



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ISABELA OLIVEIRA DE ALMEIDA

**ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
CONTEXTO E DESAFIOS DE IMPLANTAÇÃO**

CAMPINAS

2020

ISABELA OLIVEIRA DE ALMEIDA

**ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
CONTEXTO E DESAFIOS DE IMPLANTAÇÃO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: DÉBORA DE SOUZA SANTOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA ISABELA OLIVEIRA DE ALMEIDA, E ORIENTADA PELA  
PROF(a). DR(a). DÉBORA DE SOUZA SANTOS

CAMPINAS

2020

Dissertação financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento  
de Pessoal de Nível Superior (CAPES).  
Número do processo: 88882.434698/2019-01

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

AL64a Almeida, Isabela Oliveira de, 1996-  
Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família : contexto e desafios de  
implantação / Isabela Oliveira de Almeida. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Débora de Souza Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade  
de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde.  
4. Estratégia Saúde da Família. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Santos,  
Débora de Souza, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Enfermagem. III. Título.

#### Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Advanced Access in the Family Health Strategy : implementation  
context and challenges

**Palavras-chave em inglês:**

Nursing

Nursing team

Primary Health Care

Family Health Strategy

Access to health services

**Área de concentração:** Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Débora de Souza Santos [Orientador]

Célia Alves Rozendo

Eliete Maria Silva

**Data de defesa:** 25-08-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-7517-0827>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2389754561352129>

---

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ISABELA OLIVEIRA DE ALMEIDA**

---

---

**ORIENTADOR: DÉBORA DE SOUZA SANTOS**

---

---

## **MEMBROS:**

**1. PROFA. DRA. CÉLIA ALVES ROZENDO**

**2. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA**

**3. PROFA. DRA. DÉBORA DE SOUZA SANTOS**

---

Programa de Pós-Graduação em [PROGRAMA] da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no Sistema de Fluxo de Dissertação e na Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem.

**Data: DATA DA DEFESA [25/08/2020]**

---

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Benedito e Ana Lúcia, que sempre me apoiaram e incentivaram, comemorando comigo cada vitória e acreditando na minha capacidade. À minha irmã, Ana Carolina, por sempre torcer e acompanhar tanto, e por ser um exemplo pra mim.

À toda minha família, que torceu por mim e foi meu conforto em muitos momentos.

Ao meu namorado Julio Cezar, por seu companheirismo e incentivo, e por trilhar esse caminho junto comigo me ajudando muito.

À minha querida orientadora Débora, por ter me acolhido e me ensinado tanto, por ter confiado na minha capacidade e abraçado comigo meus sonhos.

À professora Dalvani, que acompanhou essa caminhada desde o início, por ter incentivado essa caminhada e por tanto auxílio.

À toda equipe do CS Village, sem os quais esse sonho não seria possível, por me acolherem tantas vezes.

À minhas amigas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas: Aline, Luiza, Stephanie e Fernanda. Pelo amparo, conforto, amizade e companhia ao longo desse caminho.

Às minhas amigas de Bragança Paulista: Bianca, Danielle, Sofia e Stephanie. Por me fazerem acreditar em mim mesma e acompanharem meus sonhos.

Aos Secretários da Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Saulo e Letícia, por todo auxílio e acolhimento.

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

À todos que foram luz e inspiração no meu caminho. Minha eterna gratidão!

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, após longo processo histórico no Brasil se consolida como o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde. O modelo de Acesso Avançado se apresenta como proposta inovadora para ampliação do acesso a serviços da Atenção Primária à Saúde. A experiência brasileira com o método é recente e pouco explorada. Tomando como princípio básico “fazer o trabalho de hoje, hoje”, o modelo busca equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Considerando a importância do tema para ampliação do acesso na saúde brasileira, o objetivo central do estudo é analisar o contexto de implantação do método de Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família piloto, destacando os desafios e potencialidades de sua implantação. Pesquisa de abordagem qualitativa, em que as técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas foram empregadas para coleta de dados relativos ao processo de trabalho da equipe de multiprofissional de saúde da família. Além disso, uma revisão integrativa da literatura foi desenvolvida para aprofundamento científico sobre as experiências do modelo no Brasil e no mundo. Os resultados foram apresentados na forma de artigos. No artigo 1, dos 8 estudos selecionados na revisão, seis foram agrupados em duas categorias de análise: “A experiência canadense com o Acesso Avançado: um modelo em consolidação”; e “A experiência brasileira com o Acesso Avançado: experimentações locais”. O modelo se destacou nos estudos como mais promissor para a Atenção Primária à Saúde, ao equilibrar capacidade e demanda, com estrutura física e equipe adequadas, tanto no cenário internacional, como nas experiências brasileiras. No artigo 2, a análise hermenêutica-dialética aplicada a estudos da saúde possibilitou a descrição e compreensão crítica da implantação do método de Acesso Avançado, evidenciando o processo histórico e dialético experienciado pela equipe. Os resultados apontam para contradições na implantação, que por um lado significa satisfação e maior resolutividade dos problemas, por outro indica comprometimento da longitudinalidade e integralidade do cuidado, fundamentais para a Atenção Primária à Saúde. Conclui-se dos dois

artigos que estudos que detalham o Acesso Avançado em sua prática, bem como os desafios e necessidades, podem instrumentalizar outras unidades a estudá-lo e considerar sua implantação caso seja adequado para seu contexto, visando melhorar a saúde e cuidado de sua população.

**Palavras-chaves:** Enfermagem, Equipe de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Acesso aos Serviços de Saúde, Fluxo de Trabalho.

**Linha de Pesquisa:** Gestão de Serviços, Informação/Comunicação e Trabalho em Saúde.

## ABSTRACT

Primary Health Care, through the Family Health Strategy, after a long historical process in Brazil, consolidates itself as the user's first contact with the Health Care Network. The Advanced Access model presents an innovative proposal to expand the access to Primary Health Care services. A Brazilian experience with the most recent and little explored method. Command as a basic principle "do the job today, today", the model of seeking to balance the demand of patients with an offer of health professionals who need care or care. Develop the importance of the theme for expanding access to Brazilian health, or the central objective of the study and analyze the context of the implementation of the Advanced Access method in a Health Unit of the pilot family, highlighting the challenges and potential of its implementation. Qualitative research, in which participant observation techniques and semi-structured interviews were used to collect data related to the work process of the multidisciplinary family health team. In addition, an integrative review of the literature was developed for scientific deepening on how to try the model in Brazil and in the world. The results were presented in the form of articles. In article 1, of the 8 studies selected in the review, six were grouped into two categories of analysis: "The Canadian experience with Advanced Access: a model in consolidation"; and "The Brazilian experience with Advanced Access: local experiments". The model stood out in the studies as the most promising for Primary Health Care, by balancing capacity and demand, with an adequate physical structure and team, both in the international scenario and in Brazilian experiences. In article 2, the hermeneutic-dialectic analysis applied to health studies enabled the description and critical understanding of the implementation of the Advanced Access method, showing the historical and dialectical process experienced by the team. The results point to contradictions in the implantation, which on the one hand means satisfaction and greater resolution of the problems, on the other hand it indicates a compromise in the longitudinality and integrality of care, fundamental for Primary Health Care. It is concluded from the two articles that studies that detail the Advanced access in its practice, as well as the challenges and needs, can equip other units to study it and

consider its implementation if it is appropriate for its context, aiming to improve the health and care of its population.

**Key words:** Nursing, Nursing Team, Primary Health Care Health, Family Health Strategy, Access to Health Services, Flow of Health Job.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **Artigo I**

**Figura 1** - Fluxograma de constituição da amostra.....**31**

### **Artigo II**

**Figura 1** - Distritos de Saúde de Campinas e territórios dos Centros de Saúde.....**52**

**Figura 2** - Linha do tempo do Acesso Avançado no Centro de Saúde Village.....**57**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS/BIREME	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MeSh	Medical Subject Headings
NPLC	Nurse Practitioner-Led Clinic
PA	Pronto Atendimento
PBE	Prática Baseada em Evidências
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICO	Paciente Intervenção Comparação e Outcomes
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PubMed	Public Medline
RH	Recursos Humanos
Scopus	Sciverse Scopus
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1.Introdução</b> .....	13
<b>2.Objetivos</b> .....	20
<b>3.Métodos</b> .....	21
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Cenário da pesquisa.....	21
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	21
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	22
3.5 Análise e interpretação dos dados.....	24
<b>4.Resultados</b> .....	26
4.1 Artigo I.....	26
4.2 Artigo II.....	45
<b>5.Discussão Geral</b> .....	67
<b>6.Conclusão</b> .....	70
<b>Referências</b> .....	71
<b>Apêndices</b> .....	76
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
Apêndice II - Roteiro da entrevista.....	78
<b>Anexos</b> .....	79
Anexo I - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.....	79
Anexo II - Autorização da Secretaria de Saúde de Campinas.....	85

## 1.Introdução

Essa dissertação tem como objeto de estudo a implantação do modelo de Acesso Avançado (AA) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da cidade de Campinas. O Centro de Saúde Village foi campo de estágio curricular supervisionado no último semestre de graduação em enfermagem da pesquisadora, nos meses de março a junho do ano de 2018. Durante o estágio, a equipe de saúde da unidade optou pela implantação do modelo de Acesso Avançado, em busca de melhorar o acesso da população aos cuidados oferecidos. A pesquisadora acompanhou o início do processo de implantação do modelo, de modo que achou necessário um estudo aprofundado sobre este processo e seus possíveis desafios e benefícios para o Village e o cuidado com sua população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) teve suas experiências iniciais no Brasil em 1924, com Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo<sup>(1)</sup>. Esses Centros trabalhavam com educação sanitária e seguiam a lógica criada em 1920 pelo médico Lord Dawson na 1ª guerra mundial, que trazia pela primeira vez os conceitos de território, acolhimento, vínculo e da APS como coordenadora do cuidado, ainda que dentro de um modelo médico centrado e que dividia as ações curativas das preventivas<sup>(2)</sup>.

Em 1942, surge o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que uniu os conceitos de cura e prevenção, realizando educação sanitária em locais de produção de matérias-primas<sup>(3)</sup>. O ideal do Sesp foi mantido por outras décadas, porém focado em doenças infecciosas<sup>(1)</sup>. No ano de 1976, é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com o objetivo de estender o acesso à saúde para populações excluídas, ainda que não de modo integral<sup>(4)</sup>.

Em 1978 acontece em Alma Ata a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, vinda da necessidade de ação perante à cuidados primários de saúde no mundo. Nela, surge a seguinte definição de Atenção Primária à Saúde<sup>(5)</sup>:

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 para as comunidades

e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (OPAS, 1976).

A partir daí, a APS torna-se referência e constrói seus primeiros conceitos de educação em saúde, saneamento básico, programa materno-infantil, prevenção e promoção da saúde<sup>(4)</sup>. Em 1980, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), que pretendiam fortalecer ações integrais por meio de um sistema unificado e descentralizado. Assim, em 1988, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma mudança do modelo assistencial de modo que a APS torna-se o principal contato da população com o Sistema<sup>(1)</sup>.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994, surge a proposta de reorganização do sistema de saúde e do processo de trabalho em saúde no Brasil, que preconizava uma assistência com ações de saúde coletivas, atendendo pessoas em todas as fases do ciclo vital com demandas variadas e inespecíficas que nem sempre se enquadram em padrões. Isso seria feito por meio de equipe, com vínculo e focada nas necessidades da população<sup>(6)</sup>. Com o tempo, o Programa se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil, recebendo novo nome de Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>(7)</sup> na Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006 emitida pelo Ministério da Saúde. A portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define e caracteriza as diretrizes da Atenção Básica e a ESF em seu âmbito, atualizada e revisada em novas edições nos anos de 2011, 2017 e 2019<sup>(8)</sup>.

Segundo a PNAB, a Atenção Básica é o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde, e se define como:

(...)conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2017).

A APS tem como funções ser base no cuidado com alto grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva avaliando riscos, necessidades e demandas da população e utilizando de tecnologias de cuidado individuais e coletivas; coordenar o cuidado; ordenar

as redes de cuidado em relação a outros pontos de atenção à saúde e permitir que sua programação parta das necessidades de saúde dos usuários<sup>(8)</sup>.

Para isso, a equipe de Saúde da Família deve atuar no território da população, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias de forma longitudinal, sempre pró-ativamente frente aos problemas de saúde-doença da população. Também é essencial a integração e parceria com outras organizações e instituições de saúde<sup>(8)</sup>. Isso se dá por meio de um trabalho em equipe que desenvolve gestão e práticas de cuidado com responsabilidade sanitária direcionados a essa população e territórios específicos e suas particularidades. Deste modo, suas tecnologias de cuidado são variáveis de acordo com as necessidades e características de cada território e sua respectiva população.

A Estratégia Saúde da Família e seu cuidado contínuo se tornam peça essencial para a reafirmação e execução dos princípios do SUS: universalização, equidade, integralidade e participação popular<sup>(9)</sup>. Assim, busca garantir a saúde como um direito a todas as pessoas sem exceções, considerando as necessidades distintas e específicas de cada ser visto como um todo, de modo integral e com aspectos sócio-culturais. Os Conselhos Locais e as Conferências de Saúde garantem que a população participe diretamente do Sistema, construindo o cuidado à sua saúde e de sua coletividade, estimulando a autonomia e capacidade na avaliação do sistema e criação de estratégias para seu progresso<sup>(8,9)</sup>.

Para que os princípios do SUS sejam efetivados, é indispensável a criação de vínculo da equipe com a comunidade. É necessário que a equipe se relacione diretamente com a população e mantenha relações de afetividade, confiança e respeito para que o cuidado longitudinal tenha potencial terapêutico<sup>(8)</sup>. A continuidade do cuidado permite que as intervenções em saúde realizadas com a população sejam acompanhadas, avaliadas e ajustadas quando preciso.

Para se alcançar a integralidade e aumentar a capacidade de cuidado, é fundamental a presença de diferentes formações profissionais dentro da equipe de saúde, criando um processo interdisciplinar capaz de coordenar a saúde de um território em todos os seus aspectos e integrando ações programáticas e demandas espontâneas<sup>(8)</sup>. Tomar a integralidade e a interdisciplinaridade como princípios

organizacionais do trabalho coloca o foco nas necessidades do usuário, superando a fragmentação do cuidado.

Sobre as especificidades da ESF, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve localizar-se no território em que atua, com população de até 12 mil habitantes. Cada equipe multiprofissional deve se responsabilizar por no máximo 3 mil habitantes, com um máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde e um enfermeiro para até 30 Agentes. Cada Agente deve possuir bem definida a microárea que está sob sua responsabilidade<sup>(8)</sup>.

O processo de trabalho das equipes de APS tem como primeira característica a definição do território correspondente de atuação da UBS, sendo possível programar ações e colocá-las em prática priorizando as particularidades daquela população e seus problemas de saúde mais frequentes. As equipes devem participar do planejamento e avaliação dessas ações e desenvolver ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde. Já os grupos de risco necessitam de ações mais focalizadas nos fatores de risco, sejam eles comportamentais, ambientais ou até alimentares, prevenindo a aparição ou a manutenção de doenças evitáveis. Deve-se também garantir acesso ao apoio laboratorial e diagnóstico e implementar diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) como o acolhimento, por exemplo. É importante fornecer uma assistência eficiente também às demandas espontâneas, realizando o primeiro atendimento das mesmas, sejam elas urgências ou não.<sup>(8,10)</sup>

A ESF também possui suas especificidades dentro do processo de trabalho na ABS. Deve-se realizar o cadastramento dos indivíduos e família e mantê-lo atualizado, já que esses dados serão importantes para analisar a situação de saúde da população em seu âmbito social, econômico, cultural, demográfico e epidemiológico. O território precisa de mapeamento e delimitação das regiões em que será segmentado, para se definir bem as áreas de atuação em uma determinada população. O cuidado deve ser baseado no conhecimento da estrutura e dinâmica das famílias, criando vínculos, atuando e intervindo diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, com foco em uma abordagem integral e resolutiva para solucionar os problemas de saúde mais recorrentes. Assim, o trabalho interdisciplinar torna-se elemento essencial, bem como ações intersetoriais e a participação ativa da comunidade com objetivo de promover a saúde, executar e avaliar ações<sup>(8,10)</sup>.

