



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA

**ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GARANTIA DO ACESSO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI**

FEIRA DE SANTANA - BA

2023

TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA

**ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GARANTIA DO ACESSO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Juliana Alves Leite Leal

FEIRA DE SANTANA - BA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

F444a

Ferreira, Ticiane Mota Sampaio

Acesso avançado na atenção primária à saúde como ferramenta de garantia do acesso no município de Camaçari / Ticiane Mota Sampaio Ferreira. – 2023. 103 f.: il.

Orientadora: Juliana Alves Leite Leal.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2023.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços de saúde - acesso. I. Leal, Juliana Alves Leite, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614.2 (814.22)

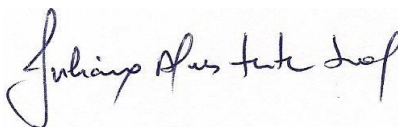
TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA

**ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GARANTIA DO ACESSO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

Aprovada em 29 de maio de 2023.

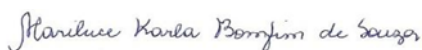
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite Leal/ UEFS
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Luciane Cristina Feltrin de Oliveira/UEFS
1^a examinadora



Prof.^a Dr.^a Mariluce Karla Bomfim de Souza/UFBA
2^a examinadora



Prof.^a Dr.^a Cleuma Sueli Santos Suto/UNEB
3^a examinadora



Prof.^a Dr.^a Mariana de Oliveira Araujo/UEFS
4^a examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia e meu caminho.

À minha família pelo amor e apoio sempre. Em especial ao meu filho Miguel, pela alegria e leveza em todos os meus dias, e ao meu esposo Valter, pelo companheirismo e por trilhar essa jornada junto comigo. Amo vocês!

À Professora Dra. Juliana Alves Leite Leal, pela confiança, disponibilidade e conhecimentos compartilhados. Minha eterna gratidão!

Aos colegas do mestrado, pelo aprendizado, experiências e risos compartilhados. Com vocês o caminho tornou-se leve!

À Universidade Estadual de Feira de Santana e todo o corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, meu respeito e admiração!

A todos os funcionários da UEFS, pelo cuidado, respeito e disponibilidade, em especial a Ana Tereza e Renildo.

Aos membros da Banca pela gentileza e disponibilidade.

Aos colegas de trabalho do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, em especial à equipe da Geasa e à Coordenadora Claudia Paixão, pelo apoio em todos os momentos necessários.

Aos colegas e usuários das unidades de saúde, sem os quais não seria possível a concretização desse sonho.

À Secretaria de Saúde de Camaçari por permitir e apoiar a realização desse estudo.

RESUMO

FERREIRA, Ticiane Mota Sampaio. **Acesso avançado na atenção primária à saúde como ferramenta de garantia do acesso no Município de Camaçari – BA.** 2023. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

A atenção primária à saúde (APS) é considerada uma das principais portas de entrada e o eixo articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde. Apesar dos avanços relacionados, sobretudo, à ampliação da oferta de serviços, esse acesso ainda constitui um desafio para o SUS. O acesso avançado apresenta-se como uma ferramenta inovadora, que possibilita a redução do tempo de espera no agendamento de consultas para cuidados primários em saúde, estando associada à ampliação do acesso e redução ou eliminação das filas de espera. O presente estudo tem por objetivo geral: Analisar como ocorre o acesso à atenção primária à saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado. E como objetivos específicos: Caracterizar a organização e dinâmica de trabalho das equipes da APS, a partir da implementação do acesso avançado nas unidades de saúde; Descrever pontos positivos e negativos para a garantia do acesso à APS, com o uso do acesso avançado. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como cenário cinco unidades da APS de um Distrito Sanitário do Município de Camaçari-BA. Os participantes do estudo foram 24 trabalhadores de saúde, entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, recepcionistas, médicos e gerentes das unidades e 20 usuários do serviço, totalizando 44 participantes. As técnicas de coleta de dados foram entrevista semiestruturada, análise documental e observação sistemática. Para análise dos dados utilizou-se da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, e de forma complementar o uso do software de acesso gratuito, IRAMUTEQ, para análise de similitude. A discussão ocorreu por meio de três categorias: Análise do acesso aos serviços de saúde a partir da implantação do acesso avançado; Dinâmica do trabalho das equipes com a nova ferramenta e Percepção dos usuários sobre o acesso nas unidades da APS. Em um contexto geral, os profissionais de saúde e usuários dos serviços, relataram que o acesso avançado traz benefícios, sobretudo na ampliação do acesso à demanda espontânea, pois permite que os usuários tenham suas demandas resolvidas no mesmo dia ou através de agendamentos em períodos mais curtos. No entanto, a forma como a ferramenta é implantada pode gerar uma sobrecarga de trabalho e aumentar os agendamentos para o futuro, comprometendo o tempo de espera para um atendimento rotineiro. Por outro lado, alguns discursos trouxeram a fragilidade na integralidade do cuidado, tendo em vista a dificuldade de acesso aos exames complementares e consultas especializadas, embora tenham o atendimento facilitado com sua equipe de referência da atenção primária. É possível concluir que o acesso avançado traz diversos benefícios, sobretudo na ampliação do acesso à porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde, mas que sua implantação, por si só, não é capaz de assegurar a continuidade do cuidado e a resolutividade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso; Acesso Avançado; Gestão do Cuidado e Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, Ticiane Mota Sampaio. **Acesso avançado na atenção primária à saúde como ferramenta de garantia do acesso no Município de Camaçari – BA.** 2023. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

Primary health care is considered one of the main gateways and the articulating axis of users' access to the Unified Health System and the Health Care Networks. Despite related advances, above all, in expanding the supply of services, this access still constitutes a challenge for the SUS. Advanced access is presented as an innovative tool, which makes it possible to reduce waiting times when scheduling appointments for primary health care, being associated with expanding access and reducing or eliminating queues. The present study has the general objective: To analyze how access to primary health care occurs in the Sanitary District of Costa de Camaçari, based on the implementation of advanced access. And as specific objectives: Characterize the organization and work dynamics of the primary health care teams, from the implementation of advanced access in health units; Describe positive and negative points for guaranteeing access to primary health care, using advanced access. This is a qualitative study, with five primary health care units in a Health District in the municipality of Camaçari-BA as a scenario. Study participants were 24 health workers, including community health agents, nurses, receptionists, doctors and unit managers and 20 service users, totaling 44 participants. Data collection techniques were semi-structured interviews, document analysis and systematic observation. For data analysis, we used the content analysis technique, proposed by Bardin, and in a complementary way, the use of free access software, IRAMUTEQ, for similarity analysis. The discussion took place through three categories: Analysis of access to health services based on the implementation of advanced access; Team work dynamics with the new tool and Users' perception of access to PHC units. In a general context, health professionals and service users reported that advanced access brings benefits, especially in expanding access to spontaneous demand, as it allows users to have their demands resolved on the same day or through scheduling in short periods. However, the way the tool is implemented can generate an overload of work and increase bookings for the future, compromising the waiting time for routine care. On the other hand, some speeches brought the fragility in the integrality of the care, in view of the difficulty of access to complementary exams and specialized consultations, although they have facilitated the service with their primary care reference team. It is possible to conclude that advanced access brings several benefits, especially in expanding access to the preferred gateway of Health Care Networks, but that its implementation, by itself, is not capable of ensuring continuity of care and resolution.

Keywords: Primary Health Care; Access; Advanced Access; Care Management and the Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Os cinco pilares do acesso avançado.....	28
Figura 2	Mapa do Município de Camaçari - BA.....	31
Figura 3	Mapa da Regionalização da Saúde no Estado da Bahia, 2023.....	32
Figura 4	Linha do tempo com marcos relevantes para análise do acesso à APS do Distrito Sanitário da Costa, Camaçari - BA, 2023.....	43
Figura 5	Árvore de Similitude gerada pelo software IRAMUTEQ, 2023.....	44
Figura 6	Nuvem de Palavras gerada pelo software IRAMUTEQ, com base nas entrevistas dos trabalhadores, 2023.....	45
Figura 7	Nuvem de Palavras gerada pelo software IRAMUTEQ, com base nas entrevistas dos usuários, 2023.....	59
Quadro 1	Estabelecimentos e serviços de saúde do município por níveis de atenção, Camaçari - BA, 2022.....	32
Quadro 2	Distribuição de Unidades de Saúde que fizeram parte do campo de estudo, por Regiões de Saúde do Distrito Sanitário da Costa.....	33
Quadro 3	Ementa dos documentos orientadores para a implantação do acesso avançado, publicados pelo município de Camaçari - BA, 2023.....	37
Gráfico 1	Série histórica do número total de atendimentos, com o percentual de consultas programadas / agendadas e os atendimentos à demanda espontânea, Camaçari - BA.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos trabalhadores de saúde, Camaçari - BA, 2023.....	34
Tabela 2	Caracterização dos usuários da saúde, Camaçari - BA, 2023.....	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Acesso Avançado
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEONC	Centro de Oncologia
CER	Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES	Centro de Referência e Especialidades em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNIFAL	Unidade de Assistência ao Portador de Anemia Falciforme
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	ELEMENTOS CONCEITUAIS E NORTEADORES DO ESTUDO.....	19
3.1	DIVERSIDADE NOS CONCEITOS DE ACESSO.....	19
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PORTA DE ENTRADA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
3.3	ACESSO AVANÇADO COMO MODELO DE AGENDAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	30
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.5	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO.....	40
5.2	DINÂMICA DO TRABALHO DAS EQUIPES COM A NOVA FERRAMENTA.....	50
5.3	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACESSO NAS UNIDADES DA APS.....	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICES.....	69
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TRABALHADORES.....	69
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS.....	70
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	71
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
	APÊNDICE E – TREINAMENTO SOBRE O USO DA FERRAMENTA ACESSO AVANÇADO.....	74
	APÊNDICE F – ARTIGO: Acesso avançado na atenção primária à saúde como ferramenta de garantia do acesso no Município de Camaçari.....	75
	ANEXOS.....	94
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEFS.....	93
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	103

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, Cazaquistão, em 12 de setembro de 1978, reafirmou enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A Declaração de Alma-Ata (1978) traz que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem defendido, desde a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária em saúde como potencial estratégia para alcançar a equidade e ganhos equitativos em saúde e no desenvolvimento humano. Nela afirma-se a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, que reafirmam a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Paralelamente a esse acontecimento global, o Brasil passava por um momento histórico de redemocratização, que alcançou, entre seus marcos, o fim do regime militar e a promulgação da Constituição Cidadã - Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, relevantes atores nacionais, como lideranças políticas, profissionais de saúde, intelectuais, movimentos estudantis e sindicais, agrupados no movimento da Reforma Sanitária, promoveram debates e reflexões que culminaram na transformação dos modelos de gestão e atenção à saúde (MOLINA, 2018).

Como resultado desse movimento, um dos maiores sistemas de saúde do mundo ficou assegurado na Constituição de 1988, que consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (MOLINA, 2018).

Em 1991 e em 1994, surgiram as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária, momento em

que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Já em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestor federal e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção primária e reafirmou o Programa de Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção primária à saúde. Configurando-se como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos, de acesso universal, devendo coordenar os cuidados na rede e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA *et al*, 2009). Posteriormente, nos anos de 2011 e 2017, o texto normativo da PNAB sofreu atualizações.

A atenção primária à saúde (APS) foi então conceituada, na PNAB de 2017, como o primeiro nível de atenção e caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, a APS torna-se a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, continuidade e integralidade, possibilitando a resolução de grande parte das necessidades de saúde (MENDES, 2015).

A atenção primária à saúde, segundo Oliveira e Pereira (2013), apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. É orientada por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A expressão “primeiro contato” implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Uma das questões centrais na APS é o acesso ao cuidado. O acesso de qualidade mostra-se como um dos principais aspectos das políticas públicas em saúde e o desafio na busca do cuidado universal, longitudinal e integral, ponto central da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Neste sentido, o acesso como atributo primordial da qualidade do cuidado em saúde, influencia diretamente a qualidade da atenção primária à saúde.

O conceito de acesso é complexo e seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos, bem como outros que fazem distinção de significados.

Para Donabedian (2003), acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde têm significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

O autor destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Na dimensão sócio-organizacional da acessibilidade, Donabedian (2003) evidencia a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de

atenção.

Também baseada nessa concepção, para Starfield (2002) acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Já o acesso, é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde, refletindo a entrada na rede de atenção.

A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso, é inerente à organização dos serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária) (STARFIELD, 2002).

Ao longo do tempo, o conceito de acesso à saúde passou a incorporar dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema e da população que o utiliza. Apresentando suas principais características resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão do acesso definida como disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e quando necessário. É o nível pelo qual os serviços de saúde se ajustam às necessidades dos indivíduos. A aceitabilidade compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, é a dimensão menos tangível do acesso, por ser influenciada pela interação entre as expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários. A capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde, a capacidade de pagamento dos indivíduos e o financiamento do sistema de saúde; nesta dimensão estão incluídos os custos diretos (consultas, exames, medicamentos) e os custos indiretos (transporte, alimentação). Por fim a informação, que é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Penchansky e Thomas (1981) trazem o conceito de acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, o acesso é apresentado pelos autores como um conceito geral que resume um conjunto de dimensões mais específicas que descrevem a adequação entre o paciente e o sistema de saúde. As dimensões específicas são: disponibilidade e acomodação de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, que caracteriza como o ajuste entre a distribuição geográfica dos serviços e os usuários; acolhimento, que representa a forma de

organização dos serviços para receber os usuários e a capacidade com que estes se adaptam; aceitabilidade, que relaciona as atitudes de usuários e profissionais acerca das características e práticas de cada um.

Apesar de avanços relacionados, sobretudo, na ampliação da oferta de serviços da rede de atenção à saúde, o acesso ainda constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde. São muitos os fatores que dificultam esse acesso: a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, bem como de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde (TESSER; NORMAN, 2014)

Um exemplo dessas dificuldades e aproximando ao cenário que se pretende estudar, o município de Camaçari apresentava frequentes ausências de vagas nas agendas dos profissionais, bem como, demora para agendar consultas nas unidades da APS, repercutindo na avaliação dos seus atributos essenciais. A partir de então, a Secretaria de Saúde do Município (setembro de 2020) iniciou a implantação da ferramenta de agendamento acesso avançado em suas unidades da atenção primária à saúde, na tentativa de operar mudanças no modelo organizacional.

De acordo com Vidal e colaboradores (2019), mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera por um atendimento na APS, o que representa a incapacidade dos serviços de saúde em ofertar acesso oportuno e acarreta experiências negativas, evitáveis para os usuários. A incerteza do atendimento gera angústia, especialmente entre aqueles que acreditam que sua condição de saúde está em piora progressiva. Além disso, contribui para o incremento do uso inapropriado dos serviços de emergência.

Uma das formas atuais de prover o acesso na APS, segundo Pires Filho e outros (2019), é por meio do modelo de agendamento acesso avançado, também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia. Esse modelo permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde, com seus profissionais de referência, no momento de sua necessidade ou escolha.

Ainda para os autores, os modelos tradicionais de agendamento organizam, de maneira geral, os atendimentos para datas futuras, resultando, muitas vezes, em demora na providência de cuidados. Dessa forma, acaba por favorecer o aumento do absenteísmo e comprometer a

longitudinalidade, ao não assegurar ao paciente o atendimento com seu profissional de referência.

O acesso avançado tem uma regra de ouro: “Faça hoje, o trabalho de hoje”. É uma forma de organização do serviço, permitindo que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção. Este sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em até 48 horas, favorecendo a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem recursos adicionais (CIRINO *et al*, 2020).

Esse tipo de agendamento tenta fechar a lacuna existente entre a oferta e a demanda. Para isso, adota uma estratégia oposta e inerente a outros modelos. Enquanto os outros modelos empurram uma grande parte do trabalho de hoje para o futuro, o acesso avançado protege a capacidade futura trazendo todo o trabalho para o tempo presente (CIRINO *et al*, 2020).

É um modelo que foi proposto nos Estados Unidos, no final da década de 90, por Murray e Tantau (2000), como uma reconstrução do sistema de agendamento de uma APS saturada no norte da Califórnia, e passou a ser implementado em outras unidades de saúde em diferentes países, desde então.

No Brasil, desde 2014, algumas experiências de implantação de acesso avançado foram conduzidas localmente (CANUTO, 2021; CIRINO, 2020; PIRES FILHO, 2019; GRANJA, 2022; LIMA, 2021). Essa intervenção não foi incluída em nenhuma orientação nacional, e várias iniciativas foram realizadas pelas equipes de APS na tentativa de atender às demandas locais (VIDAL *et al*, 2019).

Ao realizar busca em base de dados científicas (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Scielo) sobre a temática, 08 artigos foram encontrados utilizando os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e o descritor “Avançado”, unidos pelo Operador Booleano AND. Destes, 03 foram excluídos por não tratarem da temática e os demais trazem a experiência vivenciada por equipes de saúde de quatro Municípios das Regiões Sul e Sudeste (CANUTO, 2021; CIRINO, 2020; NOSCHANG, 2020 e PIRES FILHO, 2019) e um da Região Nordeste (LIMA, 2021), sob a perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao uso da ferramenta do acesso avançado em suas unidades. Nenhum dos estudos abordaram a experiência e/ou percepção dos usuários dos serviços, quanto à influência da implementação da ferramenta AA sobre o acesso às unidades da APS.

Como pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e servidora do município de Camaçari, vivenciando a dinâmica dos serviços de saúde e as discussões sobre as estratégias para a garantia do acesso enquanto direito fundamental do cidadão, cabe questionar se a ferramenta de agendamento implementada garante o acesso à principal porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde.

Neste estudo, delimitou-se como questão norteadora: Como ocorre o acesso à Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado? E para auxiliar na resposta a essa questão, foram utilizadas as dimensões de acesso: disponibilidade e acomodação, definidas por Penchansky e Thomas (1981).

Considerando o que foi exposto, o estudo torna-se relevante para o conhecimento dos resultados da implementação do acesso avançado, como ferramenta de organização do acesso aos serviços de saúde e seus benefícios para a população e trabalhadores de saúde, o que pode favorecer a sua implantação em outras cidades do País.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como ocorre o acesso à Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a organização e dinâmica de trabalho das equipes da APS, a partir da implementação do acesso avançado nas unidades de saúde;
- Descrever pontos positivos e negativos para a garantia do acesso à APS, com o uso do acesso avançado.

3 ELEMENTOS CONCEITUAIS NORTEADORES DO ESTUDO

Para fundamentar a compreensão do objeto de estudo “Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde como ferramenta de garantia do acesso no município de Camaçari”, foram delimitados três eixos conceituais: Diversidade nos conceitos de acesso; Atenção Primária à Saúde como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e Acesso avançado como modelo de agendamento para a Atenção Primária à Saúde.

3.1 DIVERSIDADE NOS CONCEITOS DE ACESSO

As desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico. A definição do que seja o acesso à saúde e a criação de um modelo que possa mensurar esse acesso tem sido objeto de muito interesse, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis no setor saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

As diferentes abordagens de análise sobre o acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que é um conceito muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Ao longo do tempo, esse conceito tornou-se mais complexo, com a incorporação de aspectos de mais difícil mensuração e é empregado de forma variável. Travassos e Martins (2004) analisaram o conceito formulado por diferentes autores e concluíram que o entendimento sobre o que é acesso apresenta variações amplas entre eles, pois são fruto de suas diferentes visões e entendimento sobre o tema.

As terminologias variam em relação ao enfoque dado por cada autor: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Alguns autores, como Donabedian (2003), empregam o substantivo acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços, relativo à capacidade de produzir serviços e de responder

às necessidades de saúde de uma determinada população. Refere-se ainda às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Ele distingue duas dimensões de acessibilidade: a geográfica e a sócio-organizacional. Na dimensão sócio-organizacional são incluídas todas as características da oferta de serviços que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso destes. Assim, acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Para Bonello e Corrêa (2014) o conceito se relaciona às necessidades de saúde dos indivíduos, à demanda, à oferta e ao uso desses serviços. Segundo os autores, a ideia que prevalece é que o acesso é uma condição necessária para que a população faça uso dos serviços de saúde quando houver a necessidade.

Já Andersen (1995) traz que acesso é um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização dos serviços, abrangendo tanto a entrada como o recebimento dos cuidados subsequentes. A influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, bem como, por fatores contextuais – políticas de saúde e ofertas de serviços. O autor ainda inclui os efeitos do uso dos serviços na saúde e a satisfação das pessoas com os serviços na avaliação do acesso.

Segundo Mendes (2017) uma das definições do acesso é a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades de cuidado. Assim, resulta de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

Ainda para o autor, uma questão central no acesso aos serviços de saúde está no balanceamento entre demanda e oferta e quando há um desequilíbrio, com a demanda superando a oferta, surgem os *backlogs*. Os *backlogs* constituem-se dos atendimentos agendados para o futuro que geram uma demanda represada no presente. Nesses casos, os sistemas de atenção à saúde costumam adotar estratégias perversas de equilíbrio, especialmente as filas e as listas de espera.

As restrições de acesso nem sempre são causadas por recursos inadequados. Ainda que essa afirmativa pareça não fazer sentido, pesquisas realizadas nos Estados Unidos, especialmente na atenção primária à saúde, mostraram resultados surpreendentes. Estudos

evidenciaram que as esperas estão ligadas mais à incapacidade de gerar uma agenda de atendimento oportuno do que à falta de capacidade de oferta (MENDES, 2017).

Considerando a perspectiva apresentada por Mendes (2017), para Assis e colaboradores (2010) o acesso não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Os autores trazem o conceito de acesso funcional caracterizado por deficiências organizacionais do serviço, como a presença de filas, ausência de serviços, tempo de espera prolongado, falta de medicamentos e dificuldades de agendamento de exames.

No que se refere à APS, Assis e Jesus (2012) trazem que o acesso pode estar relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso.

