

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP NA PERCEPÇÃO
DOS GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE.**

BÁRBARA NAVAJAS DE SÁ LEITE

**SÃO PAULO - SP
2020**

**ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP NA PERCEPÇÃO
DOS GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE.**

BÁRBARA NAVAJAS DE SÁ LEITE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

SÃO PAULO
2020

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE.

BÁRBARA NAVAJAS DE SÁ LEITE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

SÃO PAULO
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bárbara Navajas de Sá Leite

Acesso Avançado na Atenção Primária: desafios e potencialidades no município de São Bernardo do Campo – São Paulo na percepção dos gestores e equipes de saúde/Bárbara Navajas de Sá Leite. São Paulo, 2020.

160 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

1.Acesso Avançado 2.Modelos de Acesso ao Cuidado 3.Acolhimento

4.Atenção Primária 5.São Bernardo do Campo 6.Sistema Único de Saúde.

CDD: 614

Dedico este trabalho

Primeiramente a Deus por sempre guiar meus caminhos, aos meus pais Iara e Sérgio e irmão Fausto por serem minha base de vida, ao meu esposo Fábio por estar sempre ao meu lado com muito carinho, a minha luz interior Giovanna e Miguel que diariamente me ajudam a evoluir e a minha companheirinha Cacau. Não posso esquecer da minha rede de apoio primordial para vida, nela encontram-se meus familiares, amigos, irmãos de coração que me foram cedidos por Deus.

A minha incentivadora Juliana e a todas nós coordenadoras de UBS: Raquel, Tania, Viviane, Lilian, Elaine e Paula que com muito amor, há mais de uma década, escolhemos por amor estarmos (“Ser”) coordenadoras sem deixarmos que nossas essências e princípios (de empatia e auxílio ao próximo) se modificassem mesmo que muitos ordenassem o contrário.

Um (Ser) coordenador...

Um coordenador monitora a prática dos serviços da Atenção Primária e dos profissionais sob sua gestão .

Ser coordenador é estar perto de sua equipe, trabalhar suas fraquezas, estimular suas potências, avançar com parcimônia e retroceder se necessário.

Um coordenador realiza o planejamento das ações e atividades em consonância com sua equipe.

Ser coordenador é ser um líder nato, é mostrar possibilidades e ferramentas... e as vezes enfrentar.

Um coordenador precisa garantir a atualização contínua dos sistemas de informação, indicadores e metas.

Ser coordenador é ter habilidade para implantar processos e entender os sistemas de alimentação de dados de modo que ele faça sentido aos trabalhadores de sua equipe. É sentar junto... mesmo que o tempo seja curto!

Um coordenador faz vínculo com a comunidade.

Ser coordenador é vivenciá-la.

Um (Ser) coordenador é alguém solitário e ao mesmo tempo tão preenchido!

Raquel Correa da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os profissionais de saúde que se empenham ao trabalharem em equipe junto à população com qualidade e empatia.

Saber cuidar...

Não sei... Se a vida é curta

Ou longa demais para nós,

Mas sei que nada do que vivemos

Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida,

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

*Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura...
Enquanto durar.
Saber viver e cuidar da vida é uma arte...
Deixar-se envolver com o outro...
Entrar em sintonia com o outro...
Sentir o que o momento nos pede...
Não impor nossa vontade ao momento, mas
deixá-los nos dizer o que quer que façamos, ou sejamos...
Isso é cuidar...
Isso é saber viver em sintonia...
Sem imposição, humildemente, hora de forma
mais ativa, outras silenciosa e discretamente...
Viver e cuidar da vida, é como dançar...
É preciso sentir o ritmo do instante, deixá-lo nos
tomar por completo e entrar em sintonia com essa dança...
Cora Coralina*

Sou grata pela oportunidade de aprimoramento do saber ao Instituto de Saúde, professores, colegas de turma, a todos os funcionários deste estabelecimento que sempre me foram solícitos, ao secretário de saúde e diretor da Atenção Primária de SBC Dr. Rodolfo Strufaldi pela liberação para realização desse mestrado, aos trabalhadores das UBS que participaram da pesquisa, a Cristiane Pereira, Gustavo Tenório, Ligia Schiavon e Lauro Cesar que compuseram as minhas bancas e a minha orientadora Mônica Martins pela dedicação dispensada a mim.