No que se diz respeito à assistência e cuidados em saúde dentro do processo de trabalho da ABS, existem de forma geral três tipos de ações desenvolvidas pela equipe na ESF<sup>(11)</sup>. A primeira delas se trata do atendimento de demandas espontâneas, que envolvem urgências e casos agudos. As ações relacionadas a esse tipo de demanda são o acolhimento, agendamento de consultas ou exames, diagnóstico, tratamento e procedimentos como medicação ou curativos. O segundo tipo de ações se origina de demandas programadas ou agendadas, geralmente compostas por indivíduos em situações de risco à saúde específicas. Alguns exemplos são o pré-natal, puericultura, atenção ao idoso, atenção ao paciente crônico, atenção ao hipertenso ou diabético e atenção aos adolescentes. Todas as outras ações ficam com a terceira classificação, e envolvem aspectos gerenciais, planejamentos, base de dados dos sistemas de saúde, vigilância em saúde, comunicação, informação, educação, controle social e articulação intersetorial<sup>(11)</sup>. Para que as ações sejam executadas, é necessário que a população tenha acesso a tudo isso.

Segundo Starfield (2002)<sup>(12)</sup>, acesso se define como o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Para Giovanella e Fleury (1996), a adequação entre as necessidades dos usuários e o sistema de cuidados em saúde pode ser descrita com dimensões específicas que compõe o termo “acesso”, o que significa que as inter-relações entre eles devem ter o acesso como categoria central de análise<sup>(13)</sup>. O modelo de acesso mais tradicional, ou seja, o método mais tradicionalmente usado para se oferecer os serviços em saúde para os pacientes, é caracterizado pelas ações acima citadas baseia-se em dividir os atendimentos em duas categorias: urgente e não urgente. O paciente chega ao serviço de saúde e passa por uma triagem com um profissional. Nesta triagem, define-se o grau de urgência da situação daquele indivíduo, que será direcionado para acolhimento com enfermeiro ou médico. Os pacientes que tenham sua situação classificada como não urgente são agendados para algum momento futuro com atendimento programático<sup>(14)</sup>.

Esse modelo é criticado na obra de Murray e Tantau(2000)<sup>(15)</sup>, com a justificativa de que gera acúmulo de trabalho, e conseqüentemente uma longa fila de espera para consultas agendadas<sup>(15)</sup>. Outra conseqüência é a alta taxa de faltas em consultas: devido a demora para a mesma acontecer, o paciente acaba por esquecê-la ou por ter seu problema resolvido antes que ela chegue. O paciente acolhido na hora por ter uma

queixa aguda considerada urgente também enfrenta problemas nesse modelo: no atendimento, apenas sua queixa principal será abordada e resolvida. Outras demandas essenciais porém consideradas de não-urgência são agendadas e adiadas, prejudicando o cuidado integral. O paciente então, insatisfeito com a demora e a qualidade do atendimento, busca outro tipo de acesso: os Pronto Atendimentos (PA). Boa parte dos pacientes classificados como pouco urgentes em PAs são consequências de uma atenção primária à saúde falha, e acabam por sobrecarregar este outro serviço<sup>(14)</sup>.

O verdadeiro potencial do profissional também não é valorizado neste modelo. O profissional de enfermagem fica preso na rotina de triagem e tem grande parte de seu tempo dedicado à ela. Esse fato unido de outros fatores como conflitos com paciente e estresse gerado por sobrecarga acaba resultando na insatisfação e frustração do profissional de saúde, que se vê desmotivado<sup>(14)</sup>.

Em meio aos problemas apresentados relacionados ao modelo tradicional de acesso à APS, surge o modelo de Acesso Avançado (AA), que surge como uma reconstrução do sistema de agendamento de uma APS saturada no nordeste da Califórnia em 1990<sup>(12)</sup>. A partir disso, algumas unidades de saúde passaram a implementá-lo. O AA tem como princípio “fazer o trabalho de hoje, hoje”, buscando equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Isso significa que o paciente que chega terá seu problema resolvido no mesmo dia em que procurar o atendimento, seja seu caso urgente, rotineiro ou preventivo<sup>(15)</sup>.

Deste modo, os agendamentos se tornam restritos a pré-natais e puericulturas, por exemplo, e serão realizados em dias menos ocupados por demandas espontâneas. O restante da agenda, que antes servia para atender casos de menos urgência, terá como objetivo deixar consultas disponíveis para a demanda espontânea independentemente do caso. Até mesmo o paciente que necessitar de um retorno é orientado a voltar daqui a um determinado período de tempo para ser atendido no mesmo dia, sem a necessidade de marcar dia e horário específicos. As consultas devem durar em torno de 15 a 20 minutos para evitar sobrecarga do serviço e uma longa fila de espera<sup>(16,17)</sup>.

Esse tipo de acesso traz vantagens para o processo de trabalho e atendimento, beneficiando os pacientes e a equipe. Primeiramente, as longas filas de espera para uma consulta agendada são abolidas, já que o tempo de espera com o acesso avançado se

reduzirá a “hoje”. Como praticamente não existirão mais consultas agendadas, não há o risco das mesmas serem priorizadas em relação à demanda espontânea daquele mesmo dia, ou o contrário. Assim, o alto nível de absenteísmo nas consultas também é resolvido, impedindo que o profissional prejudique seu tempo por conta de faltas. Tendo seu problema resolvido no mesmo dia com uma consulta realizada efetivamente, a tendência é que os pacientes saiam muito mais satisfeitos do serviço<sup>(16,17)</sup>.

Além disso, fica fixada a ideia de que o serviço estará sempre lá disponível para atendê-los, causando a segurança de que podem procurar o serviço assim que precisarem. Diminuindo a ansiedade dos pacientes dessa forma, é provável que a demanda diminua, tornando o atendimento mais rico. Isso cria a oportunidade da equipe passar mais tempo na gestão prática, na educação do paciente e sua evolução no dia de hoje. Levando em consideração que nesse modelo o paciente será sempre atendido por “seu” médico ou “sua” equipe, o vínculo também será valorizado. Quando a equipe vê o trabalho de hoje sendo feito hoje, predomina uma sensação de controle sobre a situação. Os profissionais enxergam com mais facilidade o potencial e capacidade do seu serviço<sup>(16)</sup>.

Obviamente, a mudança no tipo de acesso não pode significar a decadência do atendimento. Existe a possibilidade de um serviço de APS focar-se na queixa-conduta, reproduzindo o modelo biomédico, e essa não é a proposta deste modelo. Para que o AA seja efetivo, o serviço de saúde oferecido deve continuar seguindo os princípios da PNAB e SUS em suas ações. As consultas, embora realizadas no mesmo dia da procura, devem se focar na integralidade do indivíduo, e não se basear em um atendimento de queixa-conduta. Além disso, uma consulta realizada de modo integral tende a evitar outras novas demandas do paciente<sup>(15,17)</sup>.

Para o funcionamento eficaz do modelo de AA, é necessário que ele seja implantado de forma adequada e proporcional às necessidades e recursos da unidade de saúde. Primeiramente, deve-se avaliar a proatividade e motivação da equipe em relação à mudança, sempre analisando os prós e contras da situação. A equipe precisa ser instrumentalizada com conhecimentos teóricos e científicos sobre o assunto, e se comprometer com a mudança. O próximo passo é realizar um diagnóstico situacional da demanda e oferta do serviço de saúde, avaliando recursos, potencialidades e problemas. Esse diagnóstico possibilitará que a equipe elenque os problemas que exigem maior

prioridade e que devem ser enfrentados primeiro. Também é importante desenvolver um plano de contingência, caso algo não corra da maneira esperada, como por exemplo um excesso de demandas espontâneas em um determinado dia<sup>(14)</sup>.

Após a realização destas etapas, é importante realizar um teste das mudanças em pequena escala para avaliar se a implantação do acesso avançado é realmente viável na situação em que se encontra a unidade de saúde. Se o teste fornecer resultados realmente positivos para a equipe e a unidade, é hora de implementar definitivamente as mudanças no processo de trabalho. Enfim, deve-se divulgar o sucesso para que possa beneficiar outras populações<sup>(14)</sup>.

Não existem muitas evidências da implantação do AA e sua relação com o processo de trabalho da equipe de saúde. Perante as informações descritas, faz-se necessário um processo prático e uma revisão da literatura existente para melhor compreensão do modelo de acesso avançado, seus benefícios e consequências para o processo de trabalho e para o funcionamento da unidade de saúde como um todo. Os resultados serão analisados sob a luz do referencial teórico de acesso<sup>(13)</sup> de Giovanella e Fleury (1996)

## **2. Objetivos**

O objetivo geral é analisar o contexto de implantação do modelo de Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família piloto da cidade de Campinas, destacando os desafios e potencialidades de sua implantação

São objetivos específicos:

- Analisar a produção científica existente acerca do modelo de Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde;
- Analisar o processo de implantação do AA na unidade e registrar suas etapas;
- Identificar a percepção e satisfação dos trabalhadores membros da equipe perante a implantação do Acesso Avançado.

### **3. Métodos**

#### **3.1 Tipo do estudo**

Considerando que este estudo implica relações humanas, olhar do trabalhador, estruturação do cuidado e acesso do paciente ao serviço de saúde, faz-se necessária uma abordagem com investigação científica que se foque no caráter subjetivo do objeto analisado, considerando todas as suas experiências individuais e particularidades, estudando e compreendendo relações complexas tendo como objeto de estudo a descoberta e construção de análises teóricas<sup>(18)</sup>.

Portanto, a abordagem qualitativa se apresenta como a estratégia metodológica mais apropriada para coleta e análise dos dados empíricos sobre AA, em que a linguagem em várias formas de expressão se torna material de análise, sendo possível identificar e interpretar dados que não podem ser mensurados numericamente, como por exemplo sentimentos, percepções, intenções e comportamentos<sup>(18)</sup>.

#### **3.2 Cenário da pesquisa**

O cenário da pesquisa é o Centro de Saúde (CS) Village, componente da rede básica de saúde do município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil. A unidade se localiza em área rural e pertence ao Distrito de Saúde da região norte de Campinas. Seu território abrange um total de 7 bairros e em média 150 sítios. A unidade possui uma equipe de saúde da família, formada por um clínico geral, duas pediatras, uma ginecologista, duas dentistas, quatro agentes de saúde, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras (sendo uma a gestora da unidade), além dos alunos e docentes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) recebidos pelas disciplinas de enfermagem e medicina<sup>(19)</sup>. O horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h<sup>(19)</sup>.

#### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Participaram da pesquisa todos os membros da equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) (até março de 2020). No total, 19 participantes: a coordenadora da USF, 2

enfermeiras, 1 médico de Saúde da Família, 1 pediatra, 1 psicóloga, 4 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitárias de saúde e 1 técnica de farmácia. Para o objeto de estudo, é importante levantar dados que captem a percepção e sentimentos dos trabalhadores acerca do modelo de acesso avançado, bem como seu impacto no processo de trabalho desses profissionais.

Foram critérios de inclusão: ser membro da equipe de saúde da unidade. Foram critérios de exclusão: estar afastado do serviço.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, se fez necessário a apreciação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos, conforme a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 2012<sup>(20)</sup>. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e aprovado em fevereiro de 2019, com número do parecer 3.111.474.

Todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), de modo que uma ficou com o sujeito e outra com a pesquisadora. Os nomes dos participantes não serão revelados, respeitando o sigilo. Foi esclarecida a natureza da pesquisa, bem como todos os procedimentos, riscos e resultados aos participantes. Os sujeitos tiveram direito de recusar a participar do estudo ou interromper a participação quando desejassem, e garantia de que a colaboração prestada à investigação não seja utilizada com o intuito de prejudicar o grupo investigado. Foi considerada a vontade dos participantes, assegurando sua espontaneidade, autonomia e liberdade de expressão<sup>(20)</sup>.

### **3.4 Instrumentos de coleta de dados**

Foi utilizada a técnica de pesquisa “Observação Participante”, desenvolvida pelo antropólogo polonês Bronislaw Kasper Malinowski em trabalho de campo entre os anos de 1914 e 1918<sup>(21)</sup>. A técnica busca promover interatividade entre a pesquisadora, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem. Para isso, a pesquisadora deve ter contato direto com o fenômeno a ser estudado, estando presente no local em que ele acontece, possibilitando assim uma relação face a face com ele para se obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador pode ou não modificar o contexto, assim como ser modificado por ele, porém

sempre se mantendo em uma zona intersticial entre a observação total e a participação total<sup>(22)</sup>.

Considerando o objeto de estudo desta pesquisa, a Observação Participante se mostrou a técnica mais adequada para que coleta de dados trouxesse resultados satisfatórios, já que para analisarmos o novo modelo de acesso da unidade, é de extrema importância estudarmos a comunicação e troca de experiências através do olhar, falar, sentir e vivenciar. Além disso, o convívio com o Centro de Saúde Village fez com que fosse possível uma interação dinâmica de relações entre os sujeitos, seu contexto e a pesquisadora<sup>(21)</sup>.

A pesquisadora seguiu um rigor teórico-metodológico, que justificou cientificamente suas ações. Para isso, se fez necessário o uso de sentidos básicos, a fim de levantar percepções e raciocínios acerca da situação. O uso de um roteiro realizado após estudos e com uso do referencial teórico de acesso à saúde segundo Giovanella e Fleury (1996), contendo questionamentos e pontos a serem desenvolvidos auxiliou no levantamento e coleta dos dados. Foi realizado um diário de campo em que foram registrados comportamentos dos indivíduos envolvidos, conversas formais e informais, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados e impressões pessoais do pesquisador perante as situações, sendo essencial para a coleta e análise dos dados. Também foi utilizada, como importante componente da observação participante, a análise e observação de documentos que apresentem relevância e importância perante os objetivos do estudo e a implantação do acesso avançado<sup>(21)</sup>

Na Observação participante, a pesquisadora foi até a USF durante 72 dias, de fevereiro de 2019 a março de 2020 com permanência de em média 3 horas por dia. Nesse tempo, captou comportamentos e sentimentos da equipe e dos usuários, observou a sala de espera e o fluxo dos usuários dentro da unidade, realizou conversas com membros da equipe e acompanhou reuniões. Documentos e relatórios também foram analisados como componentes da observação participante, especialmente aqueles que continham informações da equipe sobre a implantação do acesso avançado, como atas de reuniões e agendas dos profissionais da equipe.

A Entrevista semi-estruturada (Apêndice II) teve caráter complementar e foi realizada com profissionais chave da equipe envolvidos no processo de implantação do Acesso Avançado, a partir de questões disparadoras com a finalidade de investigar

características, percepções e sentimentos acerca do modelo AA e o funcionamento da unidade após sua implantação. As entrevistas foram aplicadas em 12 profissionais sendo: a coordenadora da USF, 1 enfermeira, 1 médica, 1 médica e ex-coordenadora, 2 agentes comunitárias de saúde, 6 técnicos/auxiliares de enfermagem. As entrevistas tiveram intervalo de duração de 4 a 29 minutos e foram transcritas na íntegra para análise. A entrevista buscou a aproximação da pesquisadora com a realidade do modelo de acesso avançado, buscando compreender seu contexto e obter informações que atendam ao objetivo da pesquisa. Assim, foi possível a coleta e levantamento de dados de modo a manter a interação sujeitos/pesquisadora/contexto e permitir uma análise adequada do modelo de acesso da unidade.

### **3.5 Análise e interpretação dos dados**

Para análise e interpretação dos dados coletados, buscou-se uma metodologia que permitisse a percepção de significados, representações, relações, normas, discursos, falas, sistemas de valores, símbolos, condições estruturais e dimensões esperadas e inesperadas do problema que motivou a pesquisa.

Neste contexto, considerou-se adequado o uso do método hermenêutico-dialético para estudos da saúde, desenhado por Minayo<sup>(23)</sup>, que propôs essa tipologia baseada em estudos de Stein (1987), em que a hermenêutica e a dialética constituem “dois caminhos através dos quais o debate atual sobre a questão do método se desenvolve numa esfera que transcende a fragmentação dos procedimentos científicos em geral”<sup>(24)</sup>. Assim, o contexto dos sujeitos foi peça chave para análise de suas falas. Segundo essa proposta, o primeiro nível de interpretação a ser realizado foi o das determinações fundamentais, que visa contextualizar o grupo social estudado em relação à sua história e conjuntura sócio-econômica e política. O segundo nível de interpretação englobou comunicações individuais, observações de condutas e costumes e a análise da instituição<sup>(23)</sup>.