Semelhante ao exposto por Assis e Jesus (2012), Penchansky e Thomas (1981) já apresentavam o conceito de acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, o acesso é apresentado pelos autores como um conceito geral que resume um conjunto de dimensões mais específicas que descrevem a adequação entre o paciente e o sistema de saúde. As dimensões específicas são: disponibilidade e acomodação de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, que caracteriza como o ajuste entre a distribuição geográfica dos serviços e os usuários; acolhimento, que representa a forma de organização dos serviços para receber os usuários e a capacidade com que estes se adaptam; aceitabilidade, que relaciona as atitudes de usuários e profissionais acerca das características e práticas de cada um.

A dimensão do acesso definida como disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário. O alojamento ou acomodação traz a relação entre a forma como os recursos de abastecimento são organizados para receberem os clientes (incluindo sistemas de marcação, horário de funcionamento, instalações de atendimento, serviços telefônicos), bem como, a capacidade dos clientes para se adaptarem a estes fatores (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de atenção primária à saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Outro marco que envolve os cuidados primários em saúde ocorreu em setembro de 1978, em Alma-Ata, quando foi reunida a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reafirmando que são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. Desse modo, criticavam-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo-se a articulação de práticas populares, a democratização do conhecimento médico e a maior autonomia das pessoas com relação à sua saúde, em contraposição à dominância da profissão médica (GIOVANELLA *et al*, 2008).

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, as atividades de saúde pública. Entende-se que essas unidades são espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza por questões conceituais a expressão “Atenção Básica” (AB) como equivalente de APS, suas diretrizes e normas gerais foram estabelecidas na PNAB de 2006, atualizada pela Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 e mais recentemente teve sua última atualização em 2017. Sendo definida como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

A atenção primária à saúde, denominação geral para a atenção de primeiro contato, tem, segundo Giovanella e Mendonça (2008), diferentes concepções em sua implementação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços – é denominada em inglês *selective primary care*; Um dos níveis de atenção que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população – é denominada em inglês *primary care*; Abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas – é denominada em inglês *comprehensive primary health care*; e por fim, filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, bem como, é responsável por coordenar os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários. A longitudinalidade fala sobre a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A integralidade, por sua vez, é um dos pilares na construção do SUS e traz a articulação das ações com a abordagem integral do indivíduo e das famílias. Já a coordenação, tem por objetivo ofertar um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio. Outro requisito é a exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. Desse modo, o serviço de atenção primária torna-se o ponto de início da atenção, porta de entrada preferencial, e exerce papel de filtro para acesso aos outros níveis, isto é, tem a função que se denomina na língua inglesa de *gatekeeper*, referenciando os pacientes conforme a necessidade (GIOVANELLA *et al*, 2008).

A atenção primária à saúde é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, embora estejam previstas outras portas de entrada no SUS, a APS está colocada como porta de entrada preferencial dos usuários e integrante da referência e contra referência, sendo sua responsabilidade o acolhimento dos usuários, o vínculo e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, partindo do princípio de que as unidades devem receber e ouvir todas as pessoas que as procuram, de modo universal e sem barreiras de acesso. Além disso, precisam funcionar como a primeira instância de regulação para serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2011).

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

Para Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, e com

responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Ainda para o autor, o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (unidade de atenção primária à saúde ou equipe da estratégia de saúde da família).

Há quase unanimidade referente ao entendimento que instituições e estudiosos têm sobre a importância da APS como organizadora das Redes de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das redes, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia. Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades da APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade (LAVRAS, 2011).

Segundo Starfield (2002), para quem o acesso consiste no primeiro requisito para que a atenção primária à saúde, de fato, torne-se porta de entrada para o sistema de saúde, é necessária a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

3.3 ACESSO AVANÇADO COMO MODELO DE AGENDAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e está fundamentado nos princípios da universalidade do acesso, integralidade do cuidado, equidade, descentralização político-administrativa e hierarquização dos serviços de saúde, acabou por responsabilizar os municípios pela oferta de serviços de saúde à população, bem como pela articulação com diferentes setores e entes governamentais para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Com a mudança do modelo de cuidado instituído com o SUS, buscou-se fortalecer e ampliar a cobertura da atenção primária à saúde, considerada porta de entrada prioritária para os usuários e ordenadora da RAS (POSTAL *et al*, 2021).

A APS possui também a função de acompanhamento longitudinal, compreendendo as condições de cada indivíduo e os problemas apresentados, realizando a coordenação do cuidado e integrando medidas adotadas em serviços de outros níveis da rede de assistência à saúde, como na atenção especializada (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, garantir o acesso à APS e aos cuidados de saúde em tempo oportuno tornou-se um desafio para muitos sistemas de saúde.

Starfield (2002), traz em seus estudos sobre a APS que o acesso implica na acessibilidade e utilização do serviço de saúde pela população. A acessibilidade envolve fatores como a localização do estabelecimento de saúde, os dias e horários em que o mesmo oferece atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e principalmente, o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade e em quanto isso se reflete na utilização do serviço de saúde.

Segundo Gonçalves e colaboradores (2017), um aspecto relevante para ampliar o acesso é o modo como a equipe oferta o cuidado e como a agenda está organizada para dar resposta às demandas. Assim, a gestão da agenda torna-se um desafio e ponto de destaque e discussão. É nesta perspectiva que, Postal e outros (2021), relataram que o agendamento de consultas que atende às necessidades do usuário tende a aumentar o acesso aos serviços de saúde, otimizar o acompanhamento das condições clínicas, melhorar a qualidade, humanizar o atendimento e reduzir custos ao sistema de saúde

Há três modelos principais de organização das agendas: o sistema fechado, em que pacientes são marcados com antecedência, e demandas espontâneas são encaixadas durante o turno de atendimento, esse tipo de sistema leva a altas taxas de absenteísmo; Agenda mista, na qual parte dos horários são reservados para agendamento e parte para demanda espontânea; E o acesso avançado (AA), que tem como princípio o atendimento no mesmo dia ou em até 48 horas (MURRAY; TANTAU, 2000).

A regra de ouro do acesso avançado, “faça o trabalho de hoje, hoje”, permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, além das demandas administrativas do serviço de saúde, todos da mesma forma, sem fragmentações (PIRES FILHO *et al*, 2019).

Essa ferramenta tenta fechar a lacuna existente entre a oferta e a demanda e para isso, adota uma estratégia oposta e inerente a outros modelos de agendamento: enquanto os outros modelos empurram grande parte da demanda do dia para o futuro, o modelo de acesso avançado protege a capacidade futura trazendo todo o trabalho atual para o tempo presente (CIRINO *et al*, 2020).

O agendamento futuro geralmente ocorre por uma escolha realizada de forma compartilhada entre o paciente e o profissional de saúde, preservando certa flexibilidade, de forma que o paciente pode ser agendado para momento posterior se desejar e sua condição clínica permitir. Também é possível preservar alguns tipos de agendamentos para prazos mais extensos, chamados de “agenda protegida”, para consultas de pré-natal, puericultura e outros (PIRES FILHO *et al*, 2019).

De acordo com Murray e Berwick (2003), ao atender as demandas reais e do momento, as consultas passam a ficar mais objetivas e mais rápidas. Os profissionais de saúde sentem-se mais satisfeitos porque passam a lidar com situações clínicas em que podem aumentar a resolutividade. Diferentemente de uma agenda focada em atendimentos programáticos, sem uma necessidade evidenciada pelo paciente ou profissional. O que se espera com o acesso avançado é, em geral, reduzir o tempo de intervalo quando a procura é apresentada e quando é satisfeita,

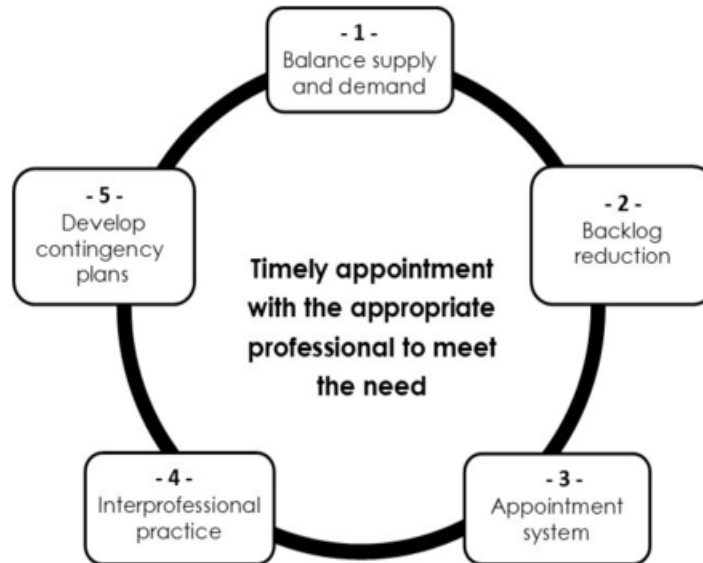
O modelo foi desenvolvido nos Estados Unidos, no final da década de 90, por Murray e Tantau (2000), que ao gerenciarem o Departamento de Cuidados Primários da Kayser Permanent, no norte da Califórnia, perceberam que 27% das pessoas adultas apresentaram dificuldade para ter acesso oportuno a cuidados médicos, índice que aumentou para 43% em 2001. Foi identificado que 40% das idas ao pronto socorro eram de causas não urgentes, muitas aconteceram pela incapacidade de obter um cuidado primário imediato. O tempo médio de espera para atendimento era de 55 dias e a probabilidade de o paciente ser avaliado por seu médico de referência era menos de 47%. Logo, foi necessária a reconstrução do sistema de agendamento com foco na relação médico-paciente, baseado em dois aspectos fundamentais: a continuidade do cuidado e a capacidade da agenda.

Nos sete anos desde que os autores começaram a experimentar o acesso avançado, eles viram os principais resultados: o tempo de espera por uma consulta caiu de 55 dias para 1 (um) dia, aumentou a chance da pessoa ser avaliada pelo seu médico de referência de 47% para 80% e melhorou tanto a satisfação dos usuários quanto dos profissionais do serviço de saúde. Além disso, observou-se a diminuição em 10% do número de consultas por pessoa ao ano (MURRAY; TANTAU, 2000).

Em Quebec, o AA foi introduzido pela primeira vez em 2012, e desde então foi amplamente promovido pelo *Quebec College of Family Physicians*, bem como pelo Ministério

da Saúde e Serviços Sociais. Os médicos de família são fortemente incentivados a implementar o modelo de AA baseado nos cinco pilares propostos por Murray e Tantau (Figura 1): 1- equilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, 2- redução no atraso ao atendimento, 3- revisão do sistema de agendamento, 4- integração de práticas interprofissionais e 5- desenvolvimento de planos de contingência (BRETON *et al*, 2021).

Figura 1 - Os cinco pilares do acesso avançado.



Fonte: Breton e outros, 2021

No Brasil diversas equipes vêm adotando o acesso avançado como estratégia para ampliar o acesso na APS (CANUTO, 2021; CIRINO, 2020; GRANJA, 2022; PIRES FILHO, 2019; LIMA, 2021), mas a intervenção não foi incluída em nenhuma orientação nacional, as iniciativas foram realizadas pelas equipes na tentativa de atender às demandas locais (VIDAL *et al*, 2019).

O município de Camaçari-BA adotou as referências dos precursores do acesso avançado, Murray e Tantau (2000), Murray e Berwick (2003), para executar a implantação da ferramenta nas unidades da APS em 2020.

Além disso, em 2014 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba publicou uma cartilha chamada “Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde”, orientando os passos para a implantação e implementação do AA pelas equipes de saúde (CURITIBA, 2014).

No Rio de Janeiro e São Paulo, o acesso avançado foi implementado com sucesso em algumas unidades estudadas, demonstrando aumento no índice de satisfação do paciente em relação às consultas, redução do tempo de espera e aumento do vínculo paciente-unidade de saúde (CANUTO, 2021; PIRES FILHO, 2019).

Pires Filho e outros (2019), trazem no relato de experiência do acesso avançado em uma unidade do interior de São Paulo, que os resultados da implantação e implementação foram importantes, sendo, talvez, o mais interessante a diminuição do tempo médio de espera entre a procura do paciente à unidade de saúde e sua efetiva consulta, bem como, a redução no absenteísmo, dados condizentes com a literatura revisada pelos autores. Trouxeram ainda, que a equipe considerou que a redução do absenteísmo foi benéfica à longitudinalidade do cuidado, esperada na equipe de saúde da família.

Canuto (2021), em seu estudo da demanda de uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro, trouxe que o AA ganhou destaque, como modelo mais adotado de organização da agenda desde 2015, apresentando possível redução do tempo de espera para atendimento como elemento fundamental ao acesso, assim como a eficácia na assistência à saúde.

Entretanto, os dados da pesquisa de Ferreira, Vinagre e Armond (2021) sugerem que o acesso avançado pode melhorar o acesso, na percepção de usuários e equipes, mas está condicionado a um equilíbrio entre oferta e demanda.

Soares e Junqueira (2022) destacaram os fatores limitantes para a implantação do acesso avançado em uma unidade de saúde, entre eles a fragilidade na territorialização e conhecimento da população adscrita, um painel populacional supostamente inadequado com conseqüente sobrecarga de trabalho, a falta de ferramentas digitais, o não envolvimento da população em relação à escolha desse tipo de agendamento e a falta de instrumentos dialógicos para lidar com os usuários. Os autores afirmaram que o acesso foi certamente facilitado, porém às custas de um desgaste grande dos trabalhadores, e várias fragilidades do serviço.

4 METODOLOGIA

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, a qual inclui a teoria da abordagem - método, os instrumentos de operacionalização do conhecimento - técnicas e a capacidade criativa do pesquisador - sua experiência, sensibilidade, subjetividade (MINAYO, 2010).

Neste sentido, será apresentado abaixo o caminho percorrido para a construção do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, a qual possibilita que o investigador faça uma imersão na realidade e produza sobre este uma perspectiva interpretativa (BRASIL *et al*, 2018).

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (MINAYO, 2007).

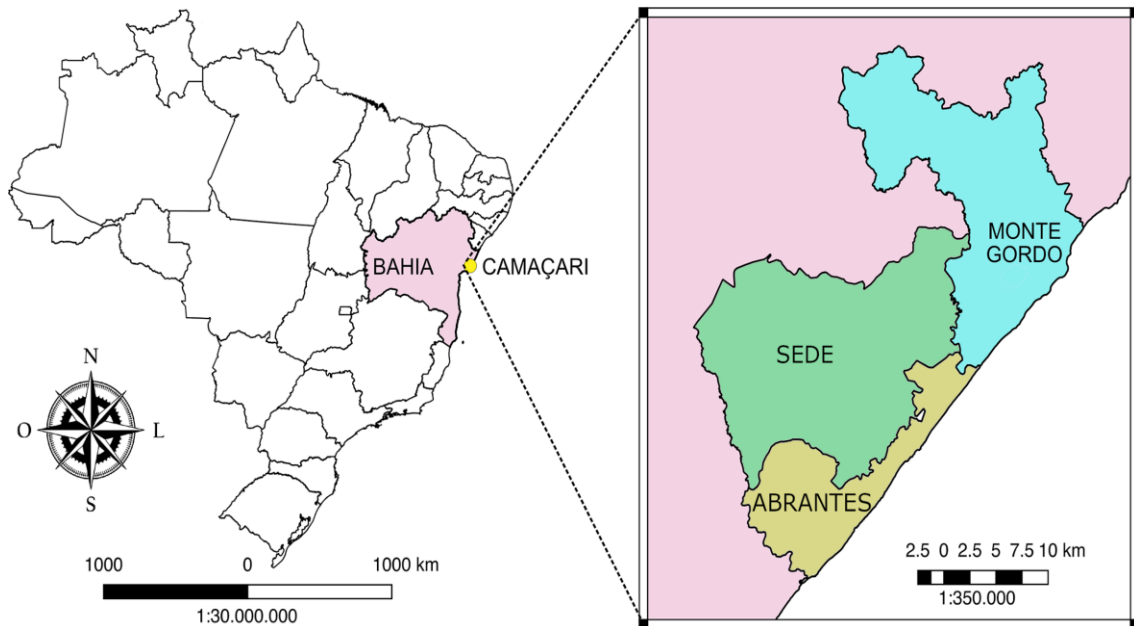
4.2 CAMPO DE ESTUDO

Durante a realização de uma pesquisa, Santana (2010) reforça que é necessário localizar geograficamente onde a mesma acontecerá, visto que os fenômenos ocorrem de modos distintos nos diversos lugares, devido às características culturais, políticas, econômicas, sociais e históricas apresentadas por cada realidade.

O estudo foi desenvolvido no Município baiano de Camaçari, especificamente, em unidades de saúde da APS do Distrito Sanitário da Costa, tendo em vista que foi o pioneiro na implantação da ferramenta de acesso avançado.

Camaçari está localizada na Região Metropolitana de Salvador, a 50 km da capital, é conhecida como "Cidade Industrial", por abrigar o Polo Industrial. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), tem uma população estimada em 309.208 mil habitantes, uma área territorial de 785,421 km², e densidade demográfica de 387,8 hab./km².

Figura 2 – Mapa do Município de Camaçari.

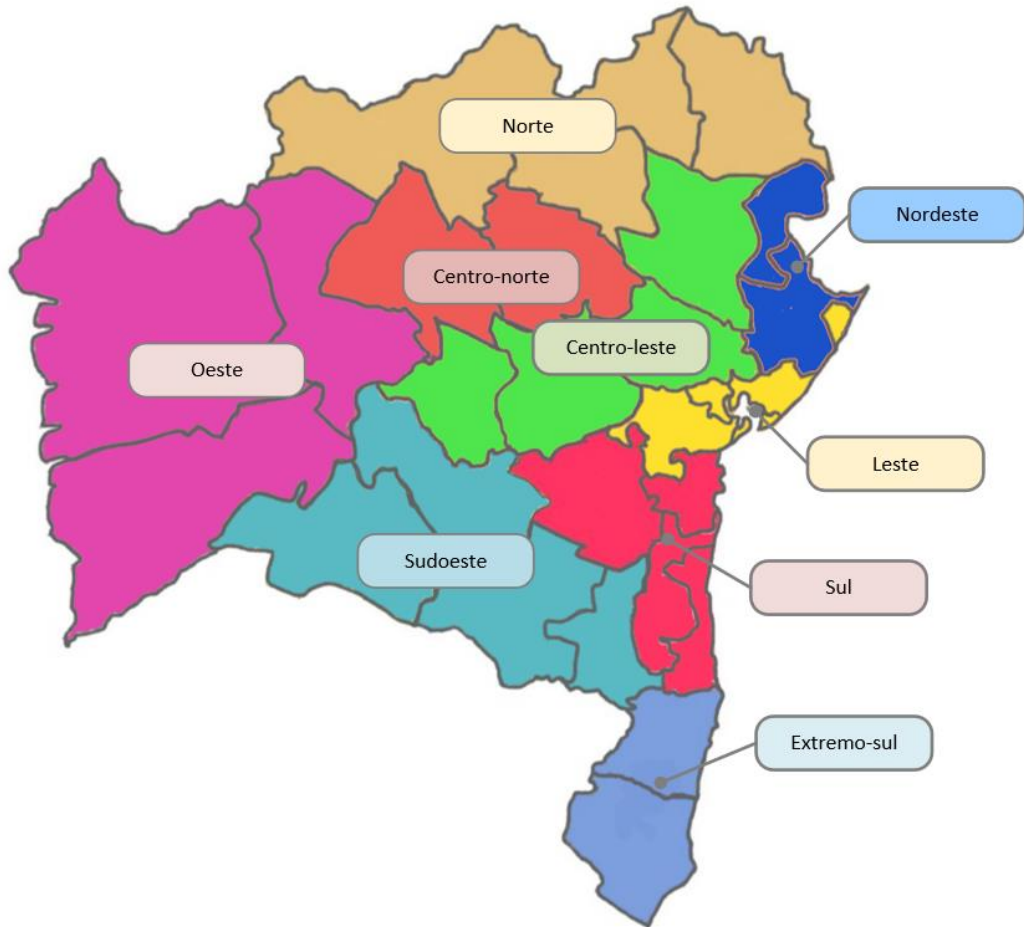


Fonte: Adaptado de Wikipedia, 2023.

O Município é dividido em dois Distritos Sanitários de Saúde, um localizado na Sede e outro na Costa, que incorpora a divisão distrital municipal de Abrantes e Monte Gordo. Os Distritos Sanitários de Saúde são compostos por nove Regiões de Saúde (seis na Sede e três na Costa) e quarenta e duas (42) unidades da APS, sendo dezesseis (16) delas no Distrito Sanitário de Saúde da Costa, distribuídas nas três Regiões de Saúde. Camaçari apresenta uma cobertura de Atenção Primária de 82,12%, com 73,57% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e 72,52% de Agente Comunitário de Saúde (ACS) (CAMAÇARI, 2022).

O município está situado na Macrorregião Leste de Saúde do Estado da Bahia, conforme pode ser observado no mapa a seguir, com a distribuição das nove Macrorregiões de Saúde do Estado (BAHIA, 2007).

Figura 3 – Mapa da Regionalização da Saúde no Estado da Bahia, 2023.



Fonte: Adaptado com dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2023.

A Rede Municipal de Atenção à Saúde no Município de Camaçari é ampla, com diversos equipamentos de saúde, distribuídos conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Estabelecimentos e serviços de saúde do município por níveis de atenção, Camaçari-BA, 2022.