LEITE, BNS. ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LIMITES E POTENCIALIDADES NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES E EQUIPES DE SAÚDE [Dissertação de Mestrado].

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2020.

RESUMO

Introdução e Justificativa: Entre 2009 e 2020, a Atenção Primária à Saúde de São Bernardo do Campo vem investindo na reestruturação das UBS, implantação da ESF e em modos de melhorar o acesso e a qualidade do atendimento à população. Dessa forma, o Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) implantou em 2019 o Acesso Avançado (AA) nas UBS do município, tema que configura o objeto da presente pesquisa. **Objetivo:** Analisar a percepção das equipes a respeito do Acesso Avançado como arranjo para organização da demanda na Atenção Primária do município de São Bernardo do Campo/SP. **Metodologia:** Abordagem qualitativa por meio de Estudo de Caso. A produção de dados foi realizada através de aplicação de questionário direcionado aos coordenadores e equipes de saúde. A análise das questões fechadas foi realizada através de análise descritiva e das questões abertas mediante análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** Observou-se que a equipe como um todo participa da prática do Acesso Avançado, assim como da reorganização das carteiras de serviços das UBS. O estudo apontou que diante de dificuldades envolvendo a alta rotatividade de profissionais, defasagem do quadro de RH e espaço físico insuficiente, as equipes encontraram soluções destinadas a melhorar a prática do AA que fortaleceram vínculo, resolutividade e cuidado ao usuário. Ações envolvendo educação permanente, apropriação da prática pela equipe e uso de espaços físicos externos às UBS destinados ao atendimento da população potencializaram a prática deste dispositivo. **Considerações Finais:** Diante das dificuldades e ganhos ao se implantar o AA, observa-se a tendência à falta de abertura da gestão central para incorporar algumas modificações individualizadas necessárias a essa prática. Engessando o AA podendo levá-lo ao fracasso. **Potencial e aplicabilidade:** A socialização dos resultados com gestores municipais da APS poderão nortear adequações nos processos em andamento e em futuras implantações do Acesso Avançado dentro e fora do município, visto que eles envolvem as potencialidades e entraves encontrados durante a prática deste dispositivo.

Descritores de acordo com o DeCS – Descritores da Ciência em Saúde: 1. Acesso Avançado; 2. Modelos de Acesso ao Cuidado; 3. Acolhimento; 4. Atenção Primária; 5. São Bernardo do Campo; 6. Sistema Único de Saúde.

LEITE, BNS. **ADVANCED ACCESS IN PRIMARY CARE: LIMITS AND POTENTIALITY IN THE MUNICIPALITY OF SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP IN THE PERCEPTION OF HEALTH MANAGERS AND TEAMS** [Masters dissertation].

Professional Master's Program in Collective Health at CRH/SES-SP. São Paulo: State Department of Health; 2020.

SUMMARY

Introduction and Justification: Between 2009 and 2020, Primary Health Care in São Bernardo do Campo has been investing in the restructuring of the Basic Health Units (BHU), in the implementation of the Family Health Strategy (FHS) and in ways to improve access and quality of care to the population. Thus, in 2019, the Department of Primary Health Care (DPHC) implemented Advanced Access (AA) in the UBS of the city, the object of this research. **Objective:** To analyze the teams' perception of AA as an arrangement for organizing demand in Primary Care in the city of São Bernardo do Campo / SP. **Methodology:** Qualitative approach through Case Study. Data production was carried out by applying a questionnaire to coordinators and health teams. The analysis of closed questions was performed through descriptive analysis, and open questions through content analysis. **Results and Discussion:** It was observed that the team participates in the practice of AA, as well as in the reorganization of the UBS service portfolios. The study pointed out that in the face of difficulties involving the high turnover of professionals, a lag in the HR staff and insufficient physical space, the teams found solutions aimed at improving the practice of AA that strengthened bonds, resolvability, and care for the user. Actions involving permanent education, appropriation of the practice by the team and the use of physical spaces external to the UBS destined to serve the population have enhanced the practice of this device. **Final Considerations:** In view of the difficulties and gains when implementing the AA, there is a tendency towards the lack of openness of the central management to incorporate