Primeiro, foi realizada a ordenação dos dados obtidos em campo, mapeando a transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante. Depois, classificou-se os dados através de uma releitura contínua, para que fosse possível identificar o que surge de relevante, e a partir disso elaborar categorias específicas. Na análise final, foram realizadas articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa<sup>(23)</sup>. Os resultados foram

analisados de acordo com a hermenêutica dialética descrita por Stein (1987), evidenciando críticas e contradições<sup>(24)</sup>.

Os resultados serão apresentados em dois artigos:

Artigo 1: *Advanced Access in Primary Health Care: experiences from Brazil and Canada*. Submetido no periódico *Journal of Public Health Management and Practice*.

Considerando a necessidade de embasamento científico e teórico, o artigo é fruto de uma revisão integrativa, que busca a compreensão completa do fenômeno analisado proporcionando uma síntese de conhecimentos sobre o assunto de modo que seja possível aplicar na prática os resultados de estudos significativos<sup>(17)</sup>.

Artigo 2: *Acesso Avançado na Estratégia de Saúde da Família: contexto e desafios de implantação*. Submetido no periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Apresenta e discute criticamente o contexto de implantação do AA, problematizando as contradições e desafios na experimentação do método à luz do referencial teórico de acesso à saúde.

## 4. Resultados

### **ARTIGO 1: Advanced Access in Primary Health Care: experiences from Brazil and Canada**

(Periódico para submissão: Journal of Public Health Management and Practice)

#### **RESUMO**

Acesso se define como o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Como alternativa ao modelo tradicional, surge no Canadá o modelo de agendamento Acesso Avançado, que busca “fazer o trabalho de hoje, hoje”, com agendamentos restritos a casos específicos. **Objetivo:** analisar a produção científica existente acerca do modelo de Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura. Foram selecionados os descritores (1) “Health Care Accessibility” OR “Primary Health Care” AND e (2) “Advanced Access” nas bases de dados PubMed, Scopus e BIREME. Foram critérios de seleção estudos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis em português, inglês ou espanhol e que tratassem sobre a temática. **Resultados:** Foram selecionados 8 estudos no total, onde seis foram agrupados em duas categorias de análise: “A experiência canadense com o AA: um modelo em consolidação”; e “A experiência brasileira com o AA: experimentações locais” e os outros dois contribuíram para enriquecimento da discussão. **Discussão:** O AA destaca-se como mais promissor ao equilibrar capacidade e demanda, com estrutura física e equipe adequadas, tanto no cenário internacional, como nas experiências nos municípios brasileiros, melhorando a qualidade da APS. **Conclusão:** Estudos que detalham o AA em sua prática, bem como os desafios e necessidades, podem inspirar outras unidades a estudá-lo e considerar sua implantação caso seja adequado para seu contexto, visando melhorar a saúde e cuidado de sua população.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, após longo processo histórico no Brasil se consolida como o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica se define como conjunto de ações diagnósticas, protetivas, curativas e de promoção da saúde, com objetivo de desenvolver atenção integral contextualizada à situação de saúde de coletividades<sup>(1)</sup>.

Para isso, no Brasil, a equipe de Saúde da Família deve atuar no território da população, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias de forma longitudinal, sempre pró-ativamente frente aos problemas de saúde-doença da população. Também é essencial a integração e parceria com outras organizações e instituições de saúde<sup>(1)</sup>. Isso se dá por meio de um trabalho em equipe multiprofissional que desenvolve gestão e práticas de cuidado com responsabilidade sanitária direcionados a essa população e territórios específicos e suas particularidades.

A Estratégia Saúde da Família e seu cuidado contínuo se tornam peças essenciais para a reafirmação e execução dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.<sup>(2)</sup> Assim, busca garantir a saúde como um direito à todas as pessoas sem exceções, considerando as necessidades distintas e específicas de cada ser visto como um todo, de modo integral e contextualizado socioculturalmente<sup>(1,2)</sup>.

No que se diz respeito ao acesso ao cuidado no processo de trabalho da Saúde da Família, existem de forma geral três tipos de ações desenvolvidas pela equipe<sup>(3)</sup>. A primeira delas se trata do atendimento de demandas espontâneas, que envolvem urgências e casos agudos. As ações relacionadas a esse tipo de demanda são o acolhimento, agendamento de consultas ou exames, diagnóstico, tratamento e procedimentos como medicação ou curativos. O segundo tipo de ações se origina de demandas programadas ou agendadas, geralmente compostas por indivíduos em situações de risco à saúde específicas. Alguns exemplos são o

pré-natal, puericultura, atenção ao idoso, atenção ao paciente crônico, atenção ao hipertenso ou diabético e atenção aos adolescentes. Todas as outras ações ficam com a terceira classificação, e envolvem aspectos gerenciais, planejamentos, base de dados dos sistemas de saúde, vigilância em saúde, comunicação, informação, educação, controle social e articulação intersetorial<sup>(3)</sup>.

Segundo Starfield (2002)<sup>(4)</sup>, acesso se define como o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. O modelo de acesso tradicionalmente usado para oferecimento de serviços de saúde baseia-se em dividir os atendimentos em duas categorias: urgente e não urgente. O paciente chega ao serviço de saúde e passa por uma triagem com um profissional. Nesta triagem, define-se o grau de urgência da situação daquele indivíduo, que será direcionado para acolhimento com enfermeiro ou médico. Os pacientes que tenham sua situação classificada como não urgente são agendados para algum momento futuro com atendimento programático<sup>(5)</sup>.

Esse modelo é criticado na obra de Murray e Tantau(2000)<sup>(6)</sup> por gerar acúmulo de trabalho e conseqüentemente uma longa fila de espera para consultas agendadas<sup>(6)</sup>. Outra conseqüência é a alta taxa de faltas em consultas, devido a demora do agendamento, o paciente acaba por esquecê-la ou por ter seu problema “resolvido” antes que ela chegue. O paciente acolhido na hora por ter uma queixa aguda considerada urgente também enfrenta problemas no modelo tradicional: no atendimento, apenas sua queixa principal será abordada e investigada. Outras demandas essenciais, porém consideradas de não-urgência, são agendadas e adiadas, limitando o cuidado integral. O paciente, então, insatisfeito com a demora e a qualidade do atendimento, busca outro tipo de acesso: os pronto-atendimentos. Boa parte dos pacientes classificados como “verdes” em PAs são conseqüências de uma Atenção Primária à Saúde falha e acabam por sobrecarregar serviços de urgência<sup>(5)</sup>.

Como alternativa ao modelo tradicional de acesso à APS, o modelo de Acesso Avançado (AA) surge para reconstrução do sistema de agendamento de um serviço de APS saturada no nordeste da Califórnia, em 1990<sup>(5)</sup>. O AA tem como princípio “fazer o trabalho de hoje, hoje”, buscando equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Isso

significa que o paciente que chega terá seu problema resolvido no mesmo dia em que procurar o atendimento, seja seu caso urgente, rotineiro ou preventivo<sup>(5)</sup>.

Deste modo, os agendamentos se tornam restritos a pré-natais e puericulturas, por exemplo, e serão realizados em dias menos ocupados por demandas espontâneas. O restante da agenda, que antes servia para atender casos de menos urgência, terá como objetivo deixar consultas disponíveis para a demanda espontânea independentemente do caso. Até mesmo o paciente que necessitar de um retorno é orientado a voltar daqui a um determinado período de tempo para ser atendido no mesmo dia, sem a necessidade de marcar dia e horário específicos. As consultas devem durar em torno de 15 a 20 minutos para evitar sobrecarga do serviço e uma longa fila de espera<sup>(7,8)</sup>.

O AA oferece as seguintes vantagens apontadas pela literatura: abolição das longas filas de espera para uma consulta agendada; queda do alto nível de absenteísmo nas consultas, tornando-as mais efetivas; usuários mais satisfeitos pela sensação de atenção à saúde resolutiva; diminuição da ansiedade do usuário pelo serviço com possibilidade real de diminuição da demanda, possibilitando que a equipe dedique mais tempo para outras ações de gestão e educação em saúde<sup>(7,8)</sup>.

Entretanto, a mudança no tipo de acesso não deve significar a decadência do atendimento. Existe a possibilidade de um serviço de APS focar-se na queixa-conduta, reproduzindo o modelo biomédico, de ênfase em processos medicalizantes em detrimento do cuidado integral e contextualizado aos determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Para o correto funcionamento do modelo de acesso avançado, é necessário que ele seja implantado de forma adequada e proporcional às necessidades e recursos da unidade de saúde e em consonância com a política de saúde vigente. Não existem muitas evidências da implantação do AA e sua relação com o processo de trabalho da equipe de saúde.

Diante desta conjuntura e da potencialidade do AA na reconfiguração do modelo de acesso ao cuidado na APS, fez-se necessário um levantamento integrativo da literatura para sistematizar os conhecimentos atuais sobre o tema e obter melhor compreensão do(s) modelo(s) de Acesso Avançado experimentados no Brasil e no mundo. Portanto, o objetivo deste artigo é analisar a produção

científica existente acerca do modelo de Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODO

Este estudo teve como estratégia metodológica a realização de uma revisão integrativa, que busca a compreensão completa do fenômeno analisado proporcionando uma síntese de conhecimentos sobre o assunto de modo que seja possível aplicar na prática os resultados de estudos significativos<sup>(9)</sup>. Esse método de revisão da literatura contempla a chamada Prática Baseada em Evidências (PBE), que se caracteriza como uma abordagem de cuidado e de ensino baseada em evidências científicas produzidas por estudos que respondam a um questionamento ou fenômeno específico<sup>(9)</sup>.

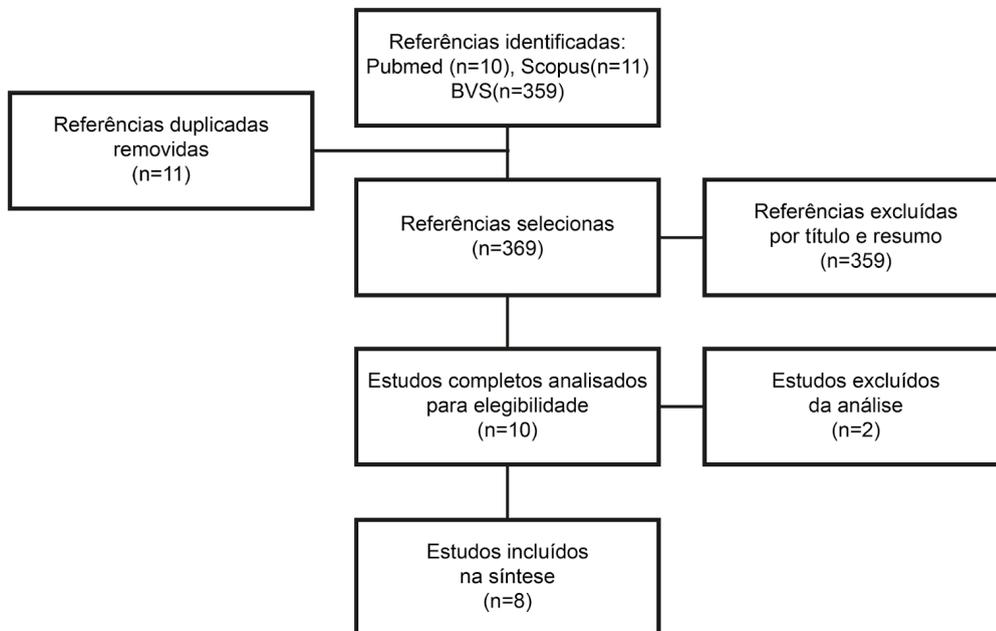
*Na primeira fase da revisão integrativa* foi elaborada a pergunta norteadora da pesquisa. Para a formulação, foi utilizada a estratégia PICO (**P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" [desfecho])<sup>(10)</sup>, em que considerou-se: P - profissionais de saúde da APS; I: implantação/desenvolvimento do Acesso Avançado na APS; C: experiências a partir de diferentes contextos; O: avaliação da implantação/desenvolvimento do Acesso Avançado.

A aplicação da estratégia PICO possibilitou a definição da pergunta: “Qual a produção científica presente na literatura acerca das experiências de implantação do modelo de Acesso Avançado na APS?”.

*A segunda fase* envolveu a busca e amostragem da literatura em bases de dados, de forma que os critérios de amostragem garantissem resultados confiáveis que respondessem à questão do estudo e agregassem conhecimento a discussão<sup>(9)</sup>.

Para a busca dos artigos foram selecionados os descritores do Medical Subject Headings (MeSH). Realizou-se combinações entre os quatro descritores selecionados como estratégia de busca usando os operadores booleanos “or” e “and” visando resultados mais significativos: (1) “Health Care Accessibility” OR “Primary Health Care” AND e (2) “Advanced Access”. A coleta de estudos foi realizada nas bases de dados Medline, SciVerse Scopus (Scopus) e Lilacs (BIREME/BVS). Foram critérios de seleção, estudos publicados no período de 2015 - 2019 (últimos cinco anos), disponíveis em português, inglês ou espanhol e que

tratassem sobre a temática.



**Figura 1: Fluxograma de constituição da amostra. Fonte: Elaboração própria.**

Na *terceira fase* e *quarta fase* da revisão, foram extraídos dados dos oito estudos selecionados, a fim de avaliar o rigor científico<sup>(9,10)</sup>, as características e a utilidade na prática de cada estudo, por meio de instrumento específico para coleta das informações: sujeitos, metodologia de implantação do AA e resultados da experiência.

A *quinta fase da revisão integrativa* foi a de discussão dos resultados, englobando a comparação dos dados encontrados na análise dos estudos. Foram destacados pontos em comum e diferenças nos resultados dos estudos, podendo-se assim interpretá-los e discuti-los, além de elencar necessidades de novas pesquisas a partir das lacunas de conhecimento observadas. Os achados foram resumidos e organizados para favorecer a comparação dos estudos em tópicos específicos<sup>(9)</sup>. Neste processo, a apresentação dos resultados e discussão da revisão foram organizadas em duas categorias de análise: “A experiência canadense com o AA: um modelo em consolidação”; e “A experiência brasileira com o AA: experimentações locais”. Cada categoria de análise possibilitou o aprofundamento do conhecimento sobre diferentes experiências de AA na APS de

países díspares, mas que guardam similaridades políticas e estratégicas na configuração da Atenção Primária à Saúde.

## RESULTADOS

Conforme apresentado na figura 1, foram selecionados oito (8) estudos entre os anos de 2015 e 2019. Houve predominância da base Scopus. Quanto à metodologia empregada, houve predomínio de estudos com abordagem qualitativa (5), seguido de abordagem quantitativa (2) e uma revisão de literatura (1). Os estudos foram realizados e publicados no Brasil (5) e Canadá (3).

Os seis (6) estudos sobre experiências de implantação/desenvolvimento do AA em serviços de APS foram agrupados em duas categorias de análise: “A experiência canadense com o AA: um modelo em consolidação”; e “A experiência brasileira com o AA: experimentações locais”. Os outros estudos (2) contribuíram para enriquecimento da discussão sobre as experiências brasileiras e canadenses.

	Autoria/Periódico/País	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
<b>EXPERIÊNCIA CANADENSE</b>				
1	Sabina Abou Malham, Nassera Touati, Lara Maillet, Isabelle Gaboury, Christine Loignon, and Mylaine Breton  International Journal of Family Medicine  Canadá, 2017	Analisar os princípios do AA implementado em uma Unidade Básica de Saúde e identificar quais fatores influenciaram a implantação.	Estudo de caso múltiplo de 4 unidades selecionadas.	Fatores estruturais e organizacionais facilitaram a implementação: treinamento de funcionários para apoiar mudanças, liderança coletiva, e abertura para mudar. Por outro lado, médicos de família que praticam em vários ambientes clínicos, falta de recursos da equipe, rotatividade funcionários do escritório, rotação de médicos residentes e capacidade de gestão foram relatados como grandes barreiras à implementação do modelo.
2	Jennifer Fournier, Amanda Rainville, Jason Ingram and Roberta Heale  Healthcare Quarterly  Canadá, 2015	Apresentar uma revisão da implementação de agendamento de acesso em uma clínica liderada por enfermeiro (NPLC) no norte de Ontário.	Estudo e revisão de caso da implantação do AA, comparação com resultados presentes na literatura.	Do ponto de vista dos profissionais de saúde, funcionários administrativos e administradores, o Acesso avançado tem tornado-se um sujeito oportuno na atenção primária, dada a crônica escassez de serviços e restrições de financiamento e a necessidade para maior eficácia.