Nível de atenção	Estabelecimentos e serviços de saúde
Atenção Primária	42 Unidades de Saúde da Atenção Primária 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 02 Academias da Saúde

Atenção Secundária	04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS III, CAPS II, CAPSad e CAPSi Centro de Referência e Especialidades em Saúde (CRES) Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II) Centro de Oncologia (CEONC) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Centro de Controle de Zoonoses Unidade de Assistência ao Portador de Anemia Falciforme (UNIFAL) Centro de Atenção à Saúde da Criança Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM) Policlínica de Especialidades Multicentro de Saúde de Monte Gordo Central de Regulação de Serviços de Saúde
Atenção Terciária	Hospital Geral de Camaçari 05 Unidades de Pronto Atendimento Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Fonte: CNES, 2023

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 24 trabalhadores de saúde, entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, recepcionistas e gerentes das unidades e 20 usuários do território de cinco unidades de saúde da atenção primária do Distrito Sanitário da Costa, conforme distribuição no Quadro 2. Os participantes foram identificados, na análise, com a letra inicial da sua categoria, seguido do número de ordem do entrevistado.

Quadro 2 – Distribuição de Unidades de Saúde que fizeram parte do campo de estudo, por Regiões de Saúde do Distrito Sanitário da Costa.

Distrito Sanitário	Região de Saúde	Quantidade de Unidades
Costa	Região 1	2
	Região 2	2
	Região 3	1

Fonte: Autoria própria (2023).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o objetivo não é o somatório das narrativas, tão pouco está baseada no critério numérico. Assim, o que definiu o total de sujeitos da pesquisa foi a saturação do conteúdo, baseado nos objetivos propostos no estudo, sem desconsiderar as diferenças e as especificidades representadas nas falas das variadas representações (MINAYO, 2007; ASSIS *et al*, 2018).

Para os trabalhadores de saúde, o critério para inclusão na amostra foi desenvolver o trabalho há, pelo menos, um ano na Rede de Atenção à Saúde do Município. Foram excluídos do estudo aqueles em afastamento por algum motivo, bem como, os profissionais que atuam na regulação da unidade ou em outras funções administrativas que não contemplam o trabalho da recepção.

Já os usuários, foram aleatoriamente convidados à participação na pesquisa no momento da observação nas unidades, respeitando-se os critérios de idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e residir no território da respectiva unidade. Como critérios de exclusão, a não utilização do serviço de atendimento individual na unidade (consultas).

O perfil dos trabalhadores de saúde que participaram do estudo está descrito na Tabela 1. Como é possível observar a maioria é do sexo feminino (79%), com idades distribuídas entre vinte e nove (29) e cinquenta e nove (59) anos, sendo maior a porcentagem na faixa etária entre quarenta (40) e quarenta e nove (49) anos (62,5%). No que diz respeito à escolaridade, 62,5% relataram ter cursado o ensino superior completo. Já o tempo de atuação na unidade de saúde, 70,8% estão atuando há menos de 6 anos na unidade.

Tabela 1: Caracterização dos trabalhadores de saúde, Camaçari – BA, 2023.

	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Categoria profissional	Enfermeiro	07	29,2%
	ACS	06	25%
	Recepcionista	05	20,8%
	Médico	04	16,7%
	Gerente Administrativo	02	8,3%
Sexo	Feminino	19	79%
	Masculino	05	21%
Faixa etária	Até 29 anos	03	12,5%
	30 – 39 anos	03	12,5%
	40 – 49 anos	15	62,5%
	50 – 59 anos	03	12,5%
Escolaridade	Ensino Médio completo	08	33,3%
	Ensino Superior incompleto	01	4,2%
	Ensino Superior completo	15	62,5%
Tempo de atuação na unidade	2 – 5 anos	17	70,8%
	6 – 9 anos	03	12,5%
	Acima de 10 anos	04	16,7%

Fonte: Autoria própria (2023).

É importante destacar que dos sete (07) enfermeiros entrevistados, quatro (04) exercem

a função assistencial e gerencial no serviço de saúde. Para Leal e Melo (2018), a natureza do trabalho exercido confere ao enfermeiro a capacidade de articulação do processo de trabalho em enfermagem e do processo de trabalho em saúde. Por isso, este profissional é considerado um gerente intermediário, pela posição que ocupa na organização, sendo primordial na execução de políticas de saúde e nos processos de mudanças no nível macro e micro do sistema de saúde. Destaca-se que o lugar ocupado pelo enfermeiro está localizado entre a organização empregadora e as demais categorias de trabalhadores da saúde.

No que diz respeito ao perfil dos usuários dos serviços que participaram do estudo, 100% são do sexo feminino, distribuídas na faixa etária entre vinte e três (23) e sessenta e sete (67) anos, a maioria com idade abaixo de vinte e nove (29) anos (30%), 50% com ensino médio completo e 60% relataram serem as responsáveis por suas famílias. Conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização dos usuários da saúde, Camaçari – BA, 2023.

	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	20	100%
	Masculino	-	-
Faixa etária	Até 29 anos	06	30%
	30 – 39 anos	02	10%
	40 – 49 anos	05	25%
	50 – 59 anos	04	20%
	60 anos e +	03	15%
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	02	10%
	Ensino Fundamental completo	02	10%
	Ensino Médio incompleto	04	20%
	Ensino Médio completo	10	50%
	Ensino Superior completo	02	10%
Representação familiar	Responsável familiar sem filhos	04	20%
	Mãe e responsável familiar	06	30%
	Mãe, avó e responsável familiar	02	10%
	Mãe	08	40%

Fonte: Autoria própria (2023).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A produção dos dados da pesquisa ocorreu através de fontes primárias, com a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de cinco unidades de saúde do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e

gerentes das unidades) e usuários do serviço. De forma complementar, realizou-se a observação sistemática, conforme roteiro construído (APÊNDICE C). Em seguida a análise documental e extração de dados do sistema de informação e-SUS APS, compondo os dados de fontes secundárias.

A entrevista, que consiste em uma conversa entre dois ou mais interlocutores, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, foi conduzida mediante roteiro descrito nos Apêndices A e B. Esses roteiros, previamente construídos de acordo com a questão da pesquisa, permitem que a partir das respostas dos entrevistados surjam novas indagações e inquietações, enriquecendo a investigação (TRIVINÓS, 1987).

Os encontros foram realizados no período de onze de outubro de 2022 a nove de fevereiro de 2023, em dias e horários agendados, de acordo com a disponibilidade dos participantes, em local reservado, de modo a garantir a manutenção da privacidade dos mesmos. As entrevistas foram iniciadas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), utilizando uma linguagem acessível, evitando o uso de terminologias técnicas e de difícil entendimento. Os diálogos foram gravados com a autorização dos participantes.

Com o objetivo de aproximar as falas e o objeto estudado, utilizou-se da técnica de coleta de dados a partir da observação sistemática (APÊNDICE C), um método de obtenção de informações que busca ver, com todos os sentidos, determinada realidade. Ao observar pessoas, ambientes, comportamentos e interações cotidianas, torna-se possível aproximar-se do que elas realmente fazem. Assim, a observação preenche lacunas que outras técnicas não são capazes de alcançar (QUEIROZ *et al*, 2018). A coleta de dados, a partir da observação sistemática, ocorreu no mesmo período das entrevistas, onze de outubro de 2022 a nove de fevereiro de 2023, após a realização dos encontros. As informações foram registradas em diário de campo, conforme roteiro especificado no Apêndice C.

Para a análise documental utilizou-se como fontes a Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021, Portaria nº 115/2021 de 20 de julho de 2021 e Nota Complementar nº 02 à Portaria nº 115/2021, publicadas pelo município de Camaçari (Quadro 3). Segundo Marconi e Lakatos (2022), a análise documental é um procedimento metodológico que é uma das principais fontes de informações, sugere problemas, hipóteses, podendo ser utilizada como complementação dos dados da pesquisa e/ou orientar outras fontes de coleta, auxiliando na interpretação do objeto de estudo.

Quadro 3: Ementa dos documentos orientadores para a implantação do acesso avançado, publicados pelo município de Camaçari - BA, 2023.

Documento	Ementa
Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021	Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado”
Portaria nº 115/2021 de 20 de julho de 2021	Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado” e revoga a Portaria nº 024/2021.
Nota Complementar nº 02 à Portaria nº 115/2021	Estabelece Parâmetros e Metas de consultas, atendimentos e atividades coletivas na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Autoria própria (2023).

4.5 MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS

Durante os meses da realização do estudo foram coletados dados sobre o perfil do atendimento aos usuários, após a implementação do acesso avançado, bem como, descrita a dinâmica do trabalho dos profissionais da APS com o uso da ferramenta, e identificado os pontos positivos e negativos na garantia do acesso à APS, a partir da experiência da implementação do acesso avançado.

Para a análise dos dados, utilizou-se da triangulação do conteúdo manifesto das entrevistas, dos documentos analisados e da observação sistemática. De acordo com Triviños (2009) e Minayo (2010) a triangulação de dados busca ampliar a descrição, a explicação e a compreensão do objeto de estudo, constituindo-se em uma técnica usada em pesquisa qualitativa, que possibilita a interseção e o cruzamento de múltiplos olhares, a visão dos entrevistados e o emprego de diversas técnicas de coleta de dados.

No que tange às entrevistas, os diálogos foram gravados e transcritos, de modo a subsidiar a análise, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Bem como, a construção de Corpus textual para a utilização, de forma complementar, do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para processamento e construção da árvore de similitude e nuvem de palavras.

A técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), é uma investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Conforme a proposta elaborada por Bardin, a análise apresentou três fases: 1ª pré-análise, com leitura flutuante e destaque de trechos significativos para o estudo; 2ª

exploração do material, onde realizou-se a construção do quadro matriz e classificação dos dados a partir dos seguintes eixos: marcação / agendamento, perfil de atendimento, organização do serviço / trabalho, pontos positivos e negativos para o acesso e avaliação do acesso avançado; e na 3ª fase, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, fundamentando as análises no referencial teórico utilizado para construção do estudo.

O *software* IRAMUTEQ, utilizado de forma complementar, é um programa informático gratuito, que se ancora no *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais. Foi desenvolvido em língua francesa, mas atualmente apresenta dicionário em outras línguas, inclusive na portuguesa. O IRAMUTEQ possibilita diversos tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras. Pelo seu rigor estatístico, pelas diferentes possibilidades de análise, interface simples e compreensível, e, sobretudo por seu acesso gratuito, o IRAMUTEQ pode trazer muitas contribuições aos estudos em ciências humanas e sociais, que têm o conteúdo simbólico, proveniente dos materiais textuais, como uma fonte importante de dados de pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Antes da coleta de dados o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através da Plataforma Brasil, para o cumprimento das exigências de proteção aos participantes da pesquisa, respeitando os aspectos éticos e observando as normativas estabelecidas nas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016. Sendo aprovado em 28 de setembro de 2022, conforme parecer consubstanciado nº 5.670.423, com número CAE: 59109822.0.0000.0053 (ANEXO A).

Cada participante foi convidado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), que tem por finalidade orientar quanto à pesquisa, sua justificativa, os objetivos, a metodologia a ser utilizada, bem como, o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza.

Os riscos potenciais do estudo, relacionados a possíveis constrangimentos em decorrência dos questionamentos e observação das atividades, foram minimizados através do

estabelecimento de uma relação de respeito entre a pesquisadora e os participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que serão apresentados foram obtidos a partir da exploração do material das entrevistas realizadas, da observação sistemática registrada em diário de campo, bem como, dos dados coletados no sistema de informação e dos documentos publicados pela Secretaria de Saúde do Município. Através da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), assim como, a análise de similitude e nuvem de palavras geradas pelo software IRAMUTEQ, foi possível realizar a discussão por meio de três categorias: (1) Análise do acesso aos serviços de saúde a partir da implantação do acesso avançado; (2) Dinâmica do trabalho das equipes com a nova ferramenta e (3) Percepção dos usuários sobre o acesso nas unidades da APS.

5.1 ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO

Na análise dos discursos transcritos observou-se que houve consenso entre os trabalhadores de que o acesso avançado facilitou e/ou ampliou o acolhimento / atendimento à demanda espontânea, permitindo resolver os problemas apresentados pelos pacientes no mesmo dia ou em até vinte e quatro (24) horas. Dados demonstrados nas falas a seguir:

(...) a gente consegue acolher essa demanda livre, essa demanda espontânea toda, eles não vão embora sem serem atendidos por causa dessa agenda nova, que é programada e o acolhido do dia (M 3).

(...) e de ponto positivo, é a questão do acesso. (...) Porque às vezes é só uma orientação rápida, é uma troca de receita, uma coisa administrativa, burocrática só, entendeu? Então isso facilita porque é um atendimento rápido de uma demanda super tranquila, simples para resolver, e realmente é resolutivo (E 4).

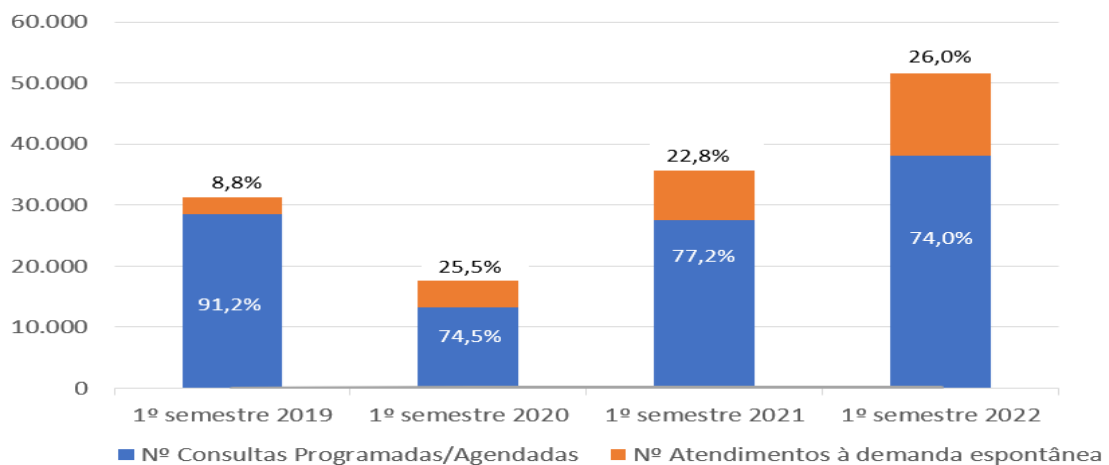
Os maiores benefícios, é isso que eu falei, que ele já tem um atendimento no mesmo dia e consegue resolver aquela demanda dele no mesmo dia. Eles conseguem acessar sua equipe de referência e quando não está aqui, eles também são atendidos por outro profissional e depois são encaminhados para o profissional da sua equipe, não ficam sem o atendimento (A 1).

Esse achado corrobora com a proposta elaborada por Murray e Tantau (2000) que tem uma regra de ouro: “fazer hoje o trabalho de hoje”. O que significa oferecer aos usuários consultas com sua equipe de referência no mesmo dia ou no dia seguinte em que buscam o serviço de saúde, independentemente do motivo da procura: queixas agudas, consultas de seguimento, orientações ou ações preventivas.

O dado apresentado também se mostra consistente com o identificado no estudo de Cirino e outros (2020), em que aponta que o acesso avançado mostrou ser uma estratégia viável de ampliação do acesso e de organização da agenda, pois, após sua implantação, a unidade estudada passou a atender o dobro de usuários em relação aos meses anteriores.

Com base nos dados coletados no sistema e-SUS APS, foi possível construir o Gráfico 1, a seguir, com a série histórica do primeiro semestre dos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, em que há uma tendência de crescimento no número de atendimentos individuais realizados nas unidades de saúde da atenção primária do Distrito Sanitário da Costa. Observando o gráfico pode-se verificar a relação em percentual de consultas agendadas / programadas e o atendimento à demanda espontânea, que no primeiro semestre de 2019 estava em 8,8%, alcançando 26% em 2022, demonstrando uma crescente, enquanto as consultas programadas reduziram de 91,2% para 74%.

Gráfico 1: Série histórica do número total de atendimentos, com o percentual de consultas programadas / agendadas e os atendimentos à demanda espontânea, Camaçari – BA.



Fonte: PEC e-SUS APS, 2023.

Analisando o mesmo Gráfico, percebe-se que, apesar do aumento no número de atendimentos individuais realizados pelas equipes, o que sugere um incremento no acesso dos usuários à APS, o percentual de consultas programadas / agendadas, mesmo em redução, ainda supera a demanda espontânea. O dado sugere que prevalece o agendamento para o futuro, mesmo com a publicação da Portaria nº 024/2021, em Diário Oficial do Município de 18 de março de 2021, orientando as equipes quanto à formatação das novas agendas. Esse achado pode ser explicado pela insegurança de cada equipe em operar a ferramenta de acesso avançado, bem como, em assumir novas formas na dinâmica de trabalho, e/ou deixar de utilizar a agenda programática (organizada por ciclo de vida e/ou programa) e implementar o “agendamento

aberto”.

Eu acho que um ponto negativo é não usar as agendas do dia para atendimento. Porque a gente percebe que alguns profissionais ainda têm uma resistência em atender a agenda do dia. Então eu acho que tem que ter no profissional, tanto na gerência, como no recepcionista, esse cuidado de falar (...) e não acatar só o que o profissional solicita (E 3).

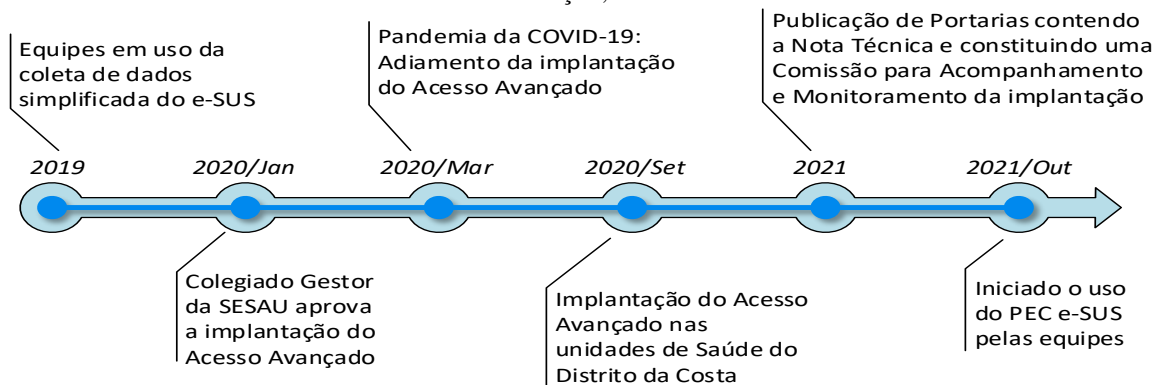
Segundo Murray e Tantau (2000), o agendamento para o futuro deve ser sempre evitado e a resolução do problema, ou encaminhamento da necessidade deve ocorrer no mesmo dia. O que exige mudanças por parte das equipes de saúde, tendo em vista que as consultas rotineiras e as de urgência não são mais diferenciadas no atendimento da demanda espontânea.

Implementar o acesso avançado é tarefa desafiadora, sobretudo onde são atendidas grandes quantidades de usuários. Manejar lista de pacientes de diferentes categorias profissionais, readaptar oferta de serviços de saúde à demanda do território e construir fluxos de atendimento, são exemplos do que deve ser repensado, o que exigirá planejamento, sistematização, suporte da gestão e mediação entre interesses e conflitos individuais (SOARES; JUNQUEIRA, 2022).

Cabe destacar os marcos relevantes para a APS do Distrito Sanitário da Costa (Figura 4), fazendo a correlação com o acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, é importante salientar que no primeiro trimestre de 2020 teve início a pandemia da Covid-19, alterando a rotina e dinâmica de trabalho das equipes, com perceptível redução no número de atendimentos (Gráfico 1). Já em setembro de 2020, em meio à pandemia da COVID-19, foi iniciada a implantação da ferramenta de acesso avançado nas unidades de saúde da atenção primária do Distrito Sanitário da Costa, com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários, sobretudo na demanda espontânea.

Em outubro de 2021 iniciou-se o uso do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) da estratégia e-SUS em todas as unidades da APS do Distrito Sanitário da Costa. Essa ferramenta possibilitou a qualificação dos dados no sistema de informação oficial, permitindo a visualização das informações, contidas no prontuário, por outros membros da equipe, bem como, reduzindo o número de dados perdidos no decorrer do atendimento. Ressalta-se que nos anos anteriores as equipes alimentavam os dados de atendimento dos usuários através das fichas de coleta de dados simplificada do sistema e-SUS, como é possível observar na linha do tempo, Figura 4.

Figura 4: Linha do tempo com marcos relevantes para análise do acesso à APS do Distrito Sanitário da Costa – Camaçari, 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

Apesar das Portarias e Notas Técnicas terem sido publicadas no ano de 2021, o início das discussões com os gestores municipais sobre a temática, bem como, a elaboração de parâmetros para a construção das novas agendas, ocorreram a partir de janeiro de 2020. Após esses encontros, procedeu-se com o processo de educação em serviço e reuniões com gerentes das unidades e suas equipes, para apresentação da proposta e esclarecimentos sobre a nova ferramenta. Neste sentido, o Distrito Sanitário da Costa foi pioneiro na implantação do acesso avançado no Município.

Outro aspecto trazido nos discursos dos trabalhadores por reiteradas vezes, foi a redução ou eliminação das filas que se formavam na madrugada para marcação / agendamento de consultas nas unidades.

(...) é satisfatório porque o paciente, por exemplo, fila para agendamento isso não existe no acesso avançado, isso é um ganho, o paciente tem uma maior possibilidade de acessar a unidade, de vincular com a equipe daquela unidade. Eu vejo isso como os principais ganhos e a resolução do seu caso (E 5).

Graças a essa implementação do acesso avançado, as pessoas não precisam mais chegar de madrugada aqui para marcar a sua consulta e ter o seu atendimento (A 2).

Antigamente no município a gente fazia o agendamento semanal, mas da mesma maneira não tinha vaga suficiente para a quantidade de pessoas que vinham procurar o posto. Muitas pessoas acabavam dormindo na fila de madrugada (...) (M 2).

