa e a gente, muitas vezes, tinha uma espécie de volume de trabalho, [...] é extremamente desafiador e ele precisa ser bem visto, para que a gente não... Em detrimento de alcançar os ideais que seja deixado a atender as demandas do usuário, a gente não sacrifica a equipe de saúde que está prestando o cuidado.</p> <p><b>- Hiperutilizadores,</b> "...Então, às vezes, eu confesso que, em alguns momentos, eu consegui me incomodar um pouco com os hiperutilizadores... A sensação é de que elas iam contribuir, para que esse sistema que era bom, não desse certo.</p>

## Enfermeiro 16

	Favorece	Prejudica
Fatores internos	<p>- <b>Ações com os hiperutilizadores</b>, “A gente trabalhou firme, assim com eles, junto com as ACS e eu falo "oh, é pra ir lá para essa casa toda semana. Vai lá e vê". Porque a pessoa vem aqui e não precisa de nada.</p> <p>- <b>Flexibilidade de agenda</b>, “... a gente convoca para colocar em dia um papanicolau, colocar em dia um exame de pé-diabético, ver uma lesão, a gente está conseguindo manejar isso melhor por conta dessa agenda aberta no dia porque você vê "oh, amanhã, eu vou precisar dessa paciente. Bota ela na minha agenda" e já era. E antes não tinha.”</p> <p>- <b>Treinamento e supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem</b></p>	<p>- <b>Descrença no AA</b>, “...A gente não faz muito bem um acesso avançado aqui. A gente faz um... Vaga do dia, não é? Ou seja, se você tem tempo de chegar aqui muito cedo você consegue vaga. Se você vai chegar depois, talvez você não vai conseguir. Isso não é o acesso avançado para mim. Isso não é acesso avançado, isso é uma modo de regular a agenda.”</p> <p>- <b>Mudança de uma hora para outra</b>, “... Eu lembro que inicialmente ia fazer por equipes, mas ai depois chegou uma ordem "oh, semana que vem muda tudo". E foi bem difícil também.</p> <p>- <b>Alta rotatividade de profissionais</b>, “...Também foi uma época de transição do médico da equipe, tinha saído e entrado outro que talvez não entrou em um ritmo legal e acabou sendo... Ai fica mais difícil para mim, porque é como se os pacientes me conhecem, tudo eu sou bem solícito com os pacientes, então, ai eles viam que precisa de mim</p> <p>- <b>Ausência de treinamentos</b>, “.. Mas preparo, preparo não. Eu acho que nós, os profissionais de superior estava, já estava preparado pra atender bastante. Mas eu acho que falta, tinha de ser preparado... auxiliares tinham de ser preparadas, as ACS's tem que saber melhor o que acontece aqui dentro pra poder orientar direitinho. Isso que faltou assim...</p> <p>- <b>Equipe administrativa despreparada para AA</b>, “.. Eu acho que a gente ficou meio preparado só pra uma tsunami de gente. Não nos preparamos, o que que a UBS faz? Como a equipe trabalha? Acho que falta isso. Lá na frente na recepção, eles não foram preparados para o acesso avançado de fato.</p> <p>- <b>medo de reclamações</b>, “ Porque tudo é ameaça de ouvidoria, isso é muito... Eles ficam acuados também por conta</p>

		<p>disso. Que as ouvidorias deveriam ter um papel mais de ajuste de processos...”</p> <p><b>- Problemas entre as equipes,</b> “..Então, a gente ficou muito sobrecarregado, mas muito mesmo. Eu fiquei... até cheguei a discutir aqui com o pessoal. Eu sou super tranquilo, mas aquelas demandas iniciais foram bem difíceis assim..” “ Não é com a equipe irmã. Inicialmente, foi com a equipe irmã, ai tivemos dificuldades, depois parou e agora eu posso receber paciente de qualquer equipe.”</p> <p><b>- Equipes trabalham diferente</b></p>
Fatores externos	<p><b>- População aprova o modelo,</b> “...E há os outros que gostam que falem "ah, agora estou conseguindo passar, que eu não conseguia...". Aumentou um pouco, assim, as pessoas diferentes passam mais sim. Isso é legal, porque, às vezes, vira e mexe sobra vaga, daí você consegue atender.”/</p>	<p><b>-Alta demanda de usuários,</b> “... Foi bem difícil para gente assim. Porque a minha área, inicialmente, ficou posto que você atenderia à sua área não importa o quanto fosse, não tinha um limite, e a minha área é uma área que acessa bastante aqui.”</p> <p><b>-Falta de orientação dos usuários hiperutilizadores,</b> “ Eu vejo que eu atendo, sei lá, a Maria X, eu atendo duas vezes por semana, porque ela tem tempo de chegar aqui às 5h da manhã e pegar vaga. E os caras que eu preciso atender, eu não atendo, porque ele não consegue. Ele está trabalhando. Aí chega 4h, vai vir aqui e não vai ter vaga.” “Eles vêm aqui todos... É por causa deles que os outros não conseguem passar. Não é porque tem pouca vaga para gente, todo mundo aqui é atendido. A gente faz em média 200% acima da meta de atendimento. Então, não é porque a gente atende pouco, que a pessoa não passa.”</p> <p><b>- Alta vulnerabilidade social,</b> “...a gente teve uma... tem uma população bem carente. Bem carente, muitos usuários de drogas, drogas cocaína, crack, muito álcool... Essa resposta quanto a isso a gente tenta com o CAPS, mas tem o tráfico também que dificulta ai, da gente fazer alguma ação ai dentro.”</p>