3	<p>Mylaine Breton, Lara Maillet, Isabelle Paré, Sabina Abou Malham, Nassera Touati.</p> <p>The International Journal of Health Planning and Management</p> <p>Canadá, 2016.</p>	<p>Descrever a implementação do modelo de acesso avançado, percebido pelos primeiros médicos de família; analisar os fatores que influenciam a implementação de seus princípios; e documentar o percepções dos médicos sobre seus efeitos em sua prática, colegas e pacientes.</p>	<p>Métodos qualitativos foram utilizados para explorar, por meio de entrevistas semiestruturadas, as experiências de 21 médicos de família que fizeram a transição para o acesso avançado.</p>	<p>Quando bem planejada, a transição de uma prática tradicional para uma prática avançada de acesso pode ser alcançada sem problemas. As capacidades individuais e organizacionais determinarão que ajustes precisam ser feitos durante os primeiros meses de mudança. O envolvimento de todos os atores - não apenas profissionais e organizações, mas também pacientes - o processo de transição para o acesso avançado é um fator essencial para o sucesso implementação.</p>
<b>EXPERIÊNCIA BRASILEIRA</b>				
4	<p>Lélia Fernandes de Souza, Felipe Macedo Rossi, Adriano Fernandes Ogera, Monica Alves Borges, Solange dos Santos Galdino, Priscila Fernanda Zucatto Bertolasse de Souza et al.</p> <p>XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo</p> <p>Brasil, 2016.</p>	<p>Descrever o panorama atual do Acesso Avançado na Equipe Verde da UBS/ESF Parque da Lapa após um ano de sua implantação, a fim de compartilhar as dificuldades e as conquistas de um trabalho fruto da articulação de toda a equipe.</p>	<p>Foram feitas reuniões de equipe registradas em livro ATA, revisões literárias acerca do tema, pesquisa de campo com visitação à unidade da mesma Supervisão que já utilizava o sistema proposto e elaboração do processo de avaliação direcionado aos usuários.</p>	<p>Destaca-se o grande comprometimento de toda equipe durante a construção deste novo modelo de atendimento, a busca em superar as dificuldades diárias e paradigmas, e o apoio recebido por parte da gerência da unidade e da Supervisão Técnica de Saúde. Deve-se salientar a boa aceitação vinda por parte dos usuários. Após um ano de trabalho, conclui-se que o acesso avançado é uma proposta viável de atendimento.</p>
5	<p>Luís Antônio Soares Pires Filho, João Mazzoncini de Azevedo-Marque, Nádia Santos Miranda Duarte, Leonardo Moscovici.</p> <p>Saúde Debate</p> <p>Brasil, 2019</p>	<p>Relatar aspectos da implementação do AA em uma Unidade de Saúde da Família.</p>	<p>Coleta de dados pelo sistema eletrônico da prefeitura de Ribeirão Preto e entrevista com os profissionais de saúde acerca do AA.</p>	<p>Com a implantação do AA, o absenteísmo e os dias de espera por atendimento diminuíram quando comparados ao período antes da implantação. Os atendimentos médicos e número de encaminhamentos aumentaram. A equipe considera o AA benéfico para a unidade.</p>
6	<p>Ana Emilia Bagueira Leal; Bruno Takase Watanabe; Clarissa Willets Bezerra; Renata Alves de Souza Palluello; Janos Valery Gyuricza; Talita Rewa et al.</p> <p>Coordenadoria Regional de Saúde Oeste-Produção - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo</p> <p>Brasil, 2016.</p>	<p>O objetivo é ampliar e qualificar o acesso da população às consultas para médicas.</p>	<p>Comparação entre as médias de correspondência de pacientes pelo médico vistas após a mudança, através de análise das fichas de produção – Fichas D1– dos médicos da unidade.</p>	<p>O aumento do número ofertado de vagas, assim como a maior correspondência entre o paciente e o cuidado pela própria equipe tem demonstrado uma maior longitudinalidade do cuidado, representando uma atenção integral, capaz de atender o paciente em suas demandas agudas e crônicas. A unidade se tornou referência em Saúde para sua área adstrita, que agora a procuram inclusive para dúvidas quanto ao próprio sistema de saúde.</p>

OUTROS ESTUDOS				
7	Suelen Alves Rocha, Sílvia Cristina Mangini Bocchi, Moacir Fernandes de Godoy.  Physis  Brasil, 2016	Analisar a produção científica nacional e internacional referente ao incremento do acesso na atenção primária à saúde.	Revisão integrativa da literatura com amostra final de 16 artigos.	Um sistema de saúde menos iníquo provê acesso oportuno e continuidade do cuidado. O acesso avançado parece ser o modelo de agendamento mais promissor ao equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera. No entanto, não adianta modificar o agendamento sem prover a estrutura necessária para mantê-lo.
8	Tiago Barra Vidal , Suelen Alves Rocha , Erno Harzheim, Lisiane Hauser, Charles Dalcanale Tesser.  Revista de Saúde Pública  Brasil, 2019	Avaliar se o modelo de agendamento influencia a percepção do usuário sobre a qualidade dos serviços da atenção primária à saúde.	Estudo transversal de base populacional	O modelo de agendamento acesso avançado teve um efeito positivo na qualidade da atenção primária à saúde, na percepção dos usuários.

**Quadro 1: Identificação dos artigos, conforme primeira autoria, ano de publicação, objetivo método e principais resultados. Fonte: elaboração própria.**

## DISCUSSÃO

Após a análise dos estudos, identificou-se que a maioria trata de experiências de implantação do Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) de dois países da América: Canadá e Brasil. Considerando todo o contexto em que cada serviço está inserido, cada experiência é única e possui sua própria história e desafios ligados ao contexto histórico de APS de cada país. Portanto, apresentaremos as experiências por país, destacando alguns elementos.

### **A experiência canadense com o AA: um modelo em consolidação**

O sistema de saúde canadense, desde a década de 1970, é público, com cobertura universal e abrangente. Conta com dez províncias e três territórios, constituindo treze planos de saúde distintos, entretanto são entrelaçados por princípios norteadores ditados pelo governo federal, o que garante entre eles, mais semelhanças que diferenças<sup>(11)</sup>.

A discussão sobre a Atenção Primária à Saúde no Canadá começou em meados de 1960 e se cristalizou com o Relatório Lalonde em 1974 <sup>(12)</sup>. Em 1978,

aconteceu em Alma Ata a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, na República do Cazaquistão, ressaltando a necessidade de ação para se efetivar a promoção de saúde no mundo. Nesta conferência, foi expressa a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. Surgem assim as primeiras definições de elementos que comporiam a Atenção Primária à Saúde, descritos na Declaração de Alma Ata<sup>(13)</sup>.

Posteriormente, em 1986 na cidade de Ottawa, capital do Canadá, a APS consolida-se na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. O foco da conferência foram as necessidades em saúde nos países industrializados, e as discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata<sup>(12)</sup>.

No país, todos os residentes de cada província possuem um cartão de seguro de saúde. Assim, quando a população necessita de assistência médica vai ao médico ou clínica da sua preferência. As províncias canadenses devem satisfazer cinco princípios (em termos administrativos, de cobertura e de organização) para que possam receber transferências federais completas sobre saúde: administração pública, abrangência, universalidade, acessibilidade e transferibilidade<sup>(11,12)</sup>.

A maioria dos médicos do Canadá trabalha em consultórios privados, e o país não tem esses profissionais empregados pelo governo federal. São remunerados por serviços prestados, pelo plano de seguro de saúde provincial. Assim, os canadenses não pagam diretamente pelos serviços segurados de médicos e hospitais, a não ser que estejam dispostos a arcar com o custo total dos serviços aos poucos médicos cuja prática é totalmente externa ao sistema público. Alguns médicos trabalham em centros de saúde comunitários, clínicas hospitalares ou serviços ambulatoriais em hospitais<sup>(11,12)</sup>.

A província de Quebec, por exemplo, possui ações inovadoras em um sistema de saúde provincial com ênfase na comunidade, e é considerado referência. Nesse sistema, os estabelecimentos de saúde trabalham de forma complementar e são hierarquizados em três níveis. O Ministério da Saúde situa-se no nível central,

as Agências da Saúde e os Serviços Sociais em nível regional, e o Centro de Saúde e de Serviços Sociais em nível local. Esses Centros atendem casos de média e alta complexidade da população de seu respectivo território, devendo garantir acesso à prestação de serviços e atendimentos<sup>(11,14)</sup>.

Quebec foi a província pioneira no Canadá para a implantação do Acesso Avançado. Ressalta-se o treinamento inicial da equipe de saúde como relevante para a compreensão e implantação do modelo <sup>(15, 16)</sup>. Em 2011 e 2012, foi fornecido pela Federação de Quebec de Clínicos Gerais e Ministério da Saúde e Serviços Sociais, um dos primeiros treinamentos, a diferentes categorias de profissionais e pessoal administrativo, ajudou a equipe entender melhor os princípios orientadores e, em alguns casos, compartilhar o conhecimento que adquiriram com outros membros de suas equipes para se prepararem efetivamente para a mudança. <sup>(16)</sup>

A motivação surgiu da insatisfação expressa por pacientes a respeito da falta de acesso, compartilhada pelos profissionais, devido às longas filas de espera por consultas, o que levava os pacientes a procurar outros médicos e gerava frustração nos mesmos<sup>(16)</sup>.

Apontam a realização de diversas estratégias para equilibrar o cuidado oferecido pelas unidades com a demanda dos pacientes com oferecimentos diferentes de vagas abertas para demanda espontânea e agendamentos como 90% por 10%, 65% por 35%, ou mesmo 50% por 50%.<sup>(15, 16)</sup>

Também relataram a suposição de que não ter agenda pudesse resultar na perda de controle de alguns pacientes, pois no AA os próprios pacientes ficam responsáveis por marcarem suas consultas quando precisarem. Assim, desenvolveram estratégias desde a completa autonomia dos pacientes para retornar quando recomendado, o monitoramento dos mais vulneráveis através dos dados administrativos e o contato com os ausentes por longos períodos de tempo das unidades. <sup>(16)</sup>

Destacaram a liderança estratégica como facilitador essencial da implantação do AA, facilitando a comunicação e decisões<sup>(15)</sup>, além da prática compartilhada entre médicos e enfermeiros<sup>(16)</sup> e a melhora na colaboração entre os membros da equipe <sup>(15, 16)</sup>. Como dificultadores, apontaram a falta de pessoal, seja médicos, enfermeiros ou secretários e a resistência em modificarem seus papéis profissionais<sup>(15, 16)</sup>.

Essencial destacou-se a orientação a população sobre a mudança no processo de trabalho com a implantação do AA, utilizando vários meios disponíveis para a divulgação do modelo.<sup>(15, 16)</sup>

Outro estudo apresentou a implantação do AA em uma Clínica Liderada por Enfermeiro (Nurse Practitioner-led Clinic - NPLC), que é um modelo de atenção primária com equipe multiprofissional e cuidado com foco em práticas de Enfermagem, em Ontario, Canadá. Aberta em 2011, o AA foi implementado desde o início, contudo, a equipe precisou de um período de adaptação para se adaptar a proposta.<sup>(17)</sup>

Ressaltam benefícios do AA, como a satisfação dos pacientes por terem suas demandas atendidas rapidamente, os registros eram melhor realizados, a equipe estava mais satisfeita, houve redução do absenteísmo e de consultas inapropriadas em serviços de emergência, além de melhor eficiência na longitudinalidade e continuidade do cuidado.<sup>(16, 17)</sup>

Destarte a importância do preparo das equipes para manejar os desafios e adversidades que possam ocorrer, como a expectativa não atendida do paciente quando a oferta de cuidado não supre sua demanda e a flexibilidade exigida aos membros da equipe.<sup>(16, 17)</sup>

### **A experiência brasileira com o AA: experimentações locais**

A Atenção Primária à Saúde teve suas experiências iniciais no Brasil por volta de 1924 com Centros de Saúde da Universidade de São Paulo<sup>(18)</sup>, se conceituou no quesito cura, prevenção e educação sanitária em 1940 com o Serviço Especial de Saúde Pública<sup>(19)</sup>, e foi estendida para populações excluídas em 1970 com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass)<sup>(20)</sup>.

Após a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978 na cidade de Alma Ata, ressaltam-se os conceitos de educação em saúde, saneamento básico, programa materno-infantil, prevenção e promoção da saúde<sup>(13)</sup>.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgem em 1980 para fortalecer ações integrais por meio de um sistema unificado e descentralizado<sup>(18)</sup>.

Mas é em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que a APS torna-se o principal contato da população com o Sistema<sup>(18)</sup>. O Programa Saúde da Família, implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde, propunha reorganização do sistema de saúde e do processo de trabalho em saúde, preconizava uma assistência com ações de saúde coletiva, atendendo as pessoas em todas as fases do ciclo vital com demandas variadas e inespecíficas que nem sempre se enquadram em padrões<sup>(13)</sup>. O PSF se consolidou como Estratégia Saúde da Família (ESF) na Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 emitida pelo governo. A portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define e caracteriza as diretrizes da Atenção Básica e a ESF em seu âmbito, atualizada e modificada em novas edições nos anos de 2011, 2017 e 2019<sup>(1)</sup>.

A ESF e seu cuidado contínuo se tornam peça essencial para a reafirmação e execução dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade<sup>(2)</sup>. Assim, considera a saúde como um direito à todas as pessoas sem exceções, o ser único com um todo com necessidades distintas<sup>(1,2)</sup>.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), segundo a ESF, deve localizar-se no território em que atua, com população de até 12 mil habitantes. Cada equipe multiprofissional deve se responsabilizar por no máximo 3 mil habitantes, com um máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde e um enfermeiro para até 30 Agentes. Cada Agente deve possuir bem definida a microárea que está sob sua responsabilidade<sup>(1)</sup>.

No Brasil, as experiências de implantação do AA são mais recentes, a partir de 2015, sendo vivenciadas por equipes em municípios específicos, portanto, difere da experiência canadense, no qual está mais consolidada.

Os estudos apresentaram as experiências de três unidades de saúde da família com a implantação do AA em duas cidades no estado de São Paulo. <sup>(21, 22, 23)</sup>

A implantação foi planejada, sendo as equipes capacitadas para o novo modelo. Utilizou-se as reuniões de equipe, com revisões de literatura, discussões dos temas e visita a unidade com o AA já implantado. <sup>(21, 22, 23)</sup> Além disso, elaborou-se um processo de avaliação da unidade direcionado aos usuários. <sup>(21)</sup>

A proposta de agenda variou entre os estudos, uma foi de 80 % para agenda aberta e 20% reservados para agendamentos <sup>(21)</sup>, outra foi de 90% e 10% <sup>(22)</sup>, e outra realizou outra experimentação de agenda aberta com dois períodos por semana para os agendamentos <sup>(23)</sup>. Para que isso se tornasse possível, as equipes criaram estratégias como fluxograma de atendimento baseado no cardápio de atividades desenvolvidas na sala de espera da unidade, novo fluxo de atendimento e divulgação a população do novo modelo. <sup>(21, 22, 23)</sup>

Ao avaliarem a implantação do AA, elencaram alguns pontos positivos como a maior resolutividade de queixas agudas, o que absorveu as consultas de demanda espontânea, já que o atendimento é qualificado e realizado no mesmo dia da procura do paciente, facilitando o acesso e diminuindo o tempo de espera e consequentemente as faltas. Também corroborou para o estreitamento do vínculo entre a equipe e os pacientes. <sup>(21, 22, 23)</sup>

Um estudo apontou diminuição do percentual de faltas de 13,57% para 4,20% em dois anos, além do número de atendimentos médicos que quase dobraram, de 221 para 428, e do aumento do número de encaminhamentos de 9 para 41. Destaca-se que em 2015, foram 1.221 dias de espera para a realização de 98 atendimentos, enquanto que em 2017 foram 33 dias de espera para 98 atendimentos. <sup>(22)</sup>

Entretanto, as experiências enfatizam desafios a serem superados como a necessidade de ampliação e melhoria do cardápio de atividades, a busca ativa eficiente de pacientes pertencentes a grupos prioritários, a desproporção entre a oferta de vagas da equipe e a demanda da população, além da demora na realização de atendimentos em outros pontos da rede de atenção, o que induz o retorno na unidade enquanto espera a vaga da referência. <sup>(21, 23)</sup>

Destacou-se com a implantação do AA a melhora da satisfação dos pacientes e a otimização no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Em ambos os países, evidenciou-se melhores resultados na implantação do AA com a efetiva participação e capacitação das equipes de saúde, conformando um processo de trabalho ajustável às necessidades da população e a capacidade de atendimento das equipes. Equipes ativas no seu processo de trabalho

desenvolvem um fluxo contínuo de avaliação dos atendimentos, adequando-se às demandas e oferecendo atividades mais efetivas à população <sup>(24)</sup>.