(...) a questão do paciente dormir na porta do posto, vir de noite para querer marcar. Tinha aquela questão daquela quantidade naquele dia, não é? Se você não viesse naquele dia marcar, só conseguia marcar no outro mês, e aí o pessoal dormia na fila. (...) O acesso avançado, eu acho que melhorou bastante, acho que veio só para somar mesmo com a equipe, não é? (G 1).

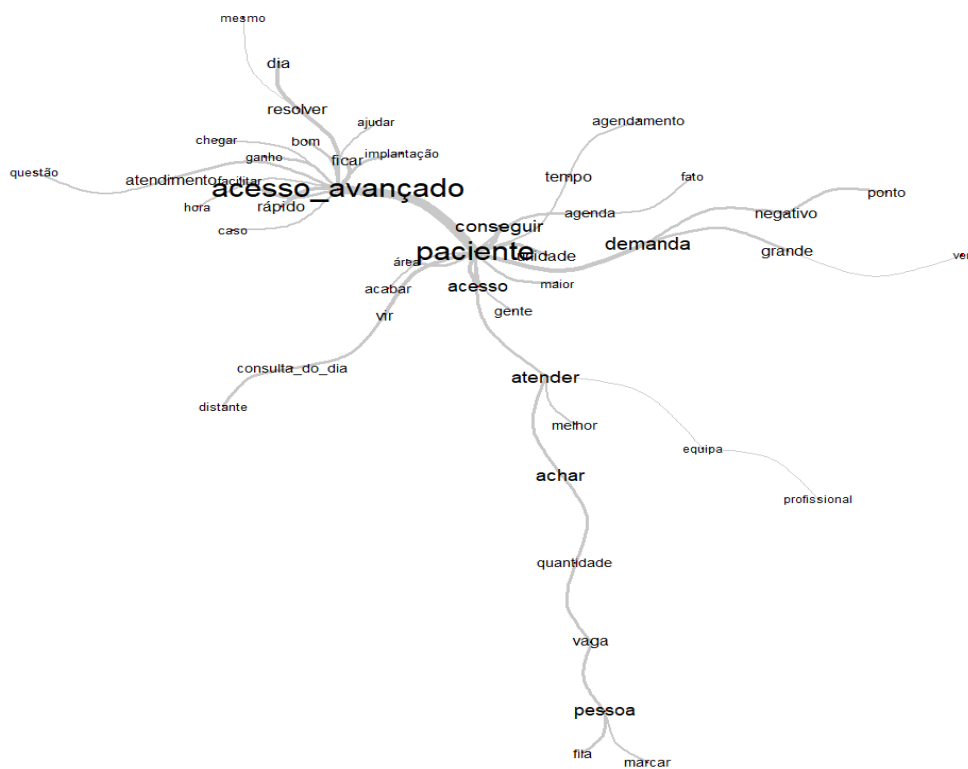
Esse é um cenário presente nas unidades da APS em muitas cidades no Brasil,

caracterizado pela formação de filas para conseguir atendimento nos serviços de saúde, o que causa prejuízo ao acesso dos usuários, que precisam chegar muito cedo à unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir pegar uma ficha para o agendamento de consultas (LIMA *et al*, 2014).

No estudo realizado por Granja e colaboradores (2022) no município de São Paulo, os discursos dos profissionais de saúde demonstraram que a implantação da ferramenta de acesso avançado organizou o fluxo e evitou longas filas de espera nas unidades de saúde, corroborando com o que foi evidenciado nas falas acima.

Utilizando os discursos dos trabalhadores entrevistados, no que se refere à análise do acesso dos usuários a partir da implantação do acesso avançado, obteve-se um “corpus textual” que possibilitou a construção da árvore de similitude pelo software IRAMUTEQ (Figura 5). A árvore apontou a conexão entre as palavras presentes nas falas dos trabalhadores, e nela é possível observar que as palavras “paciente” e “acesso_avançado” aparecem estruturando-a em dois pólos.

Figura 5: Árvore de Similitude gerada pelo software IRAMUTEQ, 2023.



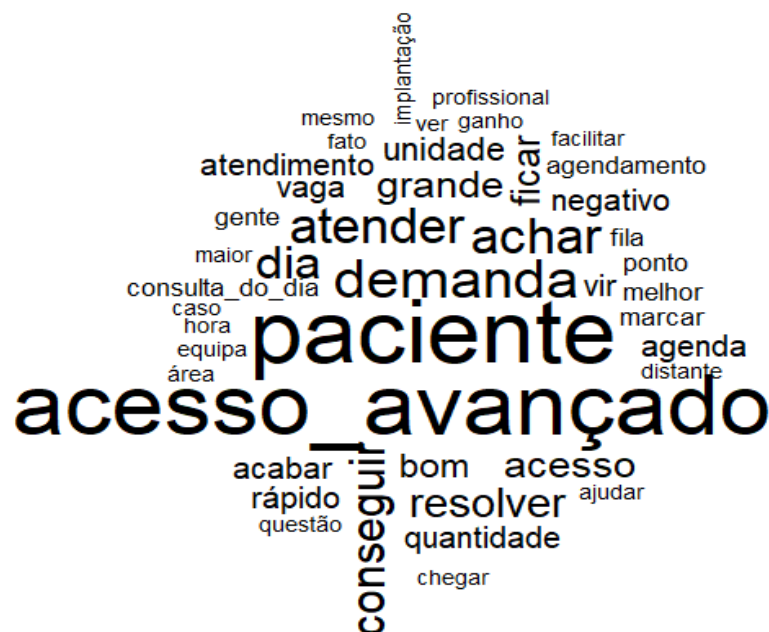
Fonte: Autoria própria (2023).

A ligação entre as palavras “acesso_avançado”, “resolver”, “dia”, “atendimento”, “rápido” foi demonstrada nas falas dos trabalhadores quando relataram que o acesso avançado permite o atendimento do usuário no mesmo dia e a resolução mais rápida da demanda apresentada.

No outro polo em que há ligação entre “paciente”, “acesso”, “atender”, “achar”, “conseguir”, surgiram nos discursos dos trabalhadores quando relataram a ampliação do acesso dos usuários aos serviços, sobretudo à demanda espontânea ou consulta do dia.

Ao utilizar ainda os indicadores estatísticos do software IRAMUTEQ, para inferir a relevância dada ao vocábulo presente no mesmo “corpus textual”, obteve-se a nuvem de palavras (Figura 6), para demonstrar, através da representação em tamanhos distintos, o grau de frequência das palavras presentes nos discursos dos entrevistados. Nesta análise, a palavra paciente e acesso_avançado aparecem em destaque, o que, mais uma vez, pode ser observado nas falas dos trabalhadores ao analisarem o acesso aos serviços de saúde, a partir da implantação do acesso avançado. Outras palavras que podem ser observadas com maior ocorrência são: demanda, atender, achar, conseguir, dia, resolver, acesso.

Figura 6: Nuvem de Palavras gerada pelo software IRAMUTEQ, com base nas entrevistas dos trabalhadores 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

Após as etapas de processamento, foram interpretados os sentidos das palavras nos discursos dos trabalhadores. Dessa forma, na análise da nuvem, “acesso_avançado” mostrou-

se como ferramenta que permite o acesso e resolução da demanda do paciente no dia.

(...) quando o paciente vem de uma área tão distante, atravessa de canoa, leva 1 hora e meia para chegar até a unidade, ele tem essa chance de resolver a situação dele naquela demanda do dia (A 3).

Para alguns trabalhadores o modelo deixa a desejar na qualidade do atendimento, pois reduziu o tempo de consulta com o paciente, bem como, apresentou um tempo prolongado de espera para uma consulta programada, o que pode implicar na longitudinalidade do cuidado:

A grande mudança é que a gente perdeu muito o tempo de consulta. Porque, como aumentou, como dobrou praticamente o número de consultas que a gente faz, seja ela agendada ou do dia, (...) acabou que a gente tem menos tempo com o paciente. Na minha opinião diminuiu bastante a qualidade com relação a você conhecer o paciente, com relação ao que eu entendo como medicina de família, que é você interagir mais com o paciente, não só com o problema pontual ou o problema crônico do paciente, mas conhecer aquele paciente de uma maneira mais global (M 2).

Oh, a questão do acesso avançado, o que eu achei assim mais difícil foi a questão da quantidade. Porque assim, a gente preza por uma consulta mais detalhada, não é? Mais integral (E 2).

Uma das dificuldades é esse distanciamento dos retornos que ficam para muito longe (E 1).

Esse resultado também foi identificado no estudo realizado em uma unidade de saúde de Campinas (ALMEIDA, 2020), no qual para alguns membros da equipe, o pequeno tempo disponível para atendimento do usuário 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.

Para Granja e outros (2022) a implementação do modelo de acesso avançado no mundo real, foca no agendamento para o mesmo dia e em maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios, tais como o método centrado na pessoa.

No que diz respeito ao tempo de espera para a realização de consulta, as falas apresentadas contradizem o estudo realizado em uma unidade de saúde do interior do estado de São Paulo (PIRES FILHO *et al*, 2019), em que os resultados encontrados apontaram para uma diminuição significativa do tempo de espera para consulta, mostrando-se compatível com a maioria dos resultados da literatura revisada no mesmo estudo.

Segundo Murray e Bewrick (2003), o acesso avançado rejeita a ideia sedutora de ordenar a demanda em duas filas, rotina e urgência. O objetivo principal do projeto de um avançado

sistema de acesso é fazer o trabalho de hoje no dia, independente do tipo de demanda, aguda ou crônica, deixando para o agendamento futuro apenas os pacientes que precisam retornar em algum momento definido.

Na revisão sistemática conduzida por Rose, Ross e Horwitz (2011) foi encontrado que entre vinte e oito (28) artigos que descrevem implementações do acesso avançado, em vinte e quatro (24) o tempo de espera para um agendamento de consulta diminuiu consistentemente, embora poucos estudos tenham demonstrado o acesso no mesmo dia.

Outros trabalhadores trouxeram que o formato de agenda do acesso avançado impõe uma sobrecarga de trabalho, sobretudo para os médicos, como é possível observar a seguir:

Eu observei que alguns profissionais, de certa forma, acabaram ficando, vamos dizer assim, sobrecarregados, por exemplo, o médico clínico que, de certa forma, aumentou a demanda de trabalho para ele (A 2).

De negativo, eu acho assim, que a quantidade de demanda espontânea eu acho muita, porque geralmente, quando a gente preenche, como a gente tem já essa procura grande aqui na unidade (...) que o médico tem que atender, eu acho que é muita, porque a gente já tem uma demanda muito grande (R 4).

Por ter uma grande demanda de pacientes crônicos, também acaba inchando de certa forma a agenda, sobretudo a agenda médica. Isso também acaba impactando no acesso avançado ou no acesso desses pacientes para a demanda espontânea (E 5).

Tal achado faz conexão com o que foi encontrado no estudo de Granja e outros (2022), o qual aponta que nos discursos analisados a percepção de que alguns profissionais de UBS, com menos equipes de saúde da família, sentiram-se sobrecarregadas com esse modelo, pois por terem equipes menores, também não possuíam estrutura física adequada, tinham mais pacientes cadastrados do que as diretrizes da PNAB preconizavam e eram bastante dependentes do atendimento exclusivamente presencial.

A Política Nacional de Atenção Básica, atualizada em 2017, recomenda que cada equipe de APS tenha entre duas e três mil e quinhentas pessoas localizadas em seu território, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade. Grandes painéis em serviços de APS estão associados à menor qualidade das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, pior gerenciamento de doenças crônicas, menor qualidade técnica dos cuidados prestados e interferência negativa no acesso efetivo e longitudinalidade do cuidado (VIDAL *et al*, 2019).

Forjuoh e outros (2001), destacam que o levantamento e descrição prévia da oferta e da demanda por consultas deve ser feito com base no território de atuação da equipe, levando em consideração os padrões de utilização do serviço pela população, considerando que há flutuações no acesso, o que enfatiza a necessidade de monitoramento da demanda de atendimento de cada unidade.

Como a demanda de atendimentos não é totalmente previsível e um dia pode apresentar uma demanda maior de acolhimento pela equipe e, embora um planejamento prévio suponha que essa demanda seja finita, Murray e Tantau (2000) recomendam considerar “mecanismos de transbordamento”, ou seja, prever formas de responder a uma demanda maior que a oferta: um plano de contingência. Ainda que oferta e demanda estejam equilibradas, as equipes somente poderão manter o acesso avançado se previrem mais oferta de atendimento em dias mais cheios e menos em dias mais vazios.

No trabalho de Ferreira, Vinagre e Armond (2021), as UBS estudadas trabalham com uma variedade de configurações, adaptando o acesso avançado a outros modelos de agenda e, conseqüentemente, de entrada na APS. Parece ser uma maneira de adequar a oferta às realidades locais de forma criativa, não “engessando” o serviço dentro de um modelo de acesso pré-estabelecido. Mesmo que não se pretenda adotar o acesso avançado em sua forma integral, os modelos adotados mostraram potencialidades que podem ajudar na ampliação do acesso.

No presente estudo, obteve-se, a partir da observação da dinâmica de trabalho das equipes, bem como, de relatos de trabalhadores, que a ferramenta não é seguida no seu formato original e sim, adaptada conforme a necessidade do território, a saber:

(...) eu não vou dizer que a gente faz um acesso avançado de manual, não, porque no acesso avançado você tem os horários específicos, discriminados na agenda que você não pode operá-los. Os casos de urgência, pode estar com a agenda cheia, se for urgência a gente vai ter que atender, independente de estar na agenda, de ter vaga na agenda ou não. Então a gente faz assim, um acesso avançado, mas que nós criamos uma rotina em cima desse acesso avançado e que tem funcionado bem dessa forma (E 5).

Ainda que o conceito de AA desenvolvido há mais de 20 anos por Murray e Tantau permaneça atual, ele precisa ser adaptado ao contexto contemporâneo e às realidades locais (BRETON *et al*, 2021).

Quando perguntados quais eram os pontos positivos ou o que poderiam levar o modelo a ser expandido, os trabalhadores destacaram a facilidade no acesso, com conseqüente redução

e até a eliminação das filas de espera e a resolução dos problemas apresentados pelos pacientes no mesmo dia. Esses aspectos podem ser observados nas falas abaixo:

(...) O povo está sendo melhor atendido. Eles não vêm mais ficar aqui madrugada no posto, com o posto fechado, até correndo risco, que a violência está aí, sair de sua casa às 3:00 da manhã para 4 horas tá aqui para pegar uma vaga, a primeira vaga, para alcançar uma vaga na marcação para a médica, que não havia necessidade (A 4).

Eu avalio como muito bom. Eu nunca trabalhei num local que a gente consiga ter isso. Inclusive quando a própria população diz “ ah, porque eu vim e não consegui marcar”, eu digo não, isso não existe aqui, não é uma fala que condiz com a nossa realidade. Porque se você vem, você vai conseguir ter pelo menos uma escuta e se a gente não resolver no dia, a gente vai marcar um dia pra gente resolver. Então, eu acho que o acesso aos serviços de saúde aqui hoje é, não vou dizer excelente porque todo local tem erros, ainda mais que depende de seres humanos. Então todo mundo vai ter uma falha de comunicação, sempre vai ter um ruído. Mas eu acredito que hoje seja muito bom, inclusive muito melhor do que era há 2 anos, um ano e meio atrás. Muito bom (M 1).

Eu acho que o acesso avançado veio para facilitar, não é, a inserção de pacientes no atendimento diário, aquela resolução rápida (E 1).

(...) é, por exemplo, um paciente que mora numa área de zona rural, a gente sabe que tem todo um processo de vir, se tiver chuva tem que atravessar o rio ou pegar um outro carro. E com o acesso avançado, às vezes a demanda que a gente pode resolver na hora, a gente resolve logo (R 2).

Stelet e colaboradores (2022), trazem que em certo sentido, um serviço regido pelo modelo tecnoassistencial – conhecido no Brasil como “Programação em Saúde” – tende a organizar as consultas de acordo com enquadramentos programáticos da vigilância em saúde (pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes etc.), abrindo pouco espaço para situações mais agudas, em que os usuários talvez mais precisem do serviço. Nesse sentido, o argumento dos autores que defendem o acesso avançado, em não diferenciar demandas espontâneas e programadas, teria como objetivo ampliar o acesso das pessoas, tanto para o cuidado a situações crônicas, como para as demandas agudas.

A implementação do acesso avançado requer uma mudança gradual tanto da organização do processo de trabalho quanto da perspectiva da equipe e usuários. Para a implementação dessa estratégia sugere-se reduzir as vagas para os agendamentos superiores a trinta dias, reavaliando as agendas já existentes de acordo com a pertinência da consulta, e realizando, sempre que possível, atendimentos no dia focando na resolutividade e evitando agendamentos com prazo superior a duas semanas. Dessa forma, no mínimo 50% da agenda deve ser reservada para atendimentos no dia (CURITIBA, 2014).

Dentre os pontos negativos apontados ou que podem levar esse modelo ao fracasso, foram destacados o número de atendimentos em curto espaço de tempo, reduzindo o tempo de consulta com o paciente e a sobrecarga de trabalho, em decorrência da demanda em desequilíbrio com a oferta. Pontos que podem ser evidenciados pelos discursos a seguir:

(...) E dificuldade realmente só a questão da quantidade, não é? Que às vezes tá muito cheia para médico, então, tá muito cheio (E 4).

A quantidade de vagas que é muito pouca, já que a demanda da população cresceu muito e tudo bem que os médicos, eles têm um limite de atendimento ao dia, mas às vezes as demandas também são maiores (A 3).

Eu acredito que o fluxo da unidade, nossa unidade tem um fluxo bem grande e às vezes, nesse momento, a questão desse acesso que a gente não está tendo no momento, assim do paciente chegar a ser atendido no momento, pode ser a questão das assembleias, está tendo direto (G 1).

Para Stelet e colaboradores (2022) a noção de “consultas breves” remete a uma prática comum na APS no manejo das demandas espontâneas, ou seja, consultas com um tempo reduzido com vistas a buscar dar resposta a queixas ou necessidades de saúde mais pontuais. As consultas breves se sustentam em uma APS que também aposta na longitudinalidade, ou seja, os vínculos de confiança, tão fundamentais ao cuidado em saúde, que aconteceriam ao longo do tempo, tanto por meio de consultas agendadas (programadas), como também por consultas breves, de modo a garantir mais acesso aos usuários do serviço.

No que diz respeito à sobrecarga de trabalho demonstrada nos discursos acima, os dados são coincidentes com o estudo realizado por Almeida (2020), o qual relata que dentre os pontos negativos apontados pelos trabalhadores está a sobrecarga de trabalho, vinda da demanda em desequilíbrio com a oferta, onde o trabalho se torna exaustivo e a equipe fica estressada e sobrecarregada, e a tensão é visível.

5.2 DINÂMICA DO TRABALHO DAS EQUIPES COM A NOVA FERRAMENTA

No que diz respeito à rotina de trabalho, em especial as atividades relacionadas à dinâmica de marcação / agendamento, a maioria dos trabalhadores respondeu que o primeiro contato dos usuários ocorre com recepção da unidade, que faz a escuta e direciona o atendimento conforme a queixa e/ou necessidade do paciente. Conforme diálogos apresentados a seguir:

Normalmente é com a recepção, elas têm um diálogo ali na recepção, contam qual a necessidade delas e a partir daí essa primeira triagem é feita por eles,

e decidir se vai ser uma consulta do dia, se é uma demanda que precisa ser resolvida no dia, esse acolhimento, ou então agendar como uma consulta clínica, que seja algo que precisa de um envolvimento maior de um, um trabalho maior (M 1).

Quando o paciente vem, ele passa pela recepção, as meninas fazem uma pequena triagem para saber qual é o problema e a gente coloca como demanda espontânea do paciente (G 1).

Durante o processo de observação nas unidades estudadas, verificou-se que os usuários, ao buscarem o serviço, levam sua demanda para a recepção, que realiza a escuta, solicita o documento de identificação e/ou cartão do SUS, verifica se há cadastro no sistema PEC e-SUS e analisa a disponibilidade de vaga ou dialoga com médico e enfermeiro da equipe para possibilitar o atendimento.

Houve consenso entre os trabalhadores que atuam nas recepções das unidades da ocorrência de mudança significativa em suas rotinas de trabalho, a maioria relatou que anteriormente as agendas eram abertas para marcação de consultas programadas em dias específicos e após a sua saturação havia dificuldade para atendimento à demanda espontânea. Ressaltaram que após a implantação do acesso avançado a agenda tornou-se mais flexível e possibilitou a inserção da consulta do dia:

(...) foi um avanço, é bom dizer que muito grande, viu? Porque antes era um processo para a gente que é da recepção, então a gente recebia aqueles pacientes que a gente sabia que era a causa urgente, mas a agenda já tinha fechado semanalmente, não é. Antigamente a agenda era por semana, a gente marcava numa segunda ou numa sexta, dependendo da área e alcançando aquela semana, aí só na outra semana para marcar. E aí durante a semana viam pessoas desse tipo e a gente sabia que não tinha a possibilidade de atender, porque a gente já tinha alcançado, não é? (...) Com essa nova implantação, onde a gente pode acolher e a gente pode receber aquele paciente e saber que ele vai ser atendido, isso é muito gratificante pra gente como recepcionista (R 1).

O agendamento achei que ficou mais prático, né? (...) A gente pode ajudar melhor, porque você pode colocar no dia, resolver logo a situação, que antes você teria que agendar para depois. Não teria aquela oportunidade de fazer naquele momento (R 2).

Para mim ficou até melhor, porque a gente marca todos os dias, não fica aquele tumulto de pessoas. Então, quando era um dia na semana, que era um dia na semana, era horrível, era muito ruim, porque chegava aquele limite de vagas, acabava e hoje não, hoje a gente tem outra vida. Eu digo que eu tenho outra vida em relação a esse sistema, em relação a ter todos os dias marcação do que só ter 1 dia, para mim está ótimo (R 3).

Esse resultado corrobora com o que foi identificado no estudo de Fournier e outros

(2015), no que diz respeito à experiência vivenciada pela equipe administrativa de uma clínica com acesso avançado. Eles relataram menor confronto com os clientes, uma maior sensação de controle sobre o dia de trabalho e maior satisfação. Além disso, relataram um senso aprimorado de eficácia, relacionado à capacidade de atender às necessidades dos clientes mais prontamente do que em outros sistemas.

O resultado de melhoria na receptividade dos pacientes também foi identificado por Ahluwalia e Offredy (2005), em que os recepcionistas relataram que antes da implantação do acesso avançado eram vistos como “porteiros” ou “barreiras” ao acesso do paciente, principalmente quando havia escassez de vagas, fator que gerava confrontos. Após a implantação do acesso avançado, foi possível desempenhar um papel que oferece aos pacientes escolha e acesso, bem como de orientação, de forma que os profissionais passaram a ser vistos pelos pacientes como facilitadores.

Para alguns enfermeiros a implantação do acesso avançado interferiu pouco, ou não interferiu em suas rotinas de trabalho, considerando que já realizavam o atendimento diário à demanda espontânea.

O processo para nós da enfermagem, eu não vi muita mudança não, pelo menos aqui na unidade. A agenda da gente é bem flexível. (...) eu acho que a mudança é mais em relação aos médicos, a agenda médica (E 1).

Para a enfermeira não mudou muito, porque a gente sempre fez isso, né? Sempre atende a mais do que os pacientes marcados, agendados (E 3).

Deixa eu te falar, eu falo direto que eu sempre fiz acolhimento aqui, sempre fiz. Eu não senti mudança porque eu sempre falei, desde que eu estou aqui é sempre isso, o pessoal não pode me ver “quero dar uma palavrinha” aí eu puxo para a sala e converso, é um atendimento, é uma demanda espontânea (E 4).

Não mudou minha rotina, porque inclusive, eu considero um ganho porque eu nunca fui a favor da agenda engessada: hoje preventivo, amanhã grávida, depois puericultura, não, a gente consegue atender a todos os perfis de acordo com a demanda dos pacientes (E 5).

Com a expansão da APS, sobretudo das equipes de saúde da família no Brasil, o enfermeiro assumiu papel assistencial importante e um protagonismo nos serviços de saúde, atuando não somente na assistência direta aos pacientes e famílias, com o acolhimento ao usuário e o estabelecimento de vínculo, como também na função gerencial dos serviços (SOUZA *et al.*, 2020). Dessa forma, justifica-se o sentimento trazido nas falas de que a organização das agendas do enfermeiro já apresentava facilidade ao acesso dos usuários. No

entanto, o que foi possível observar nas unidades de saúde e nos discursos destes profissionais, é que antes o atendimento à demanda espontânea não era sistematizado, registrado nas agendas e prontuários dos pacientes, interferindo na visibilidade desse processo de acolhimento à demanda do dia.

Em relação à rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde, a indicação nas falas foi de que a implantação do acesso avançado melhorou a receptividade dos pacientes no território, tendo em vista que passaram a ter suas demandas atendidas no momento da necessidade.

Hoje é uma grande diferença. Quando eu busco a comunidade, faço a visita de cadastramento, visita periódica para saber como é que está a população e a gente, eu passo a orientação de estar sempre buscando a unidade, marcar consulta, apresentar os resultados de exames e assim eu consigo observar uma, vamos dizer assim, uma forma positiva de reação da população (A 2). Ah, me ajudou bastante, por isso que eu fiquei contente, porque eu posso chegar a uma situação de eu estar na área e o paciente me pedir uma situação de urgência, que necessita de eu chegar por telefone e pedir aos colegas da recepção, por favor, é uma coisa que eu preciso de encaixar essa paciente hoje e as meninas dizerem: “tá bom, vamos encaixar”. Então facilitou para mim, para o paciente e até para as meninas também. Então, para mim ficou bem mais prático de ter esse acesso (A 3).

Parece que pelo fato de ser colocado desse jeito todos os dias, parece que as vagas se multiplicaram. É o que que dá parecer, então não tem mais queixa, não tem mais queixa em relação ao atendimento interno. Então o que eu acho que facilita pra o lado da gente é não está ouvindo muita queixa do povo, porque tinha umas queixas que a gente não podia resolver. A gente tentava dizendo, não precisa ir 4 horas da manhã, não precisa, “mas se eu não for, eu não acho vaga”, e era terrível. Então, uma coisa que facilitou, vai fluindo, não é? Então, você já sabe que vai chegar em uma casa e não vai ter aquele terror, não vai ter aquela reclamação a respeito disso (A 4).

Esse resultado também foi identificado por Gonçalves Júnior (2022), na pesquisa realizada em Catanduva (São Paulo), na qual a percepção geral em relação à rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde foi de que a implantação do acesso avançado melhorou a receptividade dos pacientes, pois estes passaram a ter suas demandas atendidas de forma mais célere.

No que diz respeito à dinâmica nos turnos de trabalho, manhã e tarde, quando questionados se há diferença, a maioria dos trabalhadores respondeu que é a mesma dinâmica nos dois turnos, mas que o número de atendimento à demanda espontânea é maior pela manhã, como é possível observar abaixo:

Geralmente no turno da tarde o fluxo é menor, mas não é muito diferente, só a questão do fluxo mesmo (E 2).

O turno da manhã é muito mais procurado, né? O turno da tarde é bem mais tranquilo. Então, assim, enquanto o turno da manhã a gente enche a agenda do dia, o turno da tarde é esvaziado (E 3).

A diferença é que o turno da manhã o horário é maior, eu consigo atender mais pacientes do que no turno da tarde. O turno da tarde, o tempo é menor para atendimento (M 3).

Fournier e outros (2015) mencionaram em seu estudo, que a equipe administrativa observou que o volume de ligações telefônicas buscando atendimento é bastante alto pela manhã, principalmente devido a solicitações para serem atendidas no mesmo dia ou no dia seguinte, por problemas de saúde episódicos. Sabendo disso, a equipe administrativa é capaz de planejar seu tempo de trabalho de forma eficaz, deixando tarefas mais complexas para a tarde, quando o volume de chamadas é mínimo. A equipe administrativa relatou que essa previsibilidade apoiou a produtividade em outras áreas de sua função.

Algumas falas indicaram a necessidade de um treinamento específico para os trabalhadores da recepção, tendo em vista que esse primeiro contato e escuta são realizados por eles.

(...) eu acho que tem que ter um treinamento mais específico na recepção, para eles estarem entendendo o que que é consulta programada, o que que é a consulta do dia, o que que é a triagem (E 1).

“Facilitar, eu acredito que seja treinamento da equipe lá da triagem, que normalmente é o que causa assim uma barreira, né? (M 1).

(...) o próprio treinamento e esclarecimento dos funcionários de recepção, que são pessoas de administrativo, não são da área de saúde, então muitas vezes elas se confundem, não entendem do que pode ser colocado como consulta do dia ou não. Apesar da gente estar sempre reforçando quais são os critérios para uma consulta do dia e eu acho que basicamente é isso, o entendimento da população e dos colegas que estão nesse primeiro momento, que é a recepção (M 2).

No estudo realizado por Malham e outros (2017) em Quebec, foi identificado que fornecer suporte por meio de ferramenta de treinamento foi, segundo os entrevistados, essencial para adquirir as habilidades de como equilibrar a oferta e a demanda e converter a prática para esse novo modelo. A participação em treinamentos também foi uma oportunidade de aprendizado e um meio eficaz de disseminar as lições aprendidas a outros profissionais de saúde da unidade, que não se beneficiaram do treinamento.

5.3 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACESSO NAS UNIDADES DA APS

A partir da análise dos discursos transcritos, observou-se que a maioria dos usuários dos serviços relatou que diante da necessidade de um atendimento de saúde, seja agendado ou em demanda espontânea, buscam primeiro a unidade de saúde do seu bairro. Conforme falas descritas a seguir:

Primeiro procuro a unidade de saúde do meu bairro. Geralmente eu sou atendida porque eu sou uma pessoa prioridade, porque eu tenho pressão alta, já tive AVC. E quando eu preciso do médico eu sou atendida (U 3).

Eu prefiro vir até a unidade básica de saúde do que ir para um PA. Porque eu acho que aqui eu vou ter o que eu vim buscar. Eu consigo, vamos dizer assim, para aquela, aquela demanda, eu consigo resolver o problema daquele momento, eu consigo resolver na unidade básica de saúde (U 2).

Já aconteceu várias vezes comigo de ter uma emergência e obviamente que na emergência aqui é a unidade mais próxima da minha casa. Então, meu filho caiu, furou a cabeça (...), eu corri para cá, eles atenderam muito rápido, encaminharam para outra unidade. Várias outras vezes eu já vim aqui de início, mesmo sem agendamento, e eles atendem (U 4).

Embora estejam previstas no Decreto 7.580 de 28 de junho de 2011, outras portas de entrada no SUS (serviços de atenção às urgências e emergências, atenção psicossocial), a APS ainda é colocada como a entrada preferencial dos usuários.

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a porta de entrada dos serviços de saúde ocorre quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado diante de uma necessidade ou problema de saúde.

Para Giovanella e Mendonça (2008), o primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Desse modo, o serviço de atenção primária torna-se o ponto de início da rede e exerce o papel de filtro para acesso aos outros níveis.

Para alguns usuários essa porta de entrada não funciona adequadamente e impõe a necessidade de buscarem outros serviços para terem suas demandas atendidas:

Eu vou no 24 horas de Vila de Abrantes, porque aqui só atende quem está marcado. Vou mais lá quando eu preciso, quando tô passando mal ou as crianças passando mal (U 9).

Eu busco outras unidades, só uma única vez que eu busquei aqui e o atendimento não pôde ser feito, porque era uma coisa que aparentava ser grave. Aí não pôde ser feito aqui e eu fui para a UPA (U 7).

Cecílio, em 1997, já destacava que muitos usuários buscam o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e quando a unidade básica não acolhe as suas demandas e responde às suas necessidades, irão procurar respostas nos serviços de pronto atendimento, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária. Para estes usuários as unidades da atenção primária funcionam para alguns atendimentos específicos, sobretudo com agendamento prévio e horários rígidos.

Neste sentido, é comum afirmar que a população está acessando a rede pela porta de entrada “errada”, entretanto é adequado ratificar que as pessoas, diante de suas necessidades, entram no sistema por onde é possível. O que se tem como consequência é o atendimento inadequado, bem como, muitas vezes a utilização da tecnologia inapropriada para a demanda (CECÍLIO, 1997).

Outros usuários entrevistados trouxeram que a unidade de pronto atendimento deve ser acessada diante de uma demanda urgente ou de emergência, já a unidade de saúde da APS deve estar disponível para uma consulta rotineira e agendada previamente:

Se for consulta no dia a dia, é aqui. Na emergência, a gente sempre vai em Abrantes, Arembepe, mas pra consulta de rotina é aqui. Eu venho aqui quando não é emergência, como relatei, aí as meninas sempre dão um jeitinho de falar com a médica para atender. Geralmente, quando é febre, dor, eu vou para emergência (U 19).

Depende, porque tem problema que a pessoa tem que ir logo pra UPA, né? Tá com uma febre alta, dor de cabeça, pressão alta, aí vai na UPA. Se é pra marcar uma consulta com o médico, aí a gente vem aqui para marcar (U 16).

No estudo conduzido por Lima e Correia (2021) em uma unidade de saúde da família 24 horas, em que foi implantado o acesso avançado, os resultados encontrados apontaram para uma mudança no perfil de atendimentos da equipe, de um padrão anteriormente com predominância de consultas agendadas e a ocorrência de atendimentos classificados como de urgência, para um padrão com predominância de consultas do dia e desaparecimento dos atendimentos classificados como de urgência. Essa mudança no perfil do atendimento, segundo os autores, revelou o alinhamento com a intervenção realizada.

Fazendo a reflexão sobre a proposta do acesso avançado, que é o atendimento de toda a demanda no dia, sem diferenciá-la em urgência ou rotineira, bem como, com o que demonstrou

o estudo de Lima e Correia (2021), e trazendo as falas dos usuários entrevistados e os dados da observação realizada, sugere-se que o atendimento à demanda espontânea, nas unidades da APS do Distrito da Costa, ocorre em sua maioria para usuários com queixas agudas (urgências), entretanto para consultas de rotina e/ou acompanhamento da condição crônica, as demandas são agendadas para datas futuras.

Para consulta no dia eu procuro uma agente social pra poder ver se conseguem encaixar a gente, mas geralmente é um pouco difícil. Para marcar consulta, é só vir na recepção e marcar com a recepcionista, consegue vaga para a mesma semana ou uma semana depois (U 8).

Quando os usuários foram perguntados como fazem para acessar os atendimentos individuais em suas unidades de referência, seja em demanda espontânea ou programada, a maioria relatou que busca a recepção da unidade, levando a sua necessidade, e tem o atendimento no dia ou agendamento futuro, conforme relatos a seguir:

Eu procuro a recepcionista e explico a ela a situação. Aí ela me atende, me encaixa no mesmo dia, na mesma hora ou marca a consulta, quando tem vaga (U 3).

Eu chego, eu procuro primeiro o menino da recepção. Aí eu explico a situação a ele, ele compreende, chama o coordenador do posto, explica a situação e me encaixa. Ou a gente chega aqui, passa na recepção, pega a senha, ele chama a senha e a gente marca. Obviamente tem dias que a consulta é lá pra outro mês porque não tem vaga pra agora (U 4).

O dado apresentado nos discursos acima demonstra que, de modo geral, os usuários acessam os serviços ofertados pelas unidades da APS através da recepção, sem recorrerem a outros atores ou elementos intermediários para a obtenção dos cuidados em saúde. Segundo Merhy (2002), o cuidado em saúde depende exclusivamente dessa relação entre os sujeitos, e é a partir desses encontros que surgem a interação, a construção de vínculos, o envolvimento e a coparticipação, gerando impactos positivos nos problemas de saúde dos usuários.

No que diz respeito aos pontos positivos para o acesso ao atendimento em sua unidade de referência, após a implantação do acesso avançado, a maioria respondeu que o agendamento para consulta é facilitado, permitindo o atendimento no mesmo dia, na mesma semana ou no mês da procura.

Eu acho fácil pra marcar, antes era bem mais demorado, a gente vinha e às vezes demorava quase até um mês para a gente conseguir uma consulta aqui com um clínico. E agora está bem mais rápido, está bem melhor, porque agora eu vim hoje e com a demanda do dia, ele foi atendido hoje mesmo e não precisou voltar aqui outro dia (U 1).

Eu venho e consigo marcar, tem vaga, aí é bom (U 5).

Trata-se de um dado relevante trazido nas falas dos usuários e trabalhadores, que a partir do acesso facilitado para o atendimento no dia ou agendamento de consultas, houve redução das filas nos serviços da atenção primária. Entretanto, o que se observou nos discursos de alguns trabalhadores é que, com a garantia do agendamento futuro, o tempo de espera para a consulta tornou-se mais demorado:

Uma das dificuldades é esse distanciamento dos retornos que ficam para muito longe (E 1).

Segundo Lima e Correia (2021), o atendimento de toda demanda no mesmo dia, como é proposto no acesso avançado, é um desafio que solicita dos integrantes de uma mesma equipe engajamento e disposição no sentido da resolutividade. Quando isso não ocorre tem-se o acúmulo de trabalho para o futuro e um longo tempo de espera nas agendas.

Quando perguntados sobre os pontos negativos para o acesso aos cuidados de saúde, por reiteradas vezes os usuários responderam a dificuldade na marcação de exames complementares e consultas especializadas (regulação). Conforme falas a seguir:

A dificuldade mais, assim, que eu acho que é para marcação pra gente fazer os exames, que às vezes demora muito para marcar (U 15).

A dificuldade é a que eu expliquei, de marcação de exame. Porque se a médica passa uns exames pra mim, aí eu tenho que aguardar o tempo da chegada das vagas para poder marcar, a dificuldade é só essa (u 3).

A única coisa que eu tenho a reclamar de fato é a regulação, que é difícil de achar exames, vem a cota de exames, vem muito pouca e não dá, a demanda do povo é muita e não dá um tanto de exame que vem. É muito pouco (U 8).

O atributo da atenção primária à saúde denominado de integralidade, remete a uma carta de serviços que deve estar disponível na rede de atenção à saúde e ofertada aos usuários, para que tenham a garantia da atenção integral, tanto do ponto de vista da promoção à saúde, quanto da prevenção, cura e reabilitação.

Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessários aos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

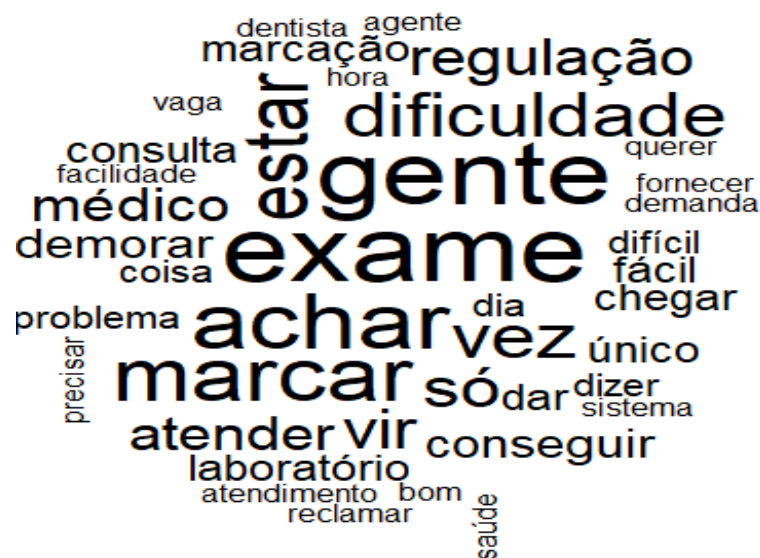
As falas dos usuários sugerem uma fragilidade no que diz respeito à continuidade do cuidado, já que revelam a dificuldade na realização dos exames solicitados e/ou na consulta com especialista, embora tenham o acesso facilitado à equipe da APS:

A única dificuldade que eu acho mesmo que tenha, é só a parte da regulação. Muitas vezes a gente tem a facilidade de chegar até o médico, médico passa aquelas determinadas requisições, especialidades, que não são feitas aqui e quando a gente chega na regulação a gente é barrado, não tem (U 2).

Conill (2004) ressalta que a avaliação das medidas de acesso está associada às questões relacionadas à integralidade. A autora traz que o conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Assim, não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos.

A nuvem de palavra (Figura 7) elaborada pelo software IRAMUTEQ, a partir dos discursos dos usuários no que se refere às facilidades e dificuldades encontradas para o acesso aos serviços de saúde, ratifica, nos vocábulos em destaque, a experiência vivenciada e relatada nas entrevistas.

Figura 7: Nuvem de Palavras gerada pelo software IRAMUTEQ, com base nas entrevistas dos usuários, 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

É possível observar que estão evidenciadas as palavras “exame”, “achar”, “marcar”, “dificuldade”, “regulação”, “gente”, fazendo referência à dificuldade encontrada para a marcação de exames complementares, embora tenham facilidade para acessar o atendimento com médico da APS, discursos demonstrados através dos vocábulos “consulta”, “facilidade” e

“médico”.

Outro ponto a ser observado, mencionado nas falas dos entrevistados, e presente na nuvem de palavras, trata-se da dificuldade para obter atendimento odontológico:

O dentista aqui é a única queixa, demora muito para conseguir atendimento (U 9).

Não tem consultório odontológico aqui (U 16).

A única coisa mesmo que pega assim é só dentista ali, muitas vezes por falta de equipamento para poder fazer o procedimento (U 11).

Neste estudo não foi incluída, entre os trabalhadores entrevistados, a equipe de saúde bucal, tendo em vista que no período da pandemia da COVID-19 os atendimentos odontológicos foram suspensos por diversas vezes, prezando pela segurança de usuários e profissionais, bem como, as agendas de odontologia adotaram a proposta do acesso avançado em período posterior à formatação dos demais profissionais. Fato que poderia interferir nos dados coletados e análises dos resultados.

Apesar das falas de alguns usuários, participantes do estudo, apontarem para as dificuldades e barreiras que comprometem o cuidado em saúde, foi possível identificar aspectos facilitadores na maioria dos discursos, como o vínculo com a equipe de saúde do território, o reconhecimento da unidade da APS como porta preferencial de entrada na rede de atenção à saúde, bem como, a facilidade de acesso aos serviços ofertados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou como ocorre o acesso à atenção primária à saúde nas unidades do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado. Para tanto, descreveu a dinâmica da organização do serviço nas unidades, agendamento / programação de consultas, rotina do trabalho com o uso da ferramenta, bem como, destacou as dificuldades e facilidades na garantia do acesso.

O método de pesquisa utilizado mostrou-se adequado para identificar que, na percepção dos trabalhadores da saúde e usuários do serviço, o acesso avançado é capaz de aumentar o acesso aos atendimentos / consultas nas unidades de saúde da APS, com consequente redução ou eliminação das filas de espera, sobretudo na madrugada. No entanto, torna-se essencial que sua implantação ocorra de maneira mais participativa, considerando os dados do território: população adscrita, perfil assistencial de cada unidade de saúde e a composição de sua equipe mínima.

Destaca-se que para a implantação do acesso avançado de forma efetiva, faz-se necessário o treinamento das equipes de saúde, a partir do embasamento teórico e científico, com a discussão dos seus princípios orientadores, considerando suas etapas preparatórias.

Identificou-se no estudo a ocorrência de mudança significativa na rotina de trabalho dos profissionais que atuam nas recepções das unidades, com relatos da satisfação em operar as agendas e não serem vistos como “barreiras” pelos usuários.

Também ficou evidenciado, que nas unidades estudadas prevalece uma variedade de configurações, adaptando o acesso avançado a outros modelos de agenda, adequando o uso da ferramenta à realidade local. Entretanto, mesmo não adotando o acesso avançado no formato original proposto, os modelos em uso demonstraram potencialidades na ampliação do acesso.