O AA destaca-se como mais promissor ao equilibrar capacidade e demanda, com estrutura física e equipe adequadas, tanto no cenário internacional, como nas experiências nos municípios brasileiros, melhorando a qualidade da APS. <sup>(24, 25)</sup>

## **CONCLUSÃO**

Pesquisas baseadas na prática são necessárias para avançar e disseminar evidências que sejam impactantes para que outros serviços possam se beneficiar deste tipo de prática. Estudos que detalham o AA em sua prática e discutam os desafios e necessidades podem instrumentalizar outras unidades a estudá-lo e considerar sua implantação, visando a ampliação do acesso à saúde e qualificação do cuidado na Atenção Primária.

O modelo de Acesso Avançado se destaca como uma possibilidade de organização das agendas, e tanto sua implantação como seu sucesso devem considerar a história e o contexto da APS em cada unidade de saúde e realidade local em que se encontra.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
3. Faria HP. Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte, 67p, 2010.
4. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
5. Vidal TB, Mengue SS. O Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, 2013.
6. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7:45-50.
7. Gonçalves GP, Knupp LL, Corrêa RD, Mendonça LG. Acesso Avançado: Um Guia Prático em 7 Passos. Oficina de Acesso Avançado, Belo Horizonte; Março 2018.
8. Wollmann A. Novas Possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. 1ª ed. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de

Curitiba, 2014.

9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010 .
10. Santos CMC, Pimenta, CAM, Nobre, MRC. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
11. JC Santos, Melo W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 11(1), 2018, 79-98
12. Faria LR; Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 72-85, Mar. 2015 .
13. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
14. JRM Brandão. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. Cad. Saúde Pública 2018; 2019; 35(J):e00178217
15. Malham SA, Nassera T, Maillet L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What Are the Factors Influencing Implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A Cross-Case Comparison of Four Early Adopters in Quebec. *International Journal of Family Medicine* Volume 2017, Article ID 1595406, 15 pages <https://doi.org/10.1155/2017/1595406>
16. Breton M, Maillet L, Paré I, Malham SA, Touati N. *Int J Health Plann Mgmt* 2016 Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI:

10.1002/hpm.2380

17. Fournier J, Rainville A, Ingram J, Heale R. Implementation of an Advanced Access Scheduling System in Primary Healthcare: One Clinic's Experience. *Healthcare Quarterly* Vol.18 No.1 2015.
18. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.
19. Renovato RD, Bagnato MHS. O serviço especial de saúde pública. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, Editora UFPR n. especial 2, p. 277-290, 2010.
20. Brasil. Decreto nº78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1976.
21. Souza LF, Rossi FM, Ogera AF, Borges MA, Galdino SS, Souza PFZB, Ramos A, CI Goto, Silva LVL, Francisco MAG, Souza RC, Nascimento MAO, Colosio AMN, Bolieiro SVM. ACESSO AVANÇADO: EXPERIÊNCIAS ACUMULADAS EM UM ANO DE IMPLANTAÇÃO. PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.
22. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 43, N. 121, P. 605-613, ABR-JUN, 2019
23. Leal AEB, Watanabe BT, Bezerra CW, Palluello RAS, Gyuricza JV, Rewa T, Guimarães ACB, Storch BC, Áurea RG. Acesso Avançado: Um Caminho para a Integralidade na Atenção Básica São Paulo; *SMS; jun. 2015. 5 p.*

24. Rocha Suelen Alves, Bocchi Silvia Cristina Mangini, Godoy Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 July 05]; 26(1): 87-111. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.
25. Vidal Tiago Barra, Rocha Suelen Alves, Harzheim Erno, Hauser Lisiane, Tesser Charles Dalcanale. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 05] 53: 38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100233&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100233&lng=en). Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940>.

## **ARTIGO 2: Acesso Avançado na Estratégia de Saúde da Família: contexto e desafios de implantação**

(Periódico para submissão: Cadernos de Saúde Pública )

### **RESUMO**

O modelo de Acesso Avançado se apresenta como proposta recente para ampliação do acesso a serviços da Atenção Primária à Saúde. A experiência brasileira com o método é recente e pouco explorada. Tomando como princípio básico “fazer o trabalho de hoje, hoje”, o modelo busca equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Considerando a importância do tema para ampliação do acesso na saúde brasileira, o objetivo deste artigo é analisar o contexto de implantação do método de Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família piloto, destacando os desafios e potencialidades de sua implantação. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, em que as técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas foram empregadas para coleta de dados relativos ao processo de trabalho da equipe de multiprofissional de saúde da família. A análise hermenêutica-dialética aplicada a estudos da saúde possibilitou a descrição e análise crítica da implantação do método de Acesso Avançado, evidenciando o processo histórico e dialético experienciado pela equipe. Os resultados apontam para contradições na implantação, que por um lado significa satisfação e maior resolutividade dos problemas, por outro indica comprometimento da longitudinalidade e integralidade do cuidado, fundamentais para a Atenção Primária à Saúde.

### **INTRODUÇÃO**

A priorização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como foco a reafirmação e aplicação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. Assim, busca garantir a saúde como um direito de todo cidadão, sem exceções, considerando as necessidades distintas e

específicas de cada ser visto de modo singular, integral e contextualizado socioculturalmente<sup>(1,2)</sup>.

Nesta direção, as equipes de Saúde da Família devem atuar no território da população, com cadastramento e ações dirigidas à realidade de saúde da comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias de forma longitudinal, interdisciplinar e intersetorial. Isso se dá por meio de um trabalho em equipe multiprofissional que desenvolve gestão e práticas de cuidado com responsabilidade sanitária direcionadas a população específica, oportunizando a ampliação do acesso à saúde e sua qualificação<sup>(3)</sup>.

Segundo Bárbara Starfield<sup>(4)</sup>, acesso à saúde se define como o uso oportuno dos serviços de forma a atender às necessidades do usuário. Para Giovanella e Fleury(1996), a adequação entre as necessidades dos usuários e o sistema de cuidados em saúde pode ser descrita com dimensões específicas que compõe o termo “acesso”, o que significa que as inter-relações entre eles devem ter o acesso como categoria central de análise<sup>(5)</sup>. As respectivas dimensões, que são discutidas pelas autoras a partir de modelos teóricos, devem proporcionar uma visão compreensiva ao tratar a questão do acesso como forma de aproximação com os serviços de saúde<sup>(6)</sup>.

A *dimensão econômica* tem como principal base a relação entre os serviços de saúde que são oferecidos e as necessidades de saúde da população, chamada relação oferta/demanda, que deve ter seu equilíbrio possibilitado por meio da criação de políticas de governo. A *dimensão técnica* do acesso engloba o planejamento e organização de uma rede hierarquizada de serviços de saúde. A *dimensão política* diz respeito à construção do acesso através da participação cidadã e do controle social, e contempla o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, intervindo no sistema de saúde e suas práticas de trabalho e gestão. Finalmente, a *dimensão simbólica* contempla a realidade enquanto medida pela ordem simbólica, determinada pela intersubjetividade do relacionamento e da representação de cada indivíduo com a sociedade<sup>(6)</sup>.

O método de acesso mais tradicionalmente usado para se oferecer os serviços em saúde se baseia em dividir os atendimentos nas categorias urgente e não-urgente. Após essa triagem, o paciente urgente é direcionado para um

acolhimento ou consulta, e o não urgente agendado para um momento futuro<sup>(7)</sup>. Segundo Murray e Tantau(2000)<sup>(8)</sup>, a fila de espera para as consultas gera um acúmulo de trabalho<sup>(8)</sup> e uma alta taxa de faltas em consultas por esquecimento ou solução do problema. O paciente urgente, por sua vez, terá apenas sua queixa principal abordada e resolvida. O paciente insatisfeito com a demora tende a procurar os PAs, sobrecarregando também esses serviços<sup>(7)</sup>.

O modelo de Acesso Avançado (AA) surgiu como uma reconstrução do sistema de agendamento de uma APS saturada no nordeste da Califórnia em 1990<sup>(7)</sup>, e passou a ser implementado em outras unidades de saúde em diferentes países, desde então. O AA tem como princípio “fazer o trabalho de hoje, hoje”, buscando equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Isso significa que o paciente que chega terá seu problema resolvido no mesmo dia em que procurar o atendimento, seja seu caso urgente, rotineiro ou preventivo<sup>(8)</sup>.

Os agendamentos se tornam restritos a pré-natais e puericulturas, por exemplo, e serão realizados em dias menos ocupados por demandas espontâneas. As consultas devem durar em torno de 15 a 20 minutos para evitar sobrecarga do serviço e uma longa fila de espera<sup>(9,10)</sup>. Segundo autores que estudam a aplicação do AA no Brasil, para que este seja efetivo, o serviço de saúde oferecido deve continuar seguindo os princípios da Política Nacional da Atenção Básica e SUS em suas ações. As consultas devem se focar na integralidade do indivíduo e não se basear em um atendimento de queixa-conduta, que pode inclusive causar o retorno do paciente<sup>(7,9)</sup>.

Segundo a lógica do AA, as longas filas de espera para uma consulta agendada são abolidas, já que o tempo de espera com o acesso avançado se reduzirá a “hoje”, o que também resolve o absenteísmo. Não há o risco de consultas programadas serem priorizadas em relação à demanda espontânea daquele mesmo dia, ou o contrário. Tendo seu problema resolvido no mesmo dia com uma consulta realizada efetivamente, a tendência é que os pacientes saiam muito mais satisfeitos do serviço<sup>(9,10)</sup>. Causando a ideia de que o serviço estará sempre lá disponível para atendê-los, é provável que a demanda diminua, tornando o atendimento mais rico. Quando a equipe vê o trabalho de hoje sendo feito hoje, predomina uma sensação

de controle sobre a situação. Os profissionais enxergam com mais facilidade o potencial e capacidade do seu serviço<sup>(11)</sup>.

Um Guia Prático, lançado em 2018 em Belo Horizonte, recomenda alguns passos para uma implantação efetiva do AA. Primeiramente, deve-se avaliar a proatividade e motivação da equipe, que deve ser instrumentalizada com conhecimentos teóricos e científicos sobre o assunto, e se comprometer com a mudança. O próximo passo é realizar um diagnóstico situacional da demanda e oferta do serviço de saúde, avaliando recursos, potencialidades e problemas, o que possibilitará que a equipe elenque os problemas que exigem mais prioridade e que devem ser enfrentados primeiro. Também é importante desenvolver um plano de contingência, caso algo não corra da maneira esperada, como por exemplo um excesso de demandas espontâneas em um determinado dia<sup>(9)</sup>.

Após a realização destas etapas, é importante realizar um teste das mudanças em pequena escala para avaliar se a implantação do acesso avançado é realmente viável na situação em que se encontra a unidade de saúde. Se o teste fornecer resultados realmente positivos para a equipe e a unidade, é hora de implementar definitivamente as mudanças no processo de trabalho. Enfim, deve-se divulgar o sucesso para que possa beneficiar outras populações<sup>(9)</sup>.

Não existem muitas evidências sobre as vantagens da implantação do AA e sua relação com o processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. Uma revisão integrativa da literatura realizada entre 2015 e 2019, nas principais plataformas de publicação científica do mundo, usando descritores em inglês, português e espanhol, resultou na seleção de apenas oito artigos que descreviam experiências do AA na APS, dos quais apenas três (3) concentraram-se em experiências brasileiras.

Diante desta conjuntura e da relevância em investigar sobre as contribuições, limitações e desafios do AA no contexto brasileiro da APS, este artigo tem como objetivo analisar o contexto de implantação do método de Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família piloto, de Campinas, destacando os desafios e potencialidades de sua implantação.

## MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, considerando que implica relações humanas, olhar do trabalhador, estruturação do cuidado e acesso do paciente ao serviço de saúde. Essa abordagem visa uma investigação científica focada no caráter subjetivo do objeto analisado, considerando todas as suas experiências individuais e particularidades, em que a linguagem em várias formas de expressão se torna material de análise. Isso permite identificar e interpretar dados que não podem ser mensurados numericamente, como sentimentos, percepções, intenções e comportamentos<sup>(13)</sup>.

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) piloto na implantação do AA, componente da rede básica de saúde do município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil. A unidade se localiza em área rural e pertence ao Distrito de Saúde da região norte de Campinas<sup>(14)</sup>.

Participaram da pesquisa todos os membros da equipe da USF (até março de 2020). Foi critério de inclusão: ser membro da equipe de saúde ou de residência da unidade. Foi critério de exclusão: não ser membro da equipe de saúde ou de residência do local. No total, 19 participantes: a coordenadora da USF, 2 enfermeiras, 1 médico de Saúde da Família, 1 pediatra, 1 psicóloga, 4 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitárias de saúde e 1 técnica de farmácia.

Como técnicas de pesquisa para coleta de dados foram utilizadas: Observação Participante e Entrevista semi-estruturada.

A “Observação Participante” oportuniza interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem<sup>(15)</sup>. Para isso, a pesquisadora deve ter contato direto com o fenômeno a ser estudado, e pode ou não modificar o contexto, assim como ser modificado por ele, porém sempre se mantendo em uma zona intersticial entre a observação total e a participação total<sup>(16)</sup>. Para registro das observações, um diário de campo foi utilizado para anotações sobre comportamentos dos indivíduos envolvidos, conversas formais e informais, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados e impressões

peçoais da pesquisadora perante as situações, sendo essencial para a coleta e análise dos dados<sup>(16)</sup>.

Na observação participante, a pesquisadora foi até a USF durante 72 dias, de fevereiro de 2019 a março de 2020 com permanência de em média 3 horas por dia. Nesse tempo, captou comportamentos e sentimentos da equipe e dos usuários, observou a sala de espera e o fluxo dos usuários dentro da unidade, realizou conversas com membros da equipe e acompanhou reuniões. Documentos e relatórios também foram analisados como componentes da observação participante, especialmente aqueles que continham informações da equipe sobre a implantação do acesso avançado, como atas de reuniões e agendas dos profissionais da equipe.

A Entrevista semi-estruturada teve caráter complementar e foi realizada com profissionais chave da equipe envolvidos no processo de implantação do Acesso Avançado, a partir de questões disparadoras com a finalidade de investigar características, percepções e sentimentos acerca do modelo AA e o funcionamento da unidade após sua implantação. As entrevistas foram aplicadas em 12 profissionais sendo: a coordenadora da USF, 1 enfermeira, 1 médica, 1 médica e ex-coordenadora, 2 agentes comunitárias de saúde, 6 técnicos/auxiliares de enfermagem. As entrevistas tiveram intervalo de duração de 4 a 29 minutos e foram transcritas na íntegra para análise.

Para análise do material empírico, utilizou-se o método hermenêutico-dialético aplicado em estudos da saúde, desenhado por Minayo<sup>(17)</sup>, que propôs essa tipologia baseada em estudos de Stein(1987), em que a hermenêutica e a dialética constituem “dois caminhos através dos quais o debate atual sobre a questão do método se desenvolve numa esfera que transcende a fragmentação dos procedimentos científicos em geral”<sup>(18)</sup>.

Primeiro, foi realizada a ordenação dos dados obtidos em campo, mapeando a transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante. Depois, classificou-se os dados através de uma releitura contínua dos dados, para que fosse possível identificar o que surge de relevante, e a partir disso elaborar categorias específicas. Na análise final, foram realizadas articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo à sua questão com base em seus objetivos<sup>(17)</sup>.