Como pontos negativos, ressalta-se a preocupação com a qualidade dos atendimentos, por conta do aumento no número de pacientes atendidos diariamente, com consequente redução no tempo de consulta, bem como, a sobrecarga de trabalho, sobretudo para médicos.

Ficou evidente nas falas dos usuários a fragilidade na continuidade do cuidado, tendo em vista que demonstraram a dificuldade de acesso aos exames complementares e consultas especializadas, embora relatem o acesso facilitado à equipe da APS.

Enquanto limitações deste estudo, pode-se destacar o envolvimento da pesquisadora com a realidade estudada, o que pode ter influenciado nos resultados. Bem como, a realização das entrevistas no decorrer da pandemia da COVID-19, ainda com a adoção de medidas restritivas nas unidades de saúde e com flutuações nos números de casos, ocasionando a interrupção da coleta de dados em alguns momentos, em decorrência do aumento no número de trabalhadores em afastamento por testagem positiva.

Considerando os resultados da pesquisa, acredita-se que são necessárias abordagens futuras quanto à necessidade de identificar novas variáveis, que devem ser incluídas na análise do impacto da implementação da ferramenta de acesso avançado, no que diz respeito à resolutividade, longitudinalidade, atenção às doenças crônicas, bem como, o acesso ao atendimento odontológico, nesse processo de trabalho que envolve o agendamento aberto.

Ao término desse estudo, como produtos finais teremos um treinamento abordando os conceitos relacionados à ferramenta de acesso avançado, suas premissas básicas e possibilidades de organização da dinâmica de trabalho, conforme programação descrita no Apêndice E. O treinamento será na modalidade online e estará disponível para todos os membros das equipes. Bem como, a produção de um artigo científico e posterior publicação.

REFERÊNCIAS

- AHLUWALIA, S.; OFFREDY, M. A qualitative study on the impact of the implementing of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. **BMC Family Practice**, vol. 6, n. 39, 2005. Disponível em: <https://doi:10.1186/1471-2296-6-39>. Acesso em: 05/03/2023.
- ALMEIDA, I. O. **Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família**: contexto e desafios de implantação. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas, SP, 2020.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, vol. 36, n.1, p:1-10, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2137284>. Acesso em: 18/09/2022.
- ASSIS, M. M. A.; *et al.* Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. In: SILVA R. M.; *et al.* (Orgs). **Estudos Qualitativos**: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral: Edições UVA, 2018. P. 29-47.
- ASSIS, M. M. A.; *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p. ISBN 978-85-232-0877-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523208776>. Acesso em: 10/09/2020.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 11, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 10/09/2020.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR. Salvador: SESAB, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009 [1977].
- BONELLO, A. A. D. L. M.; CORRÊA, C. R. S. Acessos aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 11, p. 4397-4406, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.13922013>. Acesso em: 02/10/2021.
- BRASIL, C. C.; *et al.* Reflexões sobre a Pesquisa Qualitativa na Saúde. In: SILVA R. M., *et al.* (Orgs). **Estudos Qualitativos**: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral: Edições UVA, 2018. P. 21-26.
- BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília.
- BRASIL. Decreto nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica – PNAB. Brasília – DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22/08/2020.

BRETON, M. *et al.* Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. **BMJ Open**, vol. 11, 2021. Disponível em: <https://doi:10.1136/bmjopen-2020-046411>. Acesso em: 30/01/2022.

CAMAÇARI. Nota Complementar nº 02 à Portaria nº 115/2021. Camaçari, 2021.

CAMAÇARI. Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021. Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado”. **Diário Oficial do Município**, Camaçari, BA, n. 1625, p. 4 de 16, 18 de março de 2021.

CAMAÇARI. Portaria nº 115/2021 de 20 de julho de 2021. Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado” e revoga a Portaria nº 024/2021. **Diário Oficial do Município**, Camaçari, BA, n. 1731, p. 8 de 26, 18 de agosto de 2021.

CAMAÇARI. Relatório Anual de Gestão 2022. **Relatório Anual de Gestão 2022**. Camaçari, 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 março de 2023.

CANUTO, L. E. *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da ESF que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. **Rev Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, vol. 16, n. 43, p. 2378, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378). Acesso em: 02/12/2021.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública** [Internet], vol.13, n.3, p. 469–78, jul 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>. Acesso em: 15/04/2023.

CIRINO, F. M. S. B.; *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia de Saúde da Família no município de Diadema, São Paulo. **Rev Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, vol. 15, n. 42, p. 2111, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em: 05/08/2021.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500038>. Acesso em 18/04/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de**

2012. Brasília, 12 dez. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 510, 07 de abril de 2016.** Brasília, 7 abr. 2016.

CURITIBA. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde.** 2014. 29p. Disponível em:
http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf.
 Acesso em: 30/01/2022.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 24/07/ 2021.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University, 2003.

FERREIRA, M. C. de M., VINAGRE, C. G. C. de M. e ARMOND, J. de E. (2021). Acesso Avançado e outras formas de acesso na Atenção Primária à Saúde: percepção dos usuários na região Sul do município de São Paulo. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, vol. 50, n. 2, p. 156-169, 2021. Disponível em:
<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/660/514>. Acesso em: 14/01/2022.

FORJUOH, S. N.; *et al.* Open-Access Appointment Scheduling in Family Practice: Comparison of a Demand Prediction Grid With Actual Appointments. **JABFP**, vol. 14, n. 4, p. 259-65, 2001. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/14/4/259.long>. Acesso em: 05/03/2023

FOURNIER, J.; *et al.* Implementation of an Advanced Access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. **Healthcare Quarterly**, vol.18, n.1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/hcq.2015.24241>. Acesso em: 10/10/2022.

GIOVANELLA, L.; *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, p. 783-794, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso em: 07/03/2021.

GIOVANELLA, L.; *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P. 575-625.

GONÇALVES JÚNIOR, R. C. **A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde:** experiência do município de Catanduva. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organização de Saúde) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2022.

GONÇALVES, M. R.; *et al.* **Desafios da atenção primária à saúde no Brasil.** UFRGS, Porto Alegre, 2017. 85 p.

GRANJA, G. F. *et al.* Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Research, Society and Development**. vol. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27710>. Acesso em: 25/02/2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos. Rio de Janeiro, 2021.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em 11/12/2021.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, vol. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>. Acesso em: 01/04/2023

LIMA, R. S.; CORREIA, I. B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, vol. 14, n. 41, p.2021, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)202](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)202). Acesso em: 05/08/2021.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635–656, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>. Acesso em: 02/05/2023

MALHAM, S. A. 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**, vol. 2017, p. 15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/1595406>. Acesso em: 25/02/2023.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Atualização da edição João Bosco Medeiros - 9. ed. - [Reimpr.]. São Paulo: Atlas, 2022.

MENDES, E.V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**, 2015, p. 71. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso em: 22/09/2020.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 11/12/2021.

MENDES, E. V. **O Acesso à Atenção Primária à Saúde**. Brasília, CONASS, 2017.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MOLINA, J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 42, n. e173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>. Acesso em: 22/09/2020.

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. EUA, **Rev. JAMA**, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>. Acesso em 11/12/2021.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manage**, vol. 7, n. 8, p. 45-50, 2000. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em 11/12/2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. spe, p. 158 – 64, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 22/08/2020.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, vol. 19, n. 2, p. 127-40, 1981. Disponível em: [doi:10.1097/00005650-198102000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001). Acesso em: 09/12/2022.

PIRES FILHO, L. A. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, vol. 43, n. 121, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0605.pdf>. Acesso em: 05/08/2021.

POSTAL, L. *et al.* Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>. Acesso em: 07/01/2022.

QUEIROZ, R. S. M. *at al.* Observação aplicada à pesquisa qualitativa. In: SILVA R. M., *et al.* (Orgs). **Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral: Edições UVA, 2018. P. 257-267.

ROSE D.; ROSS J. S.; HORWITZ L. I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Arch Intern Med.**, 2011 Jul vol. 171, n. 13, p. 1150-9, jul 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>. Acesso em: 18/09/2022.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 31, n. 3, p. 260–8, 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012. Acesso em: 02/10/2021.

SANTANA, J. S. S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. N. (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010. p. 69–86.

SOARES, L.; JUNQUEIRA, M. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. e031, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>. Acesso em: 18/03/2023.

SOUSA, P. H. S. F.; *et al.* Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, vol. 6, n. 10, p. 76157–76170, 2020. Disponível em: doi 10.34117/bjdv6n10-151. Acesso em: 03/04/2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STELET, B. P. *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. e00588191, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>. Acesso em: 21/02/2023.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869–883, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>. Acesso em: 17/10/2021

TRAVASSOS, C.; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 02/10/2021.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
Souza

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIDAL, T. B.; *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saúde Pública**, vol. 53, n. 38, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-38.pdf. Acesso em: 18/08/2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TRABALHADORES

Caracterização do trabalhador:

Código do trabalhador: _____ Data: ____/____/20____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo de atuação na unidade: _____

Formação do profissional: _____

Eixo 1 – Marcação / Agendamento

I. Quando as pessoas buscam a Unidade de Saúde para uma consulta no mesmo dia, como elas fazem, como se dá esse processo? (quando chegam, com quem falam, quanto esperam, com quem conversam,...)

- Que fatores podem facilitar ou dificultar que consigam ser atendidas?
- Quanto tempo esperam?
- É diferente nos dois turnos?
- Existe um dia específico de marcação de consultas na unidade?

Eixo 2 – Perfil de atendimento

II. Em sua opinião, as pessoas buscam consulta no dia para que tipo de problema:

- Somente para problemas agudos?
- Para problemas crônicos que agudizaram?
- Para qualquer situação, aguda ou não?
- Acha que todas as demandas trazidas pela população são demandas médicas?

Eixo 3 – Organização do serviço / do trabalho

III. Como era sua rotina de trabalho antes da implantação do acesso avançado e como é sua rotina de trabalho hoje? Quais são as principais mudanças?

Eixo 4 – Facilidades e dificuldades para o acesso

IV. Na sua visão, quais são os pontos positivos do acesso avançado? Quais são seus maiores benefícios, que podem levá-lo a ser expandido?

V. E quais são os pontos negativos do acesso avançado? Quais são suas maiores deficiências, que podem levá-lo a fracassar?

Eixo 5 – Avaliação do acesso avançado

VI. Em sua opinião, há algo que poderia ser feito diferente por você, para tentar diminuir as dificuldades de acesso? E pela equipe de saúde o que poderia ser feito para diminuir essas dificuldades?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS

Caracterização do usuário:

Código do usuário: _____ Data: ____/____/20__

Idade: _____ Grau de escolaridade: _____

Sexo: _____ Representação familiar: _____

O assunto da nossa conversa é sobre o acesso, conhecer um pouco mais sobre os fatores que facilitam e aqueles que dificultam o acesso dos usuários à unidade de saúde, assim gostaria de conhecer sua opinião.

Eixo 1 – Marcação / Agendamento

I. Quando você ou alguém da sua família precisa de um atendimento de saúde procura a unidade de saúde do seu bairro antes de ir a outro serviço de saúde?

II. Quando você ou sua família precisa de uma consulta no mesmo dia, como fazem?

Eixo 2 – Perfil de atendimento

III. Quais motivos levam você a buscar uma consulta no mesmo dia?

- Somente para problemas agudos?
- Para problemas crônicos que agudizaram?
- Para qualquer situação, aguda ou não?
- São sempre em busca de consulta médica?

Eixo 3 – Organização do serviço / do trabalho

IV. Como se faz para marcar uma consulta/atendimento na unidade de saúde do seu bairro?

Eixo 4 – Facilidades e dificuldades para o acesso

V. Quais as dificuldades e quais as facilidades para conseguir uma consulta?

VI. Em sua opinião, o que pode ser feito para facilitar o acesso?

APÊNDICE C – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Data ___/___/___ **Horário de início** ___: ___ **Horário de término** ___: ___

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade: _____ N° de equipes: _____

População adscrita: _____

Composição da equipe:

IDENTIFICAÇÃO DA DINÂMICA DE TRABALHO

1. Abordagem da equipe ao usuário que busca o serviço:

Observações:

--

2. Comportamento e expressões observadas durante o atendimento da equipe ao usuário em demanda espontânea:

Observações:

--

3. Interação da equipe no processo de atendimento / acolhimento do usuário:

Observações:

--

4. Dificuldades e facilidades identificadas para o atendimento / acolhimento à demanda espontânea:

Observações:

--

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Convidamos o Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da Pesquisa “Acesso Avançado na Atenção Primária como ferramenta de garantia do acesso no Município de Camaçari-BA, de responsabilidade da pesquisadora Ticiane Mota Sampaio Ferreira, orientada pela Professora Dra. Juliana Alves Leite Leal. A pesquisa pretende avaliar o acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde, nas unidades do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do Acesso Avançado. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o (a) Sr. (a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino, bem como, no seu atendimento na unidade de saúde. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não sofrerá nenhuma penalidade. Caso aceite, sua participação consiste em, através de um diálogo, em local (que pode ser o auditório da unidade de saúde ou sala reservada no Distrito Sanitário) e horário definidos com o (a) Sr(a), falar como tem ocorrido o acesso aos cuidados de saúde na unidade e como percebe a organização do trabalho da equipe de saúde para que ocorra o acesso. Os riscos decorrentes de sua participação estão nas respostas à entrevista, em que o sr. (a) pode se sentir constrangido (a) ou inibido (a) com os questionamentos, mas buscaremos minimizá-los de modo que se sinta o mais confortável possível. Os benefícios estão em estudar uma nova ferramenta de organização do processo de agendamento / acolhimento dos usuários nas unidades de saúde e em consequência a ampliação do acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde. As respostas serão mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora e da Instituição de Ensino e somente serão usadas para a construção da pesquisa aqui apresentada. Após o período de 3 anos de conclusão da pesquisa, os registros serão extinguidos. Os resultados do estudo serão analisados, publicados e estarão à sua disposição, bem como serão apresentados na unidade de saúde e na secretaria de saúde do município, mas garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação, saliento que utilizaremos uma nomeação numérica para identificar cada participante da pesquisa. Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente.

Rubricas: _____ (Participante)
 _____ (Pesquisador)

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. Para qualquer outra informação o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, UEFS – Módulo VI, Departamento de Saúde, Feira de Santana-BA ou pelo telefone (75) 3161-8089. Em caso de dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, o(a) Sr(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) no endereço Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, UEFS – Módulo I, MA17, Feira de Santana-BA ou pelo telefone (75) 3161-8124 e e-mail: cep@uefs.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Camaçari, ___/___/_____

Participante da pesquisa / Responsável legal

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Colaboradora

APÊNDICE E – APORTE PARA MANEJO DA FERRAMENTA ACESSO AVANÇADO

SOBRE O TREINAMENTO:

A partir do resultado do estudo, sobretudo dos discursos de alguns trabalhadores da saúde, identificou-se a importância de fornecer suporte por meio de treinamento às equipes, de modo que possa oportunizar as discussões sobre a temática do acesso avançado, instrumentalizando-as para o manejo da ferramenta, bem como, possibilitando a implementação de estratégias para equilibrar a oferta e a demanda, facilitando assim o acesso do usuário à porta de entrada preferencial da rede.

PÚBLICO-ALVO:

Trabalhadores das unidades da Atenção Primária à Saúde do Município de Camaçari-BA.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Atenção Primária à Saúde – atributos essenciais e derivados
- A APS na Rede de Atenção à Saúde
- Acesso e acessibilidade
- Perfis da oferta de serviços na APS
- Modelos de agendamento
- Acesso avançado: conceito, premissas básicas e etapas preparatórias

MODALIDADE:

Ensino à distância (EAD): o profissional poderá assistir ao conteúdo do treinamento por meio de videoaulas que ficarão disponíveis.

Após cadastro em formulário online, o profissional receberá via e-mail uma mensagem com o link para acesso às aulas.

CARGA HORÁRIA: 3 horas

APÊNDICE F – ARTIGO: Acesso avançado na atenção primária à saúde como ferramenta de garantia do acesso no Município de Camaçari

RESUMO

A atenção primária à saúde é considerada uma das principais portas de entrada e o eixo articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde - SUS e às Redes de Atenção à Saúde. Apesar dos avanços relacionados, sobretudo, na ampliação da oferta de serviços, esse acesso ainda constitui um desafio para o SUS. O acesso avançado apresenta-se como uma ferramenta inovadora, que possibilita a redução do tempo de espera no agendamento de consultas para cuidados primários em saúde, estando associada à ampliação do acesso e à redução ou eliminação das filas de espera. O presente estudo tem por objetivo geral: Analisar como ocorre o acesso à atenção primária à saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado. Bem como identificar os pontos positivos e negativos no uso da ferramenta. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como cenário unidades da APS de um Distrito Sanitário do Município de Camaçari-BA. Os participantes do estudo foram 24 trabalhadores de saúde (agente comunitário de saúde, enfermeiro, recepcionista, médico e gerente da unidade) e 20 usuários do serviço, totalizando 44 participantes. As técnicas de coleta de dados foram entrevista semiestruturada, análise documental e observação sistemática. Para análise dos dados utilizou-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A discussão ocorreu por meio de três categorias: Análise do acesso aos serviços de saúde a partir da implantação do acesso avançado; Dinâmica do trabalho das equipes com a nova ferramenta e Percepção dos usuários sobre o acesso nas unidades da APS. Em um contexto geral, os profissionais de saúde e usuários dos serviços, relataram que o acesso avançado traz benefícios, sobretudo na ampliação do acesso à demanda espontânea, pois permite que os usuários tenham suas demandas resolvidas no mesmo dia ou através de agendamentos em períodos mais curtos. No entanto, a forma como a ferramenta é implantada pode gerar uma sobrecarga de trabalho e aumentar os agendamentos para o futuro, comprometendo o tempo de espera para um atendimento rotineiro. Por outro lado, alguns discursos trouxeram a fragilidade na integralidade do cuidado, tendo em vista a dificuldade de acesso aos exames complementares e consultas especializadas, embora tenham o atendimento facilitado com sua equipe de referência da atenção primária. É possível concluir que o acesso avançado traz diversos benefícios, sobretudo na ampliação do acesso à porta de entrada preferencial das redes de atenção à saúde, mas a sua implantação, por si só, não é capaz de assegurar a continuidade do cuidado e a resolutividade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso; Acesso Avançado.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem defendido, desde a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária à saúde como potencial estratégia para alcançar a equidade e ganhos equitativos em saúde e no desenvolvimento humano. Nela afirma-se a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, que reafirmam a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, um movimento histórico de redemocratização alcançou, entre seus marcos, o fim do regime militar e a promulgação da Constituição Cidadã - Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, relevantes atores nacionais, como lideranças políticas, profissionais de saúde, intelectuais, movimentos estudantis e sindicais, agrupados no movimento da Reforma Sanitária, promoveram debates e reflexões que culminaram na transformação dos modelos de gestão e atenção à saúde, bem como, na garantia de um dos maiores sistemas de saúde do mundo na Constituição de 1988, que consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado (MOLINA, 2018).

Em 1991 e em 1994, surgiram as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária, momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Já em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestor federal e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção primária à saúde e reafirmou o Programa de Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da APS. Se configurando como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos, de acesso universal, devendo coordenar os cuidados na rede e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA *et al*, 2009).

A atenção primária à saúde, segundo Oliveira e Pereira (2013), é orientada por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A expressão “primeiro contato” implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O conceito de acesso é complexo e seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos, bem como outros que fazem distinção de significados.

Para Donabedian (2003), acesso e acessibilidade a ações e serviços de saúde têm significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde,

quando necessário, de modo fácil e conveniente. O autor destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Para Starfield (2002), acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Já acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde, refletindo a entrada na rede de atenção.

Penchansky e Thomas (1981) trazem o conceito de acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, o acesso é apresentado pelos autores como um conceito geral que resume um conjunto de dimensões mais específicas que descrevem a adequação entre o paciente e o sistema de saúde. As dimensões específicas são: disponibilidade e acomodação de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, que caracteriza como o ajuste entre a distribuição geográfica dos serviços e os usuários; acolhimento, que representa a forma de organização dos serviços para receber os usuários e a capacidade com que estes se adaptam; aceitabilidade, que relaciona as atitudes de usuários e profissionais acerca das características e práticas de cada um.

Apesar de avanços relacionados, sobretudo, na ampliação da oferta de serviços da rede de atenção à saúde, o acesso ainda constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde. São muitos os fatores que dificultam esse acesso: a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, bem como de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde (TESSER; NORMAN, 2014).

Um exemplo dessas dificuldades e aproximando ao cenário que se pretende estudar, o município de Camaçari apresentava frequentes ausências de vagas nas agendas dos profissionais, bem como, demora para agendar consultas nas unidades da APS, repercutindo na avaliação dos seus atributos essenciais. A partir de então, a Secretaria de Saúde do Município (setembro de 2020) iniciou a implantação da ferramenta de agendamento acesso avançado em suas unidades da atenção primária à saúde, na tentativa de operar mudanças no modelo organizacional.

De acordo com Vidal e colaboradores (2019), mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera por um atendimento na APS, o que

representa a incapacidade dos serviços de saúde em ofertar acesso oportuno e acarreta experiências negativas, evitáveis para os usuários.

Uma das formas atuais de prover o acesso na APS, segundo Pires Filho e outros (2019), é por meio do modelo de agendamento acesso avançado, também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia. Esse modelo permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde, com seus profissionais de referência, no momento de sua necessidade ou escolha.

O acesso avançado tem uma regra de ouro: “Faça hoje, o trabalho de hoje”. É uma forma de organização do serviço, permitindo que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção. Este sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em até 48 horas, favorecendo a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem recursos adicionais (CIRINO *et al*, 2020).