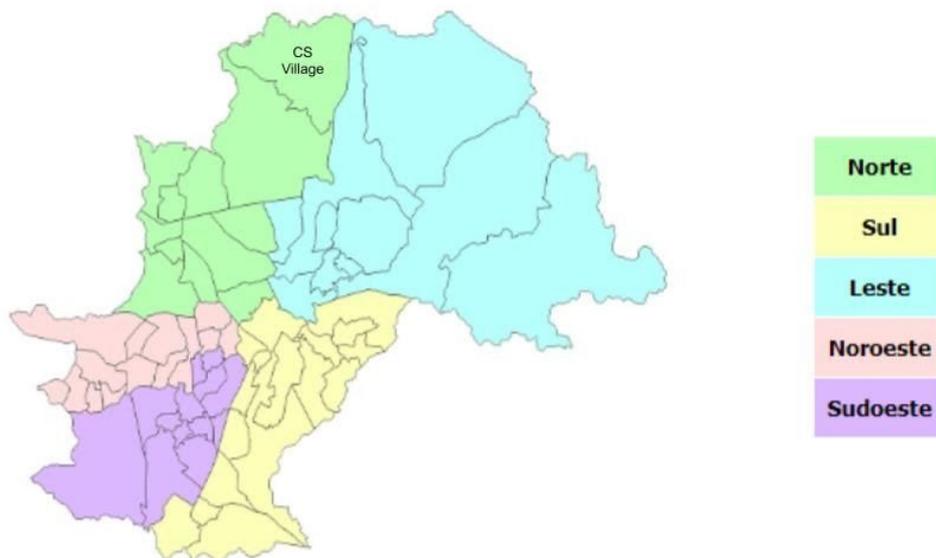
Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, se fez necessário a apreciação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos, conforme a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 2012<sup>(19)</sup>. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e aprovado em fevereiro de 2019, com número do CAEE 02352818.1.0000.5404.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Contexto de implantação do Acesso Avançado: em busca por resolutividade e satisfação**

A cidade de Campinas está localizada no interior do estado de São Paulo e possui cerca de 1.200.000 habitantes. Seu sistema de saúde é dividido em 5 distritos (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste), com o objetivo de descentralizar o planejamento e gestão da saúde em áreas de 250.000 habitantes, em média. A cidade possui ao todo 66 Unidades Básicas de Saúde, comumente chamadas de Centros de Saúde (CS), em que atuam equipes de Saúde da Família<sup>(20)</sup>.

O Centro de Saúde Village pertence ao distrito de saúde Norte e se localiza na zona rural de Campinas, conforme a imagem abaixo, e seu território abrange um total de 7 bairros e aproximadamente 150 sítios.



**Figura 1 - Distritos de Saúde de Campinas e territórios dos Centros de Saúde.**  
**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**

Possui uma população de 9.085 pessoas (2019) em sua área de abrangência. A maioria de sua população se encaixa na faixa etária de adulto e adulto jovem (5.421)<sup>(14)</sup>. É uma população majoritariamente trabalhadora, com muito trabalho braçal em fazendas e estufas, e portanto, bastante exposição a agrotóxicos.

*Dizem que o Village é um lugar 'bucólico', porque não conhecem a realidade do Village. Aqui tem muita pobreza, trabalho quase escravo nessas hortas, as pessoas trabalham 10, 12, 14 horas... Tem droga, tem violência doméstica, tem muita (problema de) saúde mental... Mais de 50% dessa população é analfabeto de verdade ou analfabeto funcional. A gente tem um plano de 23% de analfabeto mesmo, de não saber ler e escrever. Então assim, é muita vulnerabilidade. E isso faz com que as pessoas procurem mais a unidade, quanto mais vulnerável você é, mais você procura a unidade. (Coordenadora e enfermeira)*

Sua área de cobertura é grande e possui características rurais de plantações, áreas verdes e chácaras, sítios e fazendas, com manchas urbanas e alguns condomínios (organização intencional), além do Rio Atibaia. Existe um contraste

social grande no território, em que condições sociais vulneráveis descritas pela coordenadora coexistem com condomínios de alto padrão. A maioria da população não tem acesso a tratamento de esgoto e corre o risco de ter sua água do poço contaminada pela fossa devido aos terrenos irregulares. Há poucas linhas de ônibus e os picos de chegada à unidade acontecem de acordo com os horários destes. A sede atual é a terceira alugada, adaptada, com salas insuficientes e inadequadas, com infiltrações. Já existe um terreno para construção da sede própria, mas a verba ainda não foi liberada.

Atualmente, são cerca de 9 mil pacientes para apenas uma equipe. A equipe hoje é formada atualmente por uma coordenadora enfermeira, 2 enfermeiras, 2 médicos de Saúde da Família, 1 pediatra, 1 psicóloga, 4 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitárias de saúde e 1 técnica de farmácia. A residência foi perdida por conta do programa Mais Médicos campineiro. Esse número impossibilita o objetivo principal do AA: “fazer o trabalho de hoje, hoje”, pois o número de consultas oferecidas diariamente não é o suficiente para atender a todos que necessitam.

A princípio, a área do CS Village era pertencente ao CS Barão Geraldo. A equipe de Barão Geraldo percebia que os pacientes da região do Village não acessavam com frequência a unidade. Alguns funcionários que moravam nessa região relataram que isso acontecia por conta da distância do território até o CS e da baixa quantidade de horários de ônibus. Assim, quando os pacientes pertencentes a região do Village chegavam à unidade, todas as ofertas de consulta já tinham se esgotado. Os pacientes eram da área do CS, mas não tinham acesso à ele.

Para solucionar esse problema, em meados do ano de 2000, foi realizada a tentativa de implementação de mais linhas de ônibus, mas devido ao "baixo uso da população", a iniciativa não obteve sucesso. Essa justificativa predomina até os dias de hoje. Como a população não chegava ao CS, seria preciso uma forma do CS chegar à população. Porém, isso significaria deslocamento da equipe, em contexto de dificuldade com transporte.

Diante disto, o secretário de saúde da época, Gastão Wagner de Sousa Campos, recrutou uma equipe para montar um CS na região do Village, utilizando

uma casa alugada como sede. Até o processo burocrático do aluguel se concretizar, a prefeitura de Campinas ofereceu uma caminhonete, onde foi montado um CS improvisado, com poucos materiais. A equipe batia de porta em porta para atender os pacientes.

*Foi assim, olho no olho, com muito respeito pelo jeito desta comunidade, com muita tranquilidade, que a gente foi chegando. Tem afeto, muito afeto do humano, porque foi construído assim, tijolinho por tijolinho, caminhando devagar. (Médica e ex-coordenadora)*

Por conta das características da população, a demanda espontânea sempre foi grande no CS Village. Quando a unidade se consolidou, o atendimento funcionava com uma agenda essencialmente programática e algumas vagas para a demanda espontânea. Isso provocou crise e conflitos entre médicos e equipe de enfermagem, pela dificuldade em suprir a demanda, além das limitações para encaminhar os usuários para serviços de referência, devido a condição socioeconômica da população associada à escassez de transporte coletivo.

Diante desta questão, a equipe sempre buscou adaptar a agenda para melhorar a oferta de cuidado, mas priorizando à agenda programática às demandas espontâneas. O agendamento era realizado uma vez por mês e as consultas duravam 30 minutos. Caso o paciente não conseguisse uma consulta, só poderia tentar novamente no próximo mês. Isso gerava uma grande angústia na equipe. As demandas espontâneas ficavam empilhadas no balcão por ordem de chegada, sem uma triagem anterior.

Com a entrada da residência médica no Village em 2014, e a partir da percepção da equipe de não conseguir atender algumas urgências por conta das consultas agendadas, começou uma discussão acerca de acolhimento, fluxo e perfil da população. A partir disso, a equipe percebeu que mais de 50% da população era adulto jovem e não se enquadrava no perfil de doenças crônicas, comum nos idosos. A maioria das queixas dos pacientes eram agudas, muitas vezes relacionadas ao trabalho.

Após a percepção de que a agenda da unidade não comportava essa população, a equipe começou a implantar o acolhimento com a ajuda de uma médica residente, em 2016. As demandas espontâneas passariam então por um acolhimento de triagem com técnicos ou auxiliares de enfermagem, que “encaixariam” o paciente no dia conforme sua queixa e urgência, ou discutiriam o caso com os médicos. A cada duas consultas agendadas havia um atendimento da demanda do dia, aumentando um pouco o número de pronto atendimentos e diminuindo as consultas.

Mas o fluxo ainda era um problema, pois as vagas disponíveis no dia para demandas espontâneas (cerca de 30% do total) não eram suficientes e esgotavam-se rapidamente. Muitos usuários não eram atendidos e até as consultas agendadas eram comprometidas pela necessidade do profissional discutir um volume grande de casos com a equipe que estava no acolhimento. No final, nem agendados nem demandas espontâneas eram atendidos com uma consulta qualificada e de forma integral.

*Era muito cansativo e desgastante pra quem estava no acolhimento, era uma época em que as enfermeiras não participavam tão ativamente da assistência, porque a enfermeira estava sozinha e não conseguia cuidar de tudo ao mesmo tempo.*  
(Médica)

A equipe então passou por um processo de transição chamado de “atendimento qualificado”, onde o paciente precisava passar por uma escuta antes de agendar sua consulta, e nessa escuta eram discutidos pontos que poderiam ser resolvidos naquela hora. Ao mesmo tempo que esse método melhorou alguns aspectos, os pacientes reclamavam de ficar quase o dia todo esperando para se marcar uma consulta.

*A agenda qualificada melhorou muitas coisas, fez a gente pensar muitas coisas, mas ao mesmo tempo as pessoas reclamavam porque ficavam aqui o dia inteiro quase pra marcar uma consulta, e a gente tinha que ouvir. Então a gente passou por isso, foi meio que um protótipo do que foi o acesso avançado.* (Coordenadora)

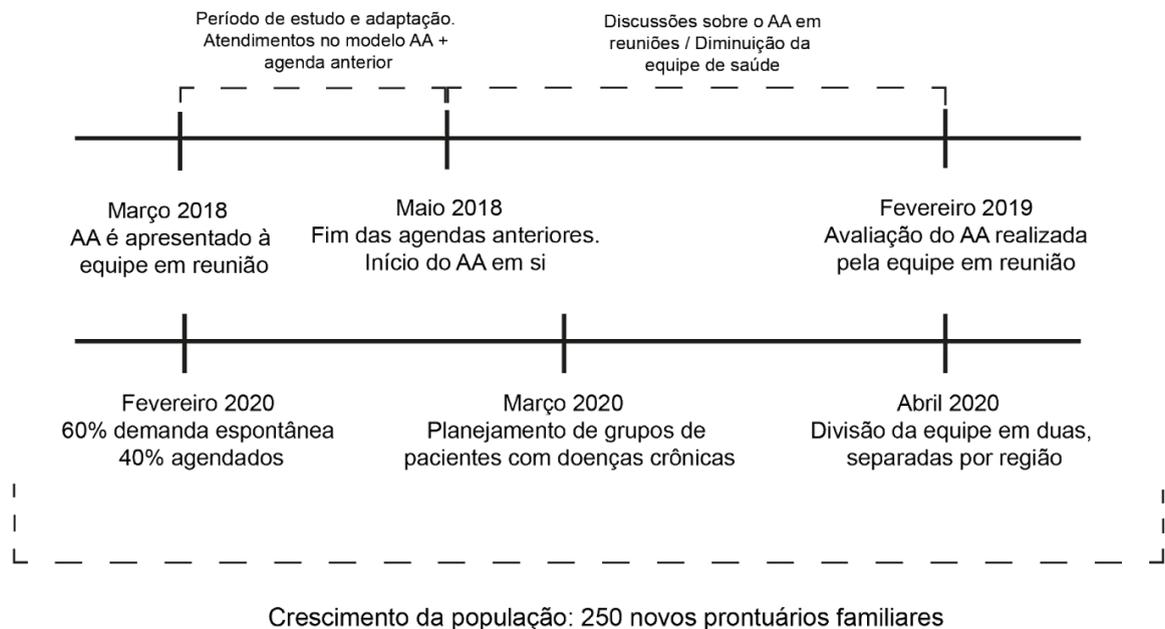
A população foi crescendo cada vez mais, até que no ano de 2018, essas discussões foram retomadas. No mês de março, um residente voltou à unidade após realizar um estágio externo na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Lá, ele teve contato com o AA em uma unidade pequena com equipe também pequena, muito semelhante ao CS Village. O residente estudou o trabalho e agenda do local, levantou artigos e documentos em relação ao AA e levou a sugestão em uma reunião de equipe do Village. Seria um método de agendamento que se encaixava com o perfil da unidade, desafogando a equipe do acolhimento, os médicos e colocando a enfermeira na assistência.

A equipe passou alguns meses estudando, discutindo e se adaptando ao novo acesso. O período de transição foi difícil e trabalhoso, pela necessidade de conciliar a agenda que já existia com a demanda espontânea livre. Mesmo assim, a equipe se encontrava mobilizada para a mudança. Houve um período de maximização do atendimento onde a agenda, que estava de 2 a 3 meses na frente, foi condensada em um período mais curto. Enquanto os médicos atendiam os agendados, a equipe de técnicos e auxiliares ia fazendo o atendimento desta demanda. O atendimento ficou mais rápido e as pessoas eram atendidas no dia, poucas eram orientadas a voltar em outro momento.

*Dizem que foi um período muito estressante, muito difícil, mas que faz parte... Quando a gente lê a literatura de AA, esse período de transição é sempre difícil e trabalhoso, mas é necessário para zerar a agenda. Para começar o AA você precisa ter uma agenda zerada (Médica).*

Foram muitas discussões em reuniões de equipe sobre o AA, seu fluxo e funcionamento, bem como desafios e dificuldades que a equipe apresentou no processo. Também foi realizada uma avaliação do modelo em fevereiro de 2019, onde cada área da equipe elencou pontos positivos e negativos do AA. Os principais pontos positivos abordados foram a melhora do cuidado de pacientes com queixas agudas e satisfação do paciente em ter seu problema resolvido. As críticas

levantadas foram a semelhança do serviço com um Pronto Atendimento (PA) e descontinuidade do cuidado aos pacientes crônicos.



**Figura 2 - Linha do tempo do AA no CS Village. Fonte: elaboração própria.**

### **Desafios e contradições do Acesso Avançado: ameaça ou potência à longitudinalidade do cuidado?**

Após dois anos, a equipe relata que, nos dias atuais, cada vez mais mais pessoas procuram a unidade. A demanda espontânea, que sempre foi grande devido ao perfil da população, tem aumentado cada vez mais, consequência da perda de planos de saúde e migração de famílias para a região em busca de oportunidades. Houve um acréscimo de aproximadamente 250 prontuários familiares neste período. De forma inversamente proporcional ao crescimento da demanda, está o déficit do número de profissionais da equipe de saúde, que caiu significativamente.

*Nesse momento, eu posso dizer: Village vive a pior crise que a gente já passou com relação à equipe. Uma equipe nesse momento muito reduzida, no geral. (...). A gente trabalha numa ótica de Programa de Saúde da Família mas a gente não faz Programa de Saúde da Família, porque a gente tem uma equipe pra atender 9 mil pessoas. (Coordenadora e enfermeira)*

De acordo com Giovanella e Fleury, a relação entre oferta e demanda é uma das dimensões de análise do acesso, chamada *dimensão econômica*. O equilíbrio dessa relação deve ser garantido por políticas públicas de governo<sup>(5,21)</sup>. Segundo a Estratégia de Saúde da Família, a UBS deve localizar-se no território em que atua, com população de até 12 mil habitantes. Cada equipe multiprofissional deve se responsabilizar por no máximo 3 mil habitantes, de modo que a relação oferta/demanda seja equilibrada<sup>(22)</sup>. Levando em consideração esse referencial, a relação oferta/demanda do CS Village é acentuadamente desproporcional. Seriam necessárias mais duas equipes para contemplar o tamanho da população.

A agenda funciona com 60% de vagas abertas para demanda espontânea e 40% de agendamentos programáticos para pré-natal, puericultura, alguns casos de crônicos e outros específicos. A agenda da única médica da unidade é de no máximo 2 meses prospectivos, mas devido a quantidade de pacientes, muitas vezes ela precisa pegar um horário destinado a demanda espontânea para um paciente agendado.

Outro fator que contribui para a grande procura da unidade é a distância de outros serviços de saúde, já que a unidade está localizada a 14km do pronto socorro e hospital mais próximo, e a 23km do pronto socorro de referência. A regionalização é um princípio que embasa a caracterização dos níveis de complexidade da atenção, referência e contrarreferência e população referenciada. Esses fatores visam proporcionar um atendimento em saúde mais resolutivo em unidades de diferentes perfis assistenciais organizadas hierarquicamente<sup>(21,23)</sup>. Essa organização, estabelecida em uma microrregião de saúde, garante à população uma variedade de ações e serviços que não poderiam ser oferecidos de outra forma. Isso é abordado na *dimensão técnica* de análise do acesso<sup>(5,21)</sup>. A condição

socioeconômica da população e a escassez de transportes coletivos disponíveis na região tornam mais difíceis o acesso a outros serviços.

Levando em consideração a integralidade da assistência, o mecanismo de referência e contrarreferência é princípio para se determinar as linhas de cuidado, e deve estabelecer a relação entre as unidades assistenciais. Nesse aspecto, o acesso é responsabilidade do governo, por meio do sistema de saúde no que se diz respeito ao cuidado progressivo do usuário, com devida definição de fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede<sup>(6,21)</sup>.

Segundo os profissionais, a falta de visibilidade que o CS Village tem no âmbito político da cidade de Campinas também contribui para o descaso com suas necessidades.

*O Village é o canto da população que ninguém vê, é o pedaço esquecido de Campinas.* (Médica e ex-coordenadora)

O Conselho Local de Saúde da unidade se mostrou disposto a questionar descasos e atrasos e cobrar melhorias para o serviço, e tem a consciência de que devem se organizar e lutar por seus direitos. Segundo a *dimensão política do acesso*, essa participação é de extrema importância, pois partir da lógica da consciência sanitária, a saúde deve ser alcançada por meio de uma ação individual e coletiva, já que se trata de um direito do indivíduo. A ação também deve partir da compreensão da população acerca da determinação social do processo saúde/doença e dos fatores que definem a organização social das práticas de saúde<sup>(6,21)</sup>.

O CS já possui planta e terreno para a construção de uma sede própria, mais adequada às suas necessidades. Porém, de acordo com a prefeitura, a verba para a construção não pode ser liberada pois há outros lugares prioritários. Desde 2018, época do início da implantação do AA, a equipe e o Conselho Local de Saúde tentaram se unir para a contratação de no mínimo mais um enfermeiro, necessidade em que o Village também não tinha prioridade e, portanto, previsão de contratação. A necessidade só foi atendida em janeiro de 2020, com a chegada de outra enfermeira.

A opinião dos membros da equipe sobre o modelo de AA é bem diversa e dividida. Isso vai de acordo com a *dimensão simbólica do acesso*, onde os sujeitos sociais, coletivamente determinados por suas representações, são formados por sujeitos históricos, que inicialmente são sujeitos coletivos. Cada sujeito em sua dimensão coletiva possui uma realidade material e espiritual que se relaciona com a produção de ideias, representações e consciência<sup>(5,21,23)</sup>. Alguns consideram o AA um modelo adequado para o contexto da população do Village, e relatam que os pacientes saem satisfeitos da unidade por terem seus problemas resolvidos no mesmo dia.

*Para a população do Village que procura muito e precisa muito do serviço, é o único serviço da região, então a população procura ele pra tudo. Então nesse momento, com essa população que a gente tem, não vejo como uma agenda fechada poderia ser melhor. (Médica)*

Outros, porém, alegam que o AA não é o modelo adequado, e que os pacientes não gostam da demora. Nas observações, foi possível notar o grande tempo que os pacientes ficam na sala de espera aguardando as consultas.

*Os pacientes reclamam muito, eles não gostam, eles gostam de marcar consulta, de vir... Tem que ficar aqui a manhã toda, às vezes perde a manhã toda pra ser atendido meio dia, uma hora da tarde, às vezes até voltar... Então eles não gostam. E a gente também não. (Agente Comunitária de Saúde)*

Porém, as percepções dos diferentes trabalhadores são coincidentes no principal problema do AA para a equipe: a falta de recursos humanos (RH), que conseqüentemente causa o desequilíbrio na relação oferta/demanda abordada na dimensão econômica do acesso.

*O acesso avançado, pro paciente ele é muito bom. Pra nós também seria, mas se a gente tivesse uma equipe mais completa, porque com ele você tira a barreira de atendimento. Então o paciente vem, ele é atendido ou a gente já dá uma posição pra ele, um agendamento, né. Só que pra que ele ocorresse redondinho, teria que*

*ter RH, e a gente não tem. Então muitas vezes ele vinha, passava pelos auxiliares e técnicos, ia pro enfermeiro mas às vezes ele precisava do médico e a equipe tava sem médico, ou muitas vezes um médico só pra dar conta de muita gente. (Técnica de Enfermagem)*

Dentre os pontos negativos apontados, se encontra a sobrecarga de trabalho, vinda da demanda em desequilíbrio com a oferta. O trabalho se torna exaustivo e a equipe fica estressada e sobrecarregada, e a tensão é visível.

A resolutividade também foi um ponto importante de discussão, com divergências de opiniões. A sala de espera constantemente lotada e pacientes que retornam com frequência são pontos dessa discussão. Com o desequilíbrio entre a pequena oferta e a grande demanda, é difícil oferecer e garantir um cuidado que olhe o usuário como um todo. A integralidade, segundo o SUS, garante que as consultas se foquem no indivíduo como um todo, não se basear em um atendimento de queixa-conduta, que pode inclusive causar o retorno do paciente<sup>(2)</sup>. As práticas diárias da relação oferta/demanda devem, portanto, ser baseadas no paradigma da integralidade<sup>(6)</sup>.

Para alguns membros da equipe, o pequeno tempo disponível para atendimento daquela pessoa fica restrito a uma consulta no método queixa-conduta, resolvendo apenas o problema agudo do paciente. Assim, o paciente que não é visto integralmente, tende a voltar para a unidade resolver outros problemas com mais frequência. Isso leva a uma reflexão muito presente na observação e nas entrevistas realizadas: o que era um Centro de Saúde, agora parece mais um Pronto Atendimento.

*A demanda tá muito grande, aí vai, vira um PA, o acesso não vai ficar avançado de olhar o todo, só olha aquele negocinho mesmo... (Técnica de enfermagem)*

Outros funcionários, no entanto, discordam desse ponto de vista.

*A relação da equipe com o AA precisa melhorar, as pessoas acham que o AA vai transformar o Village em um PA, e não é. Aquela pessoa que a gente tá vendo, a*

*gente conhece. Ele sempre vai voltar pra mim, eu sou o médico de referência dele, ele nunca vai ter alta.* (Médica)

Outra preocupação frequente mais específica acerca do AA e do desequilíbrio entre oferta/demanda no Village é o cuidado de pacientes com doenças crônicas. No AA, a ideia é que o paciente busque atendimento quando quiser, de modo que os retornos devem ser determinados com intervalo de tempo no dia e horário que for melhor para aquele paciente. Levando em consideração a pequena oferta, fica o questionamento: será que os pacientes crônicos estão sendo assistidos corretamente? Será que estão tendo acesso ao cuidado longitudinal?

*Eu acho que tá ficando muito disperso os pacientes. Principalmente crônico, os diabéticos, hipertensos, acho que fica solto, não sei... É bom que dá resolutividade naquele momento, o paciente já sai até feliz, mas foi embora, não sei... E o retorno dele?”* (Técnica de enfermagem)

Diante dessas percepções, foi realizado segundo a equipe um levantamento de cerca de 700 prontuários, onde foram avaliados cerca de 200 hipertensos e diabéticos. Após avaliação, foi possível perceber que 80% desses pacientes haviam passado em consulta médica dentro do período de 12 meses, taxa considerada boa para a realidade do Village. A equipe atualmente está buscando criar grupos de hipertensos e diabéticos para tirar o paciente crônico da demanda espontânea e tentar atendê-lo de forma melhor.

## **CONCLUSÃO**

De acordo com a literatura existente, o modelo de AA enfrenta muitos desafios no contexto do CS Village. Apesar de adequado às características da população da unidade, o desequilíbrio entre oferta e demanda prejudica um cuidado adequado e realizado de forma integral.

Existe uma tensão na equipe, que diverge bastante entre si quanto à opinião acerca do modelo, e se encontra sobrecarregada. Os pacientes gostam de ter seu

problema resolvido no mesmo dia, mas nem todos conseguem uma consulta devido às poucas vagas.

O modelo de Acesso Avançado se destaca como uma possibilidade de organização das agendas, porém tanto sua implantação como seu sucesso devem considerar a história e o contexto da APS em cada unidade.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
3. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, mar. 2014.
4. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p
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.
6. Assis MMA, Jesus WLA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(1): 161-70. 2010.
7. Vidal TB, Mengue SS. O Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, 2013.
8. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7:45-50.
9. Gonçalves GP, Knupp LL, Corrêa RD, Mendonça LG. Acesso Avançado: Um Guia Prático em 7 Passos. Oficina de Acesso Avançado, Belo Horizonte; Março 2018.
10. Wollmann A. Novas Possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. 1ª ed. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2014.

11. Singer IA. Advanced Access: A New Paradigm in the Delivery of Ambulatory Care Services. Washington, DC: National Association of Public Hospitals and Health Systems;

12. Malham SA, Nasser T, Maillet L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What Are the Factors Influencing Implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A Cross-Case Comparison of Four Early Adopters in Quebec. International Journal of Family Medicine Volume 2017, Article ID 1595406, 15 pages <https://doi.org/10.1155/2017/1595406>

13. Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Orgs.) (2000). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. [O que é pesquisa qualitativa? Uma introdução.]. Em U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke, (Orgs.), Qualitative Forschung: Ein Handbuch [Pesquisa qualitativa - um manual] (pp. 13- 29). Reinbek: Rowohlt

14. Village, Centro de Saúde. Prefeitura de Campinas. Disponível em:[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/centros/cs\\_village/cs\\_village.htm](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/centros/cs_village/cs_village.htm)

15. Fernandes FMB. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante . In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 262-274. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

16. Fernandes FMB, Moreira MR .Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 511-529, 2013.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

18. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Dialética e Hermenêutica. (Jurgen Habermas). São Paulo: L&PM, 1987.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
20. Prefeitura de Campinas. Dados do Município. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>
21. Assis MMA Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cien Saude Colet 2003; 8(3):815-823.
22. Matumoto S, Mishima S M, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. Rev esc enferm USP 2011; 45(3):603-610.
23. 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.

## 5. Discussão Geral

A literatura encontrada acerca do AA e os resultados do estudo realizado no CS Village trazem contribuições importantes do modelo de forma prática. Foi possível analisar e compreender os contextos de implantação e desafios no Canadá, Brasil e na especificidade do CS estudado, em uma cidade do interior de São Paulo.

Para que o AA seja compreendido de forma efetiva, ressaltou-se a extrema importância do treinamento das equipes de saúde, obtendo assim embasamento teórico e científico e poderem discutir seus princípios orientadores e uma possível implantação<sup>(25,26)</sup>. O treinamento fornecido pela Federação de Quebec de Clínicos Gerais e Ministério da Saúde e Serviços Sociais foi citado como muito relevante em estudos do Canadá<sup>(26)</sup>, mas ainda não há relatos de um treinamento específico do AA no Brasil. As equipes brasileiras, incluindo a do CS Village, se capacitaram principalmente por meio de revisões de literatura e discussões em equipe<sup>(27-29)</sup>.

A motivação para implantação do modelo de agendamento no CS Village foi a insatisfação com o modelo antigo, já que as consultas marcadas eram 70% dos atendimentos no dia e a fila para elas era de 2 a 3 meses. Isso não comportava sua população, devido a suas características de maioria adultos jovens com muita frequência de queixas agudas. As experiências do Canadá tiveram motivações vindas da insatisfação dos pacientes e equipes com as filas de espera por consultas, que também eram longas<sup>(26)</sup>.

Após a implantação do AA, as experiências presentes na literatura brasileira e canadense variaram na porcentagem entre demandas espontâneas e agendamentos. No Brasil, houveram casos de 80% de vagas abertas e 20% agendamentos, bem como 90% e 10%, e, em outro caso, agenda aberta com dois períodos por semana para agendamentos<sup>(27-29)</sup>. Nos relatos do Canadá, as proporções foram de 90% por 10%, 65% por 35%, e 50% por 50 %<sup>(25,26,30)</sup>. O CS Village atualmente tem um modelo de AA composto por 60% de vagas abertas para demandas espontâneas e 40% de vagas agendadas.

O CS Village apresentou uma preocupação em relação ao cuidado de pacientes com doenças crônicas, com o receio de estarem desassistidos sem consultas marcadas no modelo de AA. Foi realizado então um levantamento no qual foram avaliados cerca de

200 hipertensos e diabéticos e foi possível perceber que 80% desses pacientes haviam passado em consulta médica dentro do período de 12 meses. Os relatos do Canadá também abordam essa preocupação, e também realizaram o monitoramento dos mais vulneráveis através dos dados administrativos, além de desenvolverem estratégias como a completa autonomia dos pacientes para retornar quando recomendado e o contato com os ausentes por longos períodos de tempo das unidades<sup>(26)</sup>. As experiências brasileiras também evidenciaram a importância de uma busca ativa eficiente de pacientes pertencentes a grupos prioritários<sup>(27,29)</sup>.

Os benefícios do modelo de AA apresentados nos estudos do Canadá foram a satisfação dos pacientes por terem suas demandas atendidas rapidamente, a melhora nos registros, a redução no absenteísmo e nas consultas inapropriadas em serviços de emergência, a melhor eficiência na longitudinalidade e continuidade do cuidado e a melhora na satisfação da equipe<sup>(26,30)</sup>. Os estudos brasileiros também relatam diminuição no absenteísmo, além da maior resolutividade de queixas agudas, já que o atendimento é qualificado e realizado no mesmo dia da procura do paciente, facilitando o acesso e diminuindo o tempo de espera. O AA nesses casos corroborou para o estreitamento do vínculo entre a equipe e os pacientes<sup>(28-30)</sup>.

Segundo observado no CS Village, os pacientes ficam satisfeitos por terem seu problema resolvido no mesmo dia, mesmo que a espera seja grande. Também foi observada a redução das faltas em consultas. A equipe se divide bastante nas opiniões acerca do modelo, e no geral não está satisfeita com essa realidade. Atualmente, com uma equipe reduzida e inadequada, muitos pacientes ficam sem atendimento no dia porque a equipe comporta o número de pacientes. Se outros serviços de emergência não fossem tão distantes e de difícil acesso aos pacientes da região do Village, provavelmente eles migrariam para lá e sobrecarregariam também esse outro serviço, de forma inadequada.

Tanto os estudos canadenses<sup>(26,30)</sup> como brasileiros<sup>(28,30)</sup> apontam a falta de pessoal e desequilíbrio entre oferta e demanda como um dificultador da eficiência do AA. Experiências do Canadá consideram desafios a expectativa não atendida do paciente quando a oferta de cuidado não supre sua demanda e a flexibilidade exigida aos membros da equipe<sup>(26,30)</sup>. As experiências do Brasil destacam a necessidade de

ampliação e melhoria do cardápio de atividades<sup>(28,30)</sup>. Essas considerações coincidem com as dificuldades atuais do CS Village com o AA.

A partir dessa discussão, é possível deduzir algumas recomendações práticas para a aplicação do AA.

- I. Antes de decidir pela implementação do AA, é necessário um bom estudo e embasamento teórico, para que a equipe se aproprie das características do AA.
- II. Segundo a dimensão econômica de análise do acesso, contextualizada por Giovanella e Fleury<sup>(17)</sup>, é importante também avaliar a relação entre oferta do serviço e demanda dos pacientes, pois quanto mais equilibrada<sup>(17,31)</sup>, maiores as chances do AA funcionar para aquele local.
- III. Analisar os pacientes crônicos e vulneráveis é uma boa forma de se avaliar se o cuidado está sendo efetivo nesse modelo.
- IV. A regionalização e hierarquização do sistema de saúde são componentes da dimensão técnica do acesso, o que garante à população uma variedade de ações e serviços que não poderiam ser oferecidos de outra forma<sup>(17,31)</sup>. Para implantação do AA, é importante estudar o acesso da população à outros serviços.
- V. Segundo a dimensão política de análise do acesso<sup>(17,31)</sup>, a participação de uma comunidade que esteja ciente das características do processo saúde/doença de sua região também é importante para a luta e conquista de direitos relacionados à saúde.
- VI. Discussões e diálogo entre a equipe também são necessários durante todo o processo para o compartilhamento de opiniões e experiências, o que é ressaltado na dimensão simbólica<sup>(17,31)</sup>.