É um modelo que foi proposto nos Estados Unidos, no final da década de 90, por Murray e Tantau (2000), como uma reconstrução do sistema de agendamento de uma APS saturada no norte da Califórnia, e passou a ser implementado em outras unidades de saúde em diferentes países, desde então. O acesso avançado baseia-se em cinco pilares: 1- equilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, 2- redução no atraso ao atendimento, 3- revisão do sistema de agendamento, 4- integração de práticas interprofissionais e 5- desenvolvimento de planos de contingência.

No Brasil, desde 2014, algumas experiências de implantação de acesso avançado foram conduzidas localmente (CANUTO, 2021; CIRINO, 2020; PIRES FILHO, 2019; GRANJA, 2022; LIMA, 2021). Essa intervenção não foi incluída em nenhuma orientação nacional, e várias iniciativas foram realizadas pelas equipes de APS na tentativa de atender às demandas locais (VIDAL *et al*, 2019).

Diante das questões apresentadas e da relevância em estudar as contribuições, limitações e desafios do acesso avançado no contexto da APS, este artigo tem como objetivo analisar como ocorre o acesso à atenção primária à saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado, destacando os pontos positivos e negativos na percepção de trabalhadores da saúde e usuários dos serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, a qual possibilita responder a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser

quantificado, ou seja, trabalha com o universo dos significados, das aspirações, das crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

O cenário do estudo foi composto por unidades de saúde da APS do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, tendo em vista que foi o pioneiro na implantação da ferramenta de acesso avançado. O Município está localizado na Região Metropolitana de Salvador, a 50 km da capital, e é conhecido como "Cidade Industrial", por abrigar o Polo Industrial. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), tem uma população estimada em 309.208 mil habitantes, uma área territorial de 785,421 km², e densidade demográfica de 387,8 hab./km².

Camaçari é dividida em dois Distritos Sanitários de Saúde, um localizado na Sede e outro na Costa, que incorpora a divisão distrital municipal de Abrantes e Monte Gordo. Os Distritos Sanitários de Saúde são compostos por nove Regiões de Saúde (seis na Sede e três na Costa) e quarenta e duas (42) unidades da APS, sendo dezesseis (16) delas no Distrito Sanitário de Saúde da Costa, distribuídas nas três Regiões de Saúde.

Participaram do estudo 24 trabalhadores de saúde, entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, recepcionistas e gerentes das unidades, e 20 usuários do território de cinco unidades de saúde da APS.

A produção dos dados da pesquisa ocorreu através de fontes primárias, com a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e usuários do serviço. De forma complementar, realizou-se a observação sistemática, a análise documental (Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021, Portaria nº 115/2021 de 20 de julho de 2021 e Nota Complementar nº 02 à Portaria nº 115/2021 - publicadas pelo município) e a extração de dados do sistema de informação (e-SUS APS), compondo os dados de fontes secundárias.

Os diálogos foram gravados, transcritos, em seguida procedeu-se com a análise utilizando-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), bem como, a construção de “corpus textual” a ser utilizado pelo software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para processamento e construção da nuvem de palavras.

Conforme a proposta elaborada por Bardin, a análise apresentou três fases: 1ª pré-análise com leitura flutuante e destaque de trechos significativos para o estudo; 2ª exploração do material, onde realizou-se a construção do quadro matriz e classificação dos dados a partir dos seguintes eixos: marcação / agendamento, perfil de atendimento, organização do serviço / trabalho, facilidades e dificuldades para o acesso e avaliação do acesso avançado; e na 3ª fase o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta última fase foi utilizada a

triangulação dos dados (entrevistas, observação e análise documental), fundamentando as análises no referencial teórico utilizado para construção do estudo.

Antes da coleta de dados o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, para o cumprimento das exigências de proteção aos participantes, respeitando os aspectos éticos e observando as normativas estabelecidas nas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016. Sendo aprovado em 28 de setembro de 2022, com número CAE: 59109822.0.0000.0053.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O perfil dos trabalhadores de saúde que participaram do estudo está descrito na Tabela 1. Como é possível observar a maioria é do sexo feminino (79%), com idades distribuídas entre vinte e nove (29) e cinquenta e nove (59) anos, sendo maior a porcentagem na faixa etária entre quarenta (40) e quarenta e nove (49) anos (62,5%). No que diz respeito à escolaridade, 62,5% relataram ter cursado o ensino superior completo. Já o tempo de atuação na unidade de saúde, 70,8% estão atuando há menos de 6 anos na unidade.

Tabela 3: Caracterização dos trabalhadores de saúde, Camaçari – BA, 2023.

	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Categoria profissional	Enfermeiro	07	29,2%
	ACS	06	25%
	Recepcionista	05	20,8%
	Médico	04	16,7%
	Gerente	02	8,3%
Sexo	Feminino	19	79%
	Masculino	05	21%
Faixa etária	Até 29 anos	03	12,5%
	30 – 39 anos	03	12,5%
	40 – 49 anos	15	62,5%
	50 – 59 anos	03	12,5%
Escolaridade	Ensino Médio completo	08	33,3%
	Ensino Superior incompleto	01	4,2%
	Ensino Superior completo	15	62,5%
Tempo de atuação na unidade	2 – 5 anos	17	70,8%
	6 – 9 anos	03	12,5%
	Acima de 10 anos	04	16,7%

Fonte: Autoria própria (2023).

É importante destacar que dos sete (07) enfermeiros entrevistados, quatro (04) exercem a função assistencial e gerencial no serviço de saúde. Para Leal e Melo (2018), a natureza do trabalho exercido confere ao enfermeiro a capacidade de articulação do processo de trabalho

em enfermagem e do processo de trabalho em saúde. Por isso, este profissional é considerado um gerente intermediário, pela posição que ocupa na organização, sendo primordial na execução de políticas de saúde e nos processos de mudanças no nível macro e micro do sistema de saúde. Destaca-se que o lugar ocupado pelo enfermeiro está localizado entre a organização empregadora e as demais categorias de trabalhadores da saúde.

No que diz respeito ao perfil dos usuários dos serviços que participaram do estudo, 100% são do sexo feminino, distribuídas na faixa etária entre vinte e três (23) e sessenta e sete (67) anos, a maioria com idade abaixo de vinte e nove (29) anos (30%), 50% com ensino médio completo e 60% relataram serem as responsáveis por suas famílias. Conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 4: Caracterização dos usuários da saúde, Camaçari – BA, 2023.

	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	20	100%
	Masculino	-	-
Faixa etária	Até 29 anos	06	30%
	30 – 39 anos	02	10%
	40 – 49 anos	05	25%
	50 – 59 anos	04	20%
	60 anos e +	03	15%
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	02	10%
	Ensino Fundamental completo	02	10%
	Ensino Médio incompleto	04	20%
	Ensino Médio completo	10	50%
	Ensino Superior completo	02	10%
Representação familiar	Responsável familiar sem filhos	04	20%
	Mãe e responsável familiar	06	30%
	Mãe, avó e responsável familiar	02	10%
	Mãe	08	40%

Fonte: Autoria própria (2023).

A partir da análise dos discursos transcritos, observou-se que a maioria dos usuários dos serviços (73,7%) relatou que diante da necessidade de um atendimento de saúde, seja agendado ou em demanda espontânea, buscam primeiro a unidade de saúde do seu bairro:

Primeiro procuro a unidade de saúde do meu bairro. Geralmente eu sou atendida porque eu sou uma pessoa prioridade, porque eu tenho pressão alta, já tive AVC. E quando eu preciso do médico eu sou atendida (U 3).

Eu prefiro vir até a unidade básica de saúde do que ir para um PA. Porque eu acho que aqui eu vou ter o que eu vim buscar. Eu consigo, vamos dizer assim, para aquela, aquela demanda, eu consigo resolver o problema daquele momento, eu consigo resolver na unidade básica de saúde (U 2).

Embora estejam previstas no Decreto 7.580 de 28 de junho de 2011, outras portas de

entrada no SUS (serviços de atenção às urgências e emergências, atenção psicossocial), a APS ainda é colocada como a entrada preferencial dos usuários.

A porta de entrada da rede de saúde ocorre quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado diante de uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para alguns usuários (10,5%) essa porta de entrada não funciona adequadamente e impõe a necessidade de buscarem outros serviços para terem suas demandas atendidas:

Eu vou no 24 horas de Vila de Abrantes, porque aqui só atende quem está marcado. Vou mais lá quando eu preciso, quando tô passando mal ou as crianças passando mal (U 9).

Cecílio, em 1997, já destacava que muitos usuários buscam o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e quando a unidade básica não acolhe as suas demandas e responde às suas necessidades, irão procurar respostas nos serviços de pronto atendimento, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas na atenção primária. Para estes usuários as unidades da atenção primária funcionam para alguns atendimentos específicos, sobretudo com agendamento prévio e horários rígidos.

No que diz respeito ao acesso, observou-se que houve consenso entre os trabalhadores e para a maioria dos usuários, de que o acesso avançado facilitou e/ou ampliou o acolhimento / atendimento à demanda espontânea, permitindo resolver os problemas no mesmo dia ou em até vinte e quatro (24) horas. Dados demonstrados nas falas a seguir:

(...) a gente consegue acolher essa demanda livre, essa demanda espontânea toda, eles não vão embora sem serem atendidos por causa dessa agenda nova, que é programada e o acolhido do dia (M 3).

Eu acho fácil pra marcar, antes era bem mais demorado, a gente vinha e às vezes demorava quase até um mês para a gente conseguir uma consulta aqui com um clínico. E agora está bem mais rápido, está bem melhor, porque agora eu vim hoje e com a demanda do dia, ele foi atendido hoje mesmo e não precisou voltar aqui outro dia (U 1).

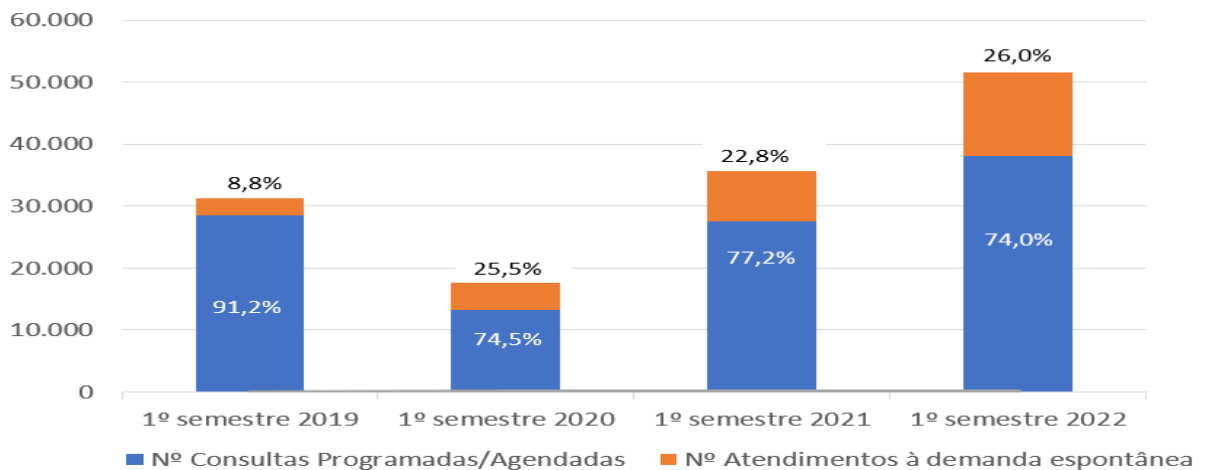
Esse achado corrobora com a proposta elaborada por Murray e Tantau (2000) que tem uma regra de ouro: “fazer hoje o trabalho de hoje”. O que significa oferecer aos usuários consultas com sua equipe de referência no mesmo dia ou no dia seguinte em que buscam o serviço de saúde, independentemente do motivo da procura: queixas agudas, consultas de seguimento, orientações ou ações preventivas.

O dado apresentado também mostra-se consistente com o identificado no estudo de Cirino e colaboradores (2020), em que aponta que o acesso avançado mostrou ser uma estratégia viável de ampliação do acesso e de organização da agenda, pois, após sua

implantação, a unidade estudada passou a atender o dobro de usuários em relação aos meses anteriores.

Com base nos dados coletados no sistema e-SUS APS, Gráfico 1, a série histórica do primeiro semestre dos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022 demonstra que há uma tendência de crescimento no número de atendimentos individuais realizados nas unidades de saúde da APS do Distrito Sanitário da Costa, bem como, pode-se verificar a relação em percentual de consultas agendadas / programadas e o atendimento à demanda espontânea, que no primeiro semestre de 2019 estava em 8,8%, alcançando 26% em 2022, demonstrando uma crescente, enquanto as consultas programadas reduziram de 91,2% para 74%.

Gráfico 2: Série histórica do número total de atendimentos, com o percentual de consultas programadas / agendadas e os atendimentos à demanda espontânea, Camaçari – BA.



Fonte: PEC e-SUS APS, 2023.

Analisando o mesmo Gráfico, percebe-se que, apesar do aumento no número de atendimentos individuais realizados pelas equipes, o que sugere um incremento no acesso dos usuários à APS, o percentual de consultas programadas / agendadas ainda supera a demanda espontânea. O dado demonstra que prevalece o agendamento para o futuro, mesmo com a publicação da Portaria nº 024/2021, em Diário Oficial do Município de 18 de março de 2021, orientando as equipes quanto à formatação das novas agendas. Esse achado pode ser explicado pela insegurança das equipes no uso da ferramenta acesso avançado, bem como, em assumirem novas formas na dinâmica de trabalho, e/ou deixarem de utilizar a agenda programática (organizada por ciclo de vida e/ou programa) e implementarem o “agendamento aberto”.

Eu acho que um ponto negativo é não usar as agendas do dia para atendimento. Porque a gente percebe que alguns profissionais ainda têm uma resistência em atender a agenda do dia. Então eu acho que tem que ter no profissional, tanto na gerência, como no recepcionista, esse cuidado de falar

(...) e não acatar só o que o profissional solicita (E 3).

O dado acima corrobora com o discurso de 15,8% dos usuários entrevistados, em que apontam que unidade de saúde da APS deve ser acessada para consulta rotineira e agendada previamente:

Se for consulta no dia a dia, é aqui. Na emergência, a gente sempre vai em Abrantes, Arembepe, mas pra consulta de rotina é aqui. Eu venho aqui quando não é emergência, como relatei, aí as meninas sempre dão um jeitinho de falar com a médica para atender. Geralmente, quando é febre, dor, eu vou para emergência (U 19).

A partir da observação da dinâmica de trabalho das equipes, bem como, de relatos de trabalhadores, percebeu-se que a ferramenta de acesso avançado não é seguida no seu formato original e sim, adaptada conforme a necessidade do território, a saber:

(...) eu não vou dizer que a gente faz um acesso avançado de manual de almanaque, não, porque no acesso avançado você tem os horários específicos, discriminados na agenda que você não pode operá-los. Os casos de urgência, pode estar com a agenda cheia, se for urgência a gente vai ter que atender, independente de estar na agenda, de ter vaga na agenda ou não, um caso de urgência tem que atender. Então a gente faz assim, um acesso avançado, mas que nós criamos uma rotina em cima desse acesso avançado e que tem funcionado bem dessa forma (E 5).

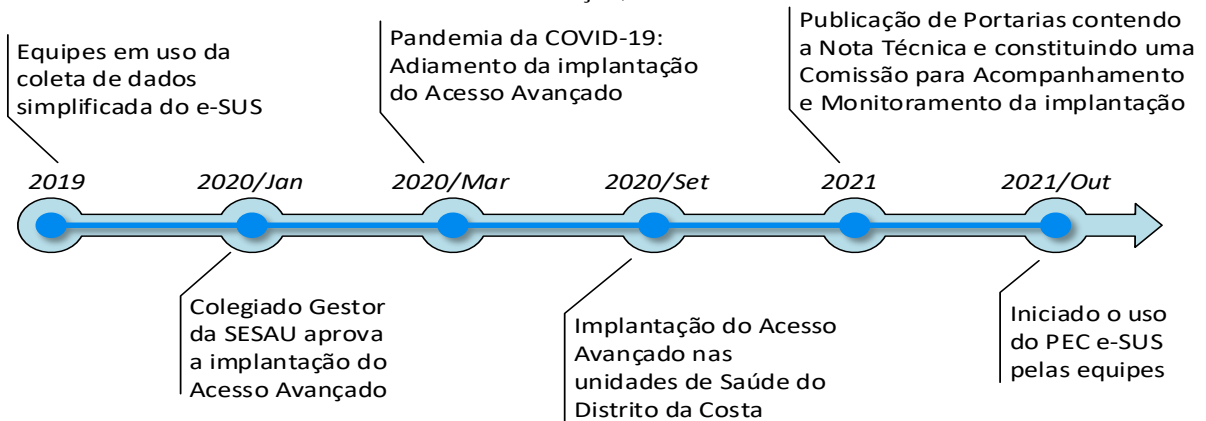
Ainda que o conceito de AA desenvolvido há mais de 20 anos por Murray e Tantau permaneça atual, ele precisa ser adaptado ao contexto contemporâneo e às realidades locais (BRETON *et al*, 2021).

No trabalho de Ferreira, Vinagre e Armond (2021), as UBS estudadas trabalham com uma variedade de configurações, adaptando o acesso avançado a outros modelos de agenda e, conseqüentemente, de entrada na APS. Parece ser uma maneira de adequar a demanda às realidades locais de forma criativa, não “engessando” o serviço dentro de um modelo de acesso pré-estabelecido. Mesmo que não se pretenda adotar o acesso avançado em sua forma integral, os modelos utilizados demonstraram potencialidades que podem ajudar na ampliação do acesso.

Fazendo a correlação da análise do acesso aos serviços de saúde, com os marcos relevantes para a APS do Distrito Sanitário da Costa, no período de 2019 a 2021 (Figura 1), é importante salientar que no primeiro trimestre de 2020 teve início a pandemia da Covid-19, alterando a rotina e dinâmica de trabalho das equipes, com perceptível redução no número de atendimentos (Gráfico 1). Já em setembro de 2020, em meio à pandemia da COVID-19, foi iniciada a implantação da ferramenta acesso avançado nas unidades de saúde da atenção primária do Distrito Sanitário da Costa, com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários, sobretudo na demanda espontânea.

Em outubro de 2021 iniciou-se o uso do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) da estratégia e-SUS em todas as unidades da APS do Distrito Sanitário da Costa. Essa ferramenta possibilitou a qualificação dos dados no sistema de informação oficial, permitindo a visualização das informações, contidas no prontuário, por outros membros da equipe, bem como, reduzindo o número de dados perdidos no decorrer do atendimento. Ressalta-se que nos anos anteriores as equipes alimentavam os dados de atendimento dos usuários através das fichas de coleta de dados simplificada do sistema e-SUS, como é possível observar na linha do tempo da Figura 1.

Figura 1: Linha do tempo com marcos relevantes para análise do acesso à APS do Distrito Sanitário da Costa – Camaçari, 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

Apesar das Portarias e Notas Técnicas terem sido publicadas no ano de 2021, o início das discussões com os gestores municipais sobre a temática, bem como, a elaboração de parâmetros para a construção das novas agendas, ocorreram a partir de janeiro de 2020. Após esses encontros, procedeu-se com o processo de educação em serviço e reuniões com gerentes das unidades e suas equipes, para apresentação da proposta e esclarecimentos sobre a nova ferramenta.

Outro aspecto trazido nos discursos dos trabalhadores por reiteradas vezes, foi a redução das filas que se formavam na madrugada para marcação / agendamento de consultas nas unidades.

Graças a essa implementação do acesso avançado, as pessoas não precisam mais chegar de madrugada aqui para marcar a sua consulta e ter o seu atendimento (A 2).

Antigamente no município a gente fazia o agendamento semanal, mas da mesma maneira não tinha vaga suficiente para a quantidade de pessoas que vinham procurar o posto. Muitas pessoas acabavam dormindo na fila de madrugada (...). (M 2).

Esse é um cenário presente nas unidades da APS em muitas cidades no Brasil, caracterizado pela formação de filas para conseguir atendimento nos serviços de saúde, o que causa prejuízo ao acesso dos usuários, que precisam chegar muito cedo à unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir pegar uma ficha para o agendamento de consultas (LIMA *et al*, 2014).

No estudo realizado por Granja e outros (2022) no município de São Paulo, os discursos dos profissionais de saúde demonstraram que a implantação do modelo de acesso avançado organizou o fluxo e evitou longas filas de espera nas unidades de saúde, corroborando com o que foi evidenciado nas falas acima.

Ressalta-se que foi observado que as unidades deixaram de adotar um dia específico para a abertura das agendas dos profissionais e passaram a realizar o atendimento no dia ou agendamento da consulta programada diariamente.

Para alguns trabalhadores o modelo deixa a desejar na qualidade do atendimento, pois reduziu o tempo de consulta com o paciente, bem como, apresentou um tempo prolongado de espera para uma consulta programada, o que pode implicar na longitudinalidade do cuidado:

A grande mudança é que a gente perdeu muito o tempo de consulta. Porque, como aumentou, como dobrou praticamente o número de consultas que a gente faz, seja ela agendada ou do dia, (...) acabou que a gente tem menos tempo com o paciente. Na minha opinião diminuiu bastante a qualidade com relação a você conhecer o paciente, com relação ao que eu entendo como medicina de família, que é você interagir mais com o paciente, não só com o problema pontual ou o problema crônico do paciente, mas conhecer aquele paciente de uma maneira mais global (M 2).

Uma das dificuldades é esse distanciamento dos retornos que ficam para muito longe (E 1).

Esse resultado também foi identificado no estudo realizado em uma unidade de saúde de Campinas (ALMEIDA, 2020), no qual para alguns membros da equipe, o pequeno tempo disponível para atendimento do usuário 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.

Para Granja e outros (2022), a implementação do modelo de acesso avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia e em maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios, tais como o método centrado na pessoa.