Apesar de terem contextos diferentes e específicos de APS, os estudos conversam entre si quando se diz respeito às vantagens e desafios do modelo de AA e sua implantação. É necessário que o modelo continue sendo estudado para compartilhar o conhecimento obtido e influenciar outros locais.

## 6. Conclusão

O modelo de Acesso Avançado se destaca como uma possibilidade de organização das agendas, e tanto sua implantação como seu sucesso devem considerar a história e o contexto da APS em cada unidade de saúde e país em que se encontra. Além disso, fica clara a necessidade de capacitação das equipes de saúde e informação aos usuários do serviço, para que o AA seja compreendido e funcione de maneira efetiva.

De acordo com a literatura existente, o modelo de AA enfrenta muitos desafios no contexto do CS Village. Apesar de adequado às características da população da unidade, o desequilíbrio entre oferta e demanda prejudica um cuidado adequado e realizado de forma integral.

Pesquisas baseadas na prática são necessárias para avançar e disseminar evidências que sejam impactantes para que outros serviços possam se beneficiar deste tipo de prática. Estudos que detalham o AA em sua prática e discutam os desafios e necessidades podem instrumentalizar outras unidades a estudá-lo e considerar sua implantação, visando a ampliação do acesso à saúde e qualificação do cuidado na Atenção Primária.

## Referências

1. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.
2. Lavras, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.
3. Renovato RD, Bagnato MHS. O serviço especial de saúde pública. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, Editora UFPR n. especial 2, p. 277-290, 2010.
4. O programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS) e a saúde no nordeste. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 1976 Dec [cited 2019 July 01] ; 29( 4 ): 5-6.
5. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Cebes, 2012
6. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
7. Matumoto S, Mishima S M, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. Rev esc enferm USP 2011; 45(3):603-610.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília;

2006.

9. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
10. Fontanda KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Sept. 2016.
11. Faria HP. Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte, 67p, 2010.
12. Vidal TB, Mengue SS. O Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, 2013.
13. 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.
14. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag. 2000;7:45-50.
15. Gonçalves GP, Knupp LL, Corrêa RD, Mendonça LG. Acesso Avançado: Um Guia Prático em 7 Passos. Oficina de Acesso Avançado, Belo Horizonte; Março 2018.
16. Wollmann A. Novas Possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. 1ª ed. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2014.

17. Singer IA. Advanced Access: A New Paradigm in the Delivery of Ambulatory Care Services. Washington, DC: National Association of Public Hospitals and Health Systems; 2001.
18. Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Orgs.) (2000). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. [O que é pesquisa qualitativa? Uma introdução.]. Em U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke, (Orgs.), Qualitative Forschung: Ein Handbuch [Pesquisa qualitativa - um manual] (pp. 13- 29). Reinbek: Rowohlt
19. Village, Centro de Saúde. Prefeitura de Campinas. Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/centros/cs\\_village/cs\\_village.htm](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/centros/cs_village/cs_village.htm)
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
21. Fernandes FMB. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante . In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 262-274. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).
22. Fernandes FMB, Moreira MR .Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 511-529, 2013.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

24. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Dialética e Hermenêutica. (Jurgen Habermas). São Paulo: L&PM, 1987.
25. Malham SA, Nassera T, Maillet L, Gaboury I, Loignon C, Breton M. What Are the Factors Influencing Implementation of Advanced Access in Family Medicine Units? A Cross-Case Comparison of Four Early Adopters in Quebec. International Journal of Family Medicine Volume 2017, Article ID 1595406, 15 pages <https://doi.org/10.1155/2017/1595406>
26. Breton M, Maillet L, Paré I, Malham SA, Touati N. Int J Health Plann Mgmt 2016 Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/hpm.2380
27. Souza LF, Rossi FM, Ogera AF, Borges MA, Galdino SS, Souza PFZB, Ramos A, Ci Goto, Silva LVL, Francisco MAG, Souza RC, Nascimento MAO, Colosio AMN, Bolieiro SVM. ACESSO AVANÇADO: EXPERIÊNCIAS ACUMULADAS EM UM ANO DE IMPLANTAÇÃO. PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.
28. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. 121, P. 605-613, ABR-JUN, 2019
29. Leal AEB, Watanabe BT, Bezerra CW, Palluello RAS, Gyuricza JV, Rewa T, Guimarães ACB, Storch BC, Áurea RG. Acesso Avançado: Um Caminho para a Integralidade na Atenção Básica *São Paulo; SMS; jun. 2015. 5 p.*
30. Fournier J, Rainville A, Ingram J, Heale R. Implementation of an Advanced Access Scheduling System in Primary Healthcare: One Clinic's Experience. Healthcare Quarterly Vol.18 No.1 2015.

31. Assis MMA, Jesus WLA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(1): 161-70. 2010.

## APÊNDICES

### Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS. Nome dos Responsáveis: Isabela Oliveira de Almeida e Débora Souza Santos**

**Número do CAAE: 02352818.1.0000.5404**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias. As duas vias devem ser assinadas e uma deverá ficar com o(a) sr(a) e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se o(a) sr(a) não quiser participar ou quiser retirar sua autorização a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Justificativa e objetivos:** Este estudo tem como objetivo geral analisar como a implantação do acesso avançado em uma unidade de Saúde da Família contribui para o processo de trabalho da equipe. Será importante analisar um processo prático para melhor compreensão do modelo de acesso avançado, seus benefícios e consequências para o processo de trabalho e para o funcionamento da unidade de saúde como um todo.

**Procedimentos:** Ao aceitar participar deste estudo, o(a) sr(a) participará de uma (1) entrevista que será realizada por uma estudante do curso de Pós-Graduação em Enfermagem, com duração máxima prevista de 30 minutos. Nesta entrevista, o sr(a) responderá a algumas questões relacionadas à implantação do modelo de acesso avançado no CS Village e sua comparação com o modelo antigo, considerando sua opinião, satisfação e aspectos importantes nessa mudança. O áudio da entrevista será gravado pela entrevistadora.

**Desconfortos e riscos:** Ao participar desta pesquisa, o(a) sr(a) terá riscos e desconfortos mínimos relacionados à realização da entrevista, como se aborrecer por responder à alguma pergunta, por exemplo.

**Benefícios:** Este estudo poderá trazer como benefícios avaliar o funcionamento do processo de trabalho no CS Village antes e após a implantação do modelo de acesso avançado, suas vantagens e desvantagens e a satisfação da equipe perante a mudança.

**Sigilo e privacidade:** O (a) Sr (a) tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo, o áudio da entrevista e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da

equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome e informações pessoais não serão citados.

**Ressarcimento:** O(a) Sr(a) não receberá qualquer ajuda financeira para participar deste estudo. Sua participação no estudo também não envolve qualquer tipo de despesa, pois as entrevistas serão realizadas no ambiente de trabalho.

**Indenização:** O(a) Sr(a) terá direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas, caso a realização desta pesquisa lhe acarrete algum dano.

**Contato:** Em caso de dúvidas relacionadas ao estudo, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Débora Souza Santos, na Faculdade de Enfermagem da Unicamp, localizada na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas – SP; CEP 13083-887 ou pelo e-mail [deborass@unicamp.br](mailto:deborass@unicamp.br). Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30min às 11h30min e das 13h às 17h na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887; Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

**Consentimento livre e esclarecido:** Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

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

(Assinatura do participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via assinada deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

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

(Assinatura do pesquisador)

## **Apêndice II - Perguntas norteadoras da entrevista com a equipe**

- 1) Como funcionava o modelo de acesso anterior no CS Village?
- 2) Quais eram seus problemas mais evidentes?
- 3) Você estava satisfeito com esse modelo? Por quê?
- 4) O que você entende por Acesso Avançado?
- 5) Como foi a implantação do Acesso Avançado no CS Village?
- 6) Quais foram os desafios?
- 7) Como está agora o modelo de acesso ao CS Village?
- 8) Quais as vantagens desse modelo que você observa?
- 9) Quais as desvantagens desse modelo que você observa?
- 10) Quais as diferenças mais visíveis do Acesso Avançado em comparação com o modelo antigo?
- 11) O que ainda pode ser melhorado?

## ANEXOS

### Anexo I - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Djóbora de Souza Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02352818.1.0000.5404

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.111.474

##### Apresentação do Projeto:

No que se diz respeito à assistência e cuidados em saúde dentro do processo de trabalho da ABS, existem de forma geral três tipos de ações desenvolvidas pela equipe na ESF(11). A primeira delas se trata do atendimento de demandas espontâneas, que envolvem urgências e casos agudos. O segundo tipo de ações se origina de demandas programadas ou agendadas, geralmente compostas por indivíduos em situações de risco à saúde específicas. Todas as outras ações ficam com a terceira classificação, e envolvem aspectos gerenciais, planejamentos, base de dados dos sistemas de saúde, vigilância em saúde, comunicação. O modelo de acesso mais tradicional, ou seja, o método mais tradicionalmente usado para se oferecer os serviços em saúde para os pacientes, é caracterizado pelas ações acima citadas baseia-se em dividir os atendimentos em duas categorias: urgente e não urgente. O paciente chega ao serviço de saúde e passa por uma triagem com um profissional. Nesta triagem, define-se o grau de urgência da situação daquele indivíduo, que será direcionado para acolhimento com enfermeiro ou médico. Os pacientes que tenham sua situação classificada como não urgente são agendados para algum momento futuro com atendimento programático(12). Em meio aos problemas relacionados ao modelo tradicional de acesso à ABS, algumas unidades de saúde passaram a implementar o modelo de acesso chamado de acesso avançado(13). O acesso avançado tem como princípio "fazer o trabalho de hoje, hoje", buscando equilibrar a demanda dos pacientes com a oferta dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado. Isso significa que o paciente que chega terá seu problema resolvido no

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.111.474

mesmo dia em que procurar o atendimento, seja seu caso urgente, rotineiro ou preventivo(14). Deste modo, os agendamentos se tornam restritos a pré-natais e puericulturas, por exemplo, e serão realizados em dias menos ocupados por demandas espontâneas. O restante da agenda, que antes servia para atender casos de menos urgência, terá como objetivo deixar consultas disponíveis para a demanda espontânea independentemente do caso. Até mesmo o paciente que necessitar de um retorno é orientado a voltar daqui a um determinado período de tempo para ser atendido no mesmo dia, sem a necessidade de marcar dia e horário específicos. As consultas devem durar em torno de 15 a 20 minutos para evitar sobrecarga do serviço e uma longa fila de espera(14,15). Esse tipo de acesso trás vantagens para o processo de trabalho e atendimento, beneficiando os pacientes e a equipe. Primeiramente, as longas filas de espera para uma consulta agendada são abolidas, já que o tempo de espera com o acesso avançado se reduzirá a "hoje". Como praticamente não existirão mais consultas agendadas, não há o risco das mesmas serem priorizadas em relação à demanda espontânea daquele mesmo dia, ou o contrário. Assim, o alto nível de absenteísmo nas consultas também é resolvido, impedindo que o profissional prejudique seu tempo por conta de faltas. Tendo seu problema resolvido no mesmo dia com uma consulta realizada efetivamente, a tendência é que os pacientes saiam muito mais satisfeitos do serviço(14,15). Para o correto funcionamento do modelo de acesso avançado, é necessário que ele seja implantado de forma adequada e proporcional às necessidades e recursos da unidade de saúde. Primeiramente, deve-se avaliar a proatividade e motivação da equipe em relação à mudança, sempre analisando os prós e contras da situação. O próximo passo é realizar um diagnóstico situacional da demanda e oferta do serviço de saúde, esse diagnóstico possibilitará que a equipe elenque os problemas que exigem mais prioridade e que devem ser enfrentados primeiro. Após a realização destas etapas, se a mudança fornecer resultados realmente positivos para a equipe e a unidade, é hora de implementar definitivamente as mudanças no processo de trabalho. Enfim, deve-se divulgar o sucesso para que possa beneficiar outras populações.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Este estudo tem como objetivo geral analisar como a implantação do acesso avançado em uma unidade de Saúde da Família contribui para o processo de trabalho da equipe. **Objetivo Secundário:** Acompanhar o processo de implantação do acesso avançado na unidade e registrar suas etapas; Avaliar a percepção e satisfação dos trabalhadores membros da equipe perante as mudanças; Comparar os momentos pré implantação e pós implantação do acesso avançado na unidade.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.111.474

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Desconfortos e riscos: Ao participar desta pesquisa, o(a) sr(a) terá riscos e desconfortos mínimos relacionados à realização da entrevista, como se aborrecer por responder à alguma pergunta, por exemplo. Sugerimos colocar que "Não há riscos previsíveis aos participantes". Benefícios: Este estudo poderá trazer como benefícios avaliar o funcionamento do processo de trabalho no CS Village antes e após a implantação do modelo de acesso avançado, suas vantagens e desvantagens e a satisfação da equipe perante a mudança. Sugerimos escrever que não haverão benefícios diretos aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um Projeto de Mestrado que utilizará o método qualitativo, investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, considerando todas as suas experiências individuais e particularidades, estudando e compreendendo relações complexas tendo como objeto de estudo a descoberta e construção de teorias. Utiliza como método a observação participante. O campo estudado será o Centro de Saúde Village, localizado em Campinas, estado de São Paulo, Brasil. Os objetivos serão alcançados utilizando as seguintes técnicas: Diário de campo: caderno em que serão registrados comportamentos dos indivíduos envolvidos, conversas formais e informais, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados e impressões pessoais do pesquisador perante as situações observadas(18) em relação à implantação do acesso avançado na unidade ; Entrevista: série de perguntas realizadas para os profissionais da equipe de saúde do CS Village envolvidos no processo de implantação do acesso avançado. Serão cerca de 15 pessoas questionadas sobre o processo de trabalho, o processo de implantação do novo modelo, sua satisfação com o mesmo e comparação com o modelo antigo; Análise de documentos que apresentem relevância e importância perante os objetivos do estudo e a implantação do acesso avançado. Espera-se poder analisar como foi a implantação do modelo e seus desafios, para que seja possível disseminar o conhecimento para outras unidades de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados os seguintes documentos: Carteira de vínculo profissional da orientadora do projeto – Prof. Doutor I – UNICAMP; Folha de Rosto devidamente datada e assinadas pela orientadora do projeto e pela Diretora Associada da Faculdade de Enfermagem – UNICAMP.

- CartaAnuencia.pdf.27/12/2018 : ANUÊNCIA para a PESQUISA. Devidamente assinada e carimbada.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.111.474

- cartaresposta.pdf.27/12/2018 : comentando as respostas as pendências.
- TCLE.pdf.27/12/2018 : adequado.
- PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1223445.pdf.27/12/2018

**Recomendações:**

Adequar riscos e benefício também no projeto ( brochura e INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após adequação do TCLE, projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atender a recomendação.

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa.
- Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.111.474

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1223445.pdf	27/12/2018 11:34:33		Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	27/12/2018 11:32:33	D. bora de Souza Santos	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	27/12/2018 11:31:39	D. bora de Souza Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/12/2018 11:25:48	D. bora de Souza Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJET.pdf	05/11/2018 12:30:07	D. bora de Souza Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/10/2018 13:16:21	D. bora de Souza Santos	Aceito
Outros	carteira.pdf	19/09/2018 09:57:16	D. bora de Souza Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.111.474

CAMPINAS, 12 de Janeiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria Fernanda Ribeiro Bittar**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**Anexo II - Autorização do Secretário Municipal de Saúde de Campinas**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
Secretaria Municipal de Saúde

**AUTORIZAÇÃO**

042/2019

Autorizo a realização da pesquisa intitulada "A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem por objetivo geral analisar como a implantação do acesso avançado em uma unidade de Saúde da Família contribui para o processo de trabalho da equipe e por objetivos específicos: a) acompanhar o processo de implantação do acesso avançado na unidade e registrar suas etapas; b) identificar a percepção e satisfação dos trabalhadores membros da equipe perante a implantação do acesso avançado.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Nível Mestrado) na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, junto aos membros da equipe de saúde do Centro de Saúde Village, localizado na área de abrangência do Distrito de Saúde Norte, sob a orientação do Professora Doutora Débora de Souza Santos.

Campinas, 12 de novembro de 2019

  
**Cármino Antônio de Souza**  
Secretário Municipal de Saúde  
Matricula: 125.344-1  
CPF: 723.931.818-49