No que diz respeito ao tempo de espera para a realização de consulta, as falas apresentadas contradizem o estudo realizado em uma unidade de saúde do interior do estado de São Paulo (PIRES FILHO *et al*, 2019), em que os resultados encontrados apontaram para uma diminuição significativa do tempo de espera para consulta, mostrando-se compatível com a

maioria dos resultados da literatura revisada no mesmo estudo.

Para 63% dos usuários, um dos pontos negativos para o acesso aos cuidados de saúde está na dificuldade para marcação de exames complementares e consultas especializadas:

A dificuldade mais, assim, que eu acho que é para marcação pra gente fazer os exames, que às vezes demora muito para marcar (U 15).

A dificuldade é a que eu expliquei, de marcação de exame. Porque se a médica passa uns exames pra mim, aí eu tenho que aguardar o tempo da chegada das vagas para poder marcar, a dificuldade é só essa (U 3).

O atributo da atenção primária à saúde denominado de integralidade, remete a uma carta de serviços que deve estar disponível na rede de atenção à saúde e ofertada aos usuários, para que tenham a garantia da atenção integral, tanto do ponto de vista da promoção à saúde, quanto da prevenção, cura e reabilitação.

Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

As falas dos usuários sugerem uma fragilidade no que diz respeito à continuidade do cuidado, já que revelam a dificuldade na realização dos exames solicitados e/ou na consulta com especialista, embora tenham o acesso facilitado à equipe da APS:

A única dificuldade que eu acho mesmo que tenha, é só a parte da regulação. Muitas vezes a gente tem a facilidade de chegar até o médico, médico passa aquelas determinadas requisições, especialidades, que não são feitas aqui e quando a gente chega na regulação a gente é barrado, não tem (U 2).

Conill (2004) ressalta que a avaliação das medidas de acesso está associada às questões relacionadas à integralidade. A autora traz que o conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Assim, não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos.

A nuvem de palavra (Figura 2) elaborada pelo software IRAMUTEQ, a partir dos discursos dos usuários no que se refere às facilidades e dificuldades encontradas para o acesso aos serviços de saúde, ratifica, nos vocábulos em destaque, a experiência vivenciada e relatada nas entrevistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou como ocorre o acesso à atenção primária à saúde nas unidades da APS do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do acesso avançado.

O método de pesquisa utilizado mostrou-se adequado para identificar que, na percepção dos trabalhadores da saúde e usuários do serviço, o acesso avançado é capaz de aumentar o acesso aos atendimentos / consultas nas unidades de saúde da APS, com conseqüente redução ou eliminação das filas de espera, sobretudo na madrugada. No entanto, torna-se essencial que a implantação ocorra de maneira mais participativa, considerando os dados do território: população adscrita, perfil assistencial de cada unidade de saúde e a composição de sua equipe mínima.

Destaca-se que para a implantação do acesso avançado de forma efetiva, faz-se necessário o treinamento das equipes de saúde, a partir do embasamento teórico e científico, com a discussão dos seus princípios orientadores, considerando suas etapas preparatórias.

Evidenciou-se também que, nas unidades estudadas, prevalece uma variedade de configurações, adaptando o acesso avançado a outros modelos de agenda, adequando o uso da ferramenta à realidade local. Entretanto, mesmo não adotando o acesso avançado no formato original proposto, os modelos em uso demonstraram potencialidades na ampliação do acesso.

Como pontos negativos, ressalta-se a preocupação com a qualidade dos atendimentos, por conta do aumento no número de pacientes atendidos diariamente, com conseqüente redução no tempo de consulta, bem como, a sobrecarga de trabalho, sobretudo para médicos.

Bem como, ficou evidente nas falas dos usuários a fragilidade na continuidade do cuidado, tendo em vista que demonstraram a dificuldade de acesso aos exames complementares e consultas especializadas, embora relatem o acesso facilitado à equipe da APS.

Enquanto limitações deste estudo, pode-se destacar o envolvimento da pesquisadora com a realidade estudada, o que pode ter influenciado nos resultados. Bem como, a realização das entrevistas no decorrer da pandemia da COVID-19, ainda com a adoção de medidas restritivas nas unidades de saúde e com flutuações nos números de casos, ocasionando a interrupção da coleta de dados em alguns momentos, em decorrência do aumento do número de trabalhadores em afastamento por testagem positiva.

Considerando os resultados da pesquisa, acredita-se que são necessárias abordagens futuras quanto à necessidade de identificar novas variáveis, que devem ser incluídas na análise

do impacto da implementação da ferramenta acesso avançado, no que diz respeito à resolutividade, longitudinalidade, atenção às doenças crônicas, bem como, o acesso ao atendimento odontológico, nesse processo de trabalho que envolve o agendamento aberto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. O. **Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família: contexto e desafios de implantação.** Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas, SP, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009 [1977].
- BRASIL. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília.
- BRETON, M. *et al.* Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. **BMJ Open**, vol. 11, 2021. Disponível em: <https://doi:10.1136/bmjopen-2020-046411>. Acesso em: 30/01/2022.
- CAMAÇARI. Nota Complementar nº 02 à Portaria nº 115/2021. Camaçari, 2021.
- CAMAÇARI. Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021. Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado”. **Diário Oficial do Município**, Camaçari, BA, n. 1625, p. 4 de 16, 18 de março de 2021.
- CAMAÇARI. Portaria nº 115/2021 de 20 de julho de 2021. Estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado” e revoga a Portaria nº 024/2021. **Diário Oficial do Município**, Camaçari, BA, n. 1731, p. 8 de 26, 18 de agosto de 2021.
- CANUTO, L. E. *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da ESF. **Rev Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, vol. 16, n. 43, p. 2378, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378). Acesso em: 02/12/2021.
- CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública** [Internet], vol.13, n.3, p. 469–78, jul 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>. Acesso em: 15/04/2023.
- CIRINO, F. M. S. B.; *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia de Saúde da Família no município de Diadema, São Paulo. **Rev Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, vol. 15, n. 42, p. 2111, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em: 05/08/2021.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500038>. Acesso em 18/04/2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 12 dez. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 510, 07 de abril de 2016**. Brasília, 7 abr. 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf [acessado em 24/07/2021].

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

GIOVANELLA, L.; *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, p. 783-794, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso em: 07/03/2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P. 575-625.

GRANJA, G. F. *et al.* Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Research, Society and Development**. vol. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27710>. Acesso em: 25/02/2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos. Rio de Janeiro, 2021.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, vol. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>. Acesso em: 01/04/2023

LIMA, R. S.; CORREIA, I. B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, vol. 14, n. 41, p.2021, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)202](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)202). Acesso em: 05/08/2021.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635–656, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>. Acesso em: 02/05/2023

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MOLINA, J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 42, n. e173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>. Acesso em: 22/09/2020.

MURRAY, M. e TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manage**, vol. 7, n. 8, p. 45-50, 2000. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em 11/12/2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. spe, p. 158 – 64, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 22/08/2020.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, vol. 19, n. 2, p. 127-40, 1981. Disponível em: doi:10.1097/00005650-198102000-00001. Acesso em: 09/12/2022.

PIRES FILHO, L. A. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, vol. 43, n. 121, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0605.pdf>. Acesso em: 05/08/2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869–883, jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>. Acesso em: 17/10/2021

VIDAL, T. B.; *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saúde Pública**, vol. 53, n. 38, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-38.pdf. Acesso em: 18/08/2020.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO FERRAMENTA DE GARANTIA DO ACESSO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI - BA

Pesquisador: TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59109822.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.670.423

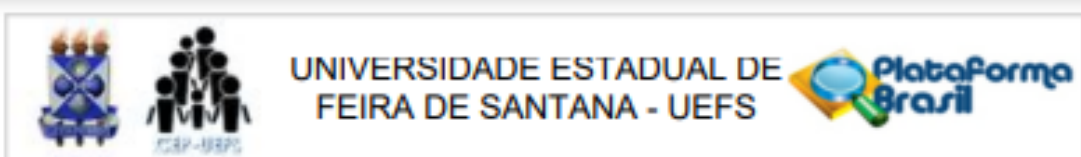
Apresentação do Projeto:

Este parecer é uma resposta de pendência da pesquisa noemada ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO FERRAMENTA DE GARANTIA DO ACESSO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI - BA protocolada no CAAE nº 59109822.0.0000.0053 que tem como pesquisadora responsável TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA.

O parecer toma como referência os seguintes documentos: o ofício de resposta do parecer nº 5.546.024, PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1945726.pdf, TCLE_ATUALIZADO.pdf e Projeto_Detalhado_ATUALIZADO.pdf anexados na data do dia 04.08.22.

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa, a ser realizada em Unidades de Saúde da Atenção Primária do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari- BA, que utilizam o Acesso Avançado como modelo de organização das agendas. O objetivo do estudo é avaliar o acesso à Atenção Primária à Saúde a partir da implementação do Acesso Avançado. A produção dos dados se dará com uso de fontes primárias - entrevistas semiestruturadas com o usuário do serviço, trabalhador de saúde e gerente da unidade e de forma complementar a observação sistemática e análise documental, esta última como dados de fontes secundárias. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.670.423

conteúdo: 1ª pré-análise, 2ª exploração do material e 3ª tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na última fase será utilizada a triangulação dos dados (entrevistas, observação e análise documental), fundamentando no referencial teórico utilizado para construção do estudo. (PB_informações básicas, p.02)

No PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1945726.pdf informa os seguintes Critério de Inclusão: "Pra o trabalhador de Saúde - exercer suas atividades há pelo menos um ano na Rede de Atenção à Saúde do Município; Para o usuário do serviço - ser maior de 18 anos e residente no território da unidade.

Critério de Exclusão:

Trabalhador de Saúde - exercer suas atividades há menos de um ano na Rede de Atenção à Saúde do Município; Usuário do serviço - ser menor de 18 anos e não residir no território da unidade. COMO CRITÉRIO DE EXCLUSÃO PARA OS USUÁRIOS SERÁ A NÃO UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL NA UNIDADE (CONSULTAS). PARA OS TRABALHADORES, SERÃO EXCLUÍDOS DO ESTUDO AQUELES EM AFASTAMENTO POR ALGUM MOTIVO, BEM COMO, OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA REGULAÇÃO DA UNIDADE OU EM OUTRAS FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS QUE NÃO CONTEMPLAM O TRABALHO DA RECEPÇÃO. (p.4)

Apresenta cronograma com início de atividades em agosto até outubro do presente, indica o retorno aos participantes da pesquisa, período de tramitação do protocolo no CEP.

Orçamento no valor total de R\$8283,33, faltando indicar contrapartida da Instituição proponente

Objetivo da Pesquisa:

No PB_informações básicas indica os seguintes objetivos de pesquisa:

*Objetivo Primário:

Avaliar o acesso à Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari a partir da implementação do Acesso Avançado.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil de atendimento das equipes de saúde da APS aos usuários, antes e após a implementação do Acesso Avançado;
2. Descrever a dinâmica da organização do serviço na APS, a saber: agendamento, programação de consultas, rotina do trabalho, a partir da

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.670-423

implementação do Acesso Avançado, na perspectiva da garantia do direito à saúde aos usuários do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari;

3. Conhecer dificuldades e facilidades na garantia do acesso à APS com o uso do Acesso Avançado no Distrito da Costa de Camaçari." (p.3)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No PB_informações básicas indica:

Riscos:

Os riscos decorrentes do estudo estão nas respostas à entrevista, em que o participante pode se sentir constrangido ou inibido com os questionamentos.

Benefícios:

A pesquisa pretende avaliar o acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde, nas unidades do Distrito Sanitário da Costa de Camaçari, a partir da implementação do Acesso Avançado. O que pode possibilitar a utilização de uma nova ferramenta de organização do processo de agendamento / acolhimento dos usuários nas unidades da APS e em consequência a ampliação do acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde." (p.04)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusões ou pendências e lista de inadequações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusões ou pendências e lista de inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Segue as respostas apresentadas no documento "Oficio_CEP.pdf":

1) Detalhar os critérios de exclusão. Observar que o critério de exclusão não pode ser a negativa da inclusão.

Resposta: Como critérios de exclusão, para os usuários será a não utilização do serviço de atendimento individual na unidade (consultas). Para os trabalhadores, serão excluídos do estudo aqueles em afastamento por algum motivo, bem como, os profissionais que atuam na Regulação da unidade ou em outras funções administrativas que não contemplam o trabalho da recepção. (Retificação realizada na página 24 do Projeto

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.670.423

detalhado e formulário de informações básicas da Plataforma Brasil)

Análise do CEP: Solicitação atendida.

2) Esclarecer como será abordado os possíveis participantes que possuam algum tipo de alteração cognitiva que impeça de entender a pesquisa. Esclarecer como será a etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (como será o convite, local de coleta de dados (privacidade), quais informações prestadas (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.1 letra a e b, Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo III).

Resposta: Os encontros serão realizados em dias e horários agendados de acordo com a disponibilidade dos participantes, em local reservado previamente, de modo a garantir a manutenção da privacidade dos mesmos. As entrevistas serão iniciadas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), utilizando uma linguagem acessível, evitando o uso de terminologias técnicas e de difícil entendimento e se mesmo assim houver dúvida, a pesquisadora estará disponível para responder às questões a qualquer momento da realização do estudo. (Retificação realizada na página 24 do Projeto detalhado e formulário de informações básicas da Plataforma Brasil)

Análise do CEP: Solicitação atendida

3) Cronograma: Informar período para retorno social aos participantes (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.4.1.9)

Resposta: O retorno social aos participantes ocorrerá no período de março a maio de 2023. (Retificação realizada na página 27 do Projeto detalhado)

Análise do CEP: solicitação atendida

4) Orçamento: Informar a contrapartida da Instituição Proponente (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.3, letra e).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Protocolo: 5.670.423

Resposta: O financiamento do Projeto de Pesquisa ocorrerá por conta da pesquisadora. A contrapartida da Instituição Proponente será o acompanhamento e orientação da Pesquisadora colaboradora. (Retificação realizada na página 28 do Projeto detalhado)

Análise do CEP: solicitação atendida.

5) Solicita-se que seja feita uma revisão do TCLE ou RCLE, conforme definição da Res CNS 510/16.

Descrição de como será garantido o sigilo dos participantes (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Explicitar quais códigos utilizará para preservar a identidade dos participantes da pesquisa; Indicar os procedimentos que garantirão sigilo, confidencialidade e segurança dos dados dos participantes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e).

Resposta: As respostas serão mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora e da Instituição de Ensino e somente serão usadas para a construção da pesquisa aqui apresentada. Após o período de 3 anos de conclusão da pesquisa, os registros serão extinguidos. Os resultados do estudo serão analisados, publicados e estarão à sua disposição, bem como serão apresentados na unidade de saúde e na secretaria de saúde do município, mas garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação, saliento que utilizaremos uma nomenclatura numérica para identificar cada participante da pesquisa. (Retificação realizada na página 26 do Projeto detalhado – Metodologia, no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado)

Assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II; e Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso V; Resolução CNS nº 466 de 2012, item III.2 letra O).

Resposta: Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.670.423

participante, pelo tempo que for. Conforme Resolução CNS nº 510/2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso IX: "O RCLE/TCLE deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP." (Ver Res. CNS nº 466/12, item VII.2, item IV.5 letra d).

Resposta: Em caso de dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, o(a) Sr(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) no endereço Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, UEFS – Módulo I, MA17, Feira de Santana-BA ou pelo telefone (75) 3161-8124 e e-mail: cep@uefs.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 37 do Projeto detalhado) necessário. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 37 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida

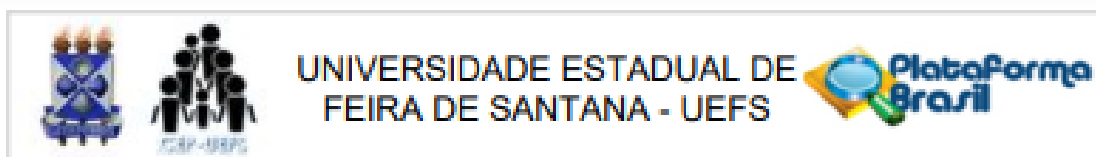
Esclarecer tempo que será gasto na entrevista e onde ela será realizada, se o participante não tiver local de escolha;

Resposta: Caso aceite, sua participação consiste em, através de um diálogo, em local (que pode ser o auditório da unidade de saúde ou sala reservada no Distrito Sanitário) e horário definidos com o (a) Sr(a), para falar como tem ocorrido o acesso aos cuidados de saúde na unidade e como percebe a organização do trabalho da equipe de saúde para que ocorra o acesso. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida

Explicitar riscos para os participantes da pesquisa, bem como as formas de minimizar os riscos (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b); II.22 - risco da pesquisa -

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.670.423

possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;

Resposta: Os riscos decorrentes de sua participação estão nas respostas à entrevista, em que o sr. (a) pode se sentir constrangido (a) ou inibido (a) com os questionamentos, mas buscaremos minimizá-los de modo que se sinta o mais confortável possível. (Retificação realizada na página 26 do Projeto detalhado, no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida

Deve constar no RCLE que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal. É necessário apresentar um espaço no final das páginas para essas rubricas (conforme Item IV.5.d da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Resposta: Os espaços para as rubricas do pesquisador e do participante foram acrescentados no TCLE. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida.

Para manter a integridade do documento, é necessário que a numeração das páginas seja feita de acordo com o exemplo: 1 de 5 ou 1/5.

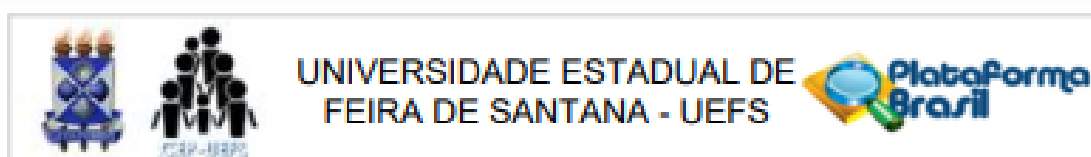
Resposta: A numeração das páginas foi alterada conforme orientação. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – páginas 36 e 37 do Projeto detalhado)

Análise do CEP: solicitação atendida.

Explicitar como será garantido o acesso aos participantes aos resultados da pesquisa (Ver Res. CNS nº 466/12 item III.2 letra n e Res. CNS nº 510/2016, Art. 17-VI).

Resposta: Os resultados do estudo serão analisados, publicados e estarão à sua disposição, bem

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.670.423

como serão apresentados na unidade de saúde e na secretaria de saúde do município. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida.

Explicitar benefícios da pesquisa para o participante da pesquisa (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b);

Resposta: Os benefícios estão em estudar uma nova ferramenta de organização do processo de agendamento / acolhimento dos usuários nas unidades de saúde e em consequência a ampliação do acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – página 36 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida.

Os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 2º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Os campos de assinaturas não devem estar separados do restante do documento (exceto quando, por questões de configuração da página, isto não for possível) e não devem conter campos adicionais, além de nome e data. Solicita-se a adequação.

Resposta: Os campos de assinaturas e rubricas foram alterados conforme orientação. (Retificação realizada no TCLE e no Apêndice D – páginas 36 e 37 do Projeto detalhado).

Análise do CEP: solicitação atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Oficiofinal.pdf	28/09/2022	LIZ SANDRA SOUZA	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.670.423

Outros	Oficiofinal.pdf	15:16:52	E SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ticianemota_projeto.pdf	28/09/2022 15:15:41	LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P ROJETO 1945726.pdf	09/08/2022 21:23:37		Aceito
Outros	Oficio_CEP.docx	09/08/2022 21:22:07	TICIANE MOTA SAMPAIO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Oficio_CEP.pdf	04/08/2022 22:36:04	TICIANE MOTA SAMPAIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO.pdf	04/08/2022 22:20:32	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_ATUALIZADO.pdf	04/08/2022 22:18:15	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoras.docx	24/05/2022 16:22:50	TICIANE MOTA SAMPAIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Instituicao.docx	24/05/2022 16:20:15	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_da_Instituicao.pdf	24/05/2022 16:16:50	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoras.pdf	24/05/2022 11:41:52	TICIANE MOTA SAMPAIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	22/05/2022 16:34:00	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/05/2022 16:33:21	TICIANE MOTA SAMPAIO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/05/2022 15:48:16	TICIANE MOTA SAMPAIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

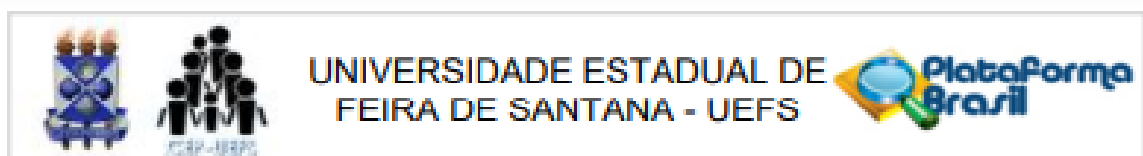
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460

UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.670.423

FEIRA DE SANTANA, 28 de Setembro de 2022

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
 Rua Francisco Drumond, s/nº - Centro Administrativo - CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA.
 Telefone: (71) 3621-6824 / 3621-6825 / Fax: (71) 3621-6657
 E-mail: saude.camacari23@gmail.com
 CGC nº: 11.432.780/0001-65

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari- BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada "Acesso Avançado na Atenção Primária como ferramenta de garantia de Acesso no Município de Camaçari-BA" a ser realizada através de entrevista com trabalhadores da saúde e usuários voluntários.

O trabalho será desenvolvido por Ticiane Mota Sampaio Ferreira, vinculado à Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, sob orientação de Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal. O trabalho tem como objetivo avaliar o acesso à Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário da Costa de Camaçari a partir da implementação do Acesso Avançado.


Considerando o contexto da pandemia pelo novo coronavírus, COVID-19, todas as entrevistas deverão ser realizadas de forma a assegurar o distanciamento físico e as medidas de higiene preconizadas pelas autoridades sanitárias.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 e nº 510/16, o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Solicita-se que ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 24 de maio de 2022.


 Luiz Evandro Vargas Duplat
 Subsecretário de Saúde - Camaçari-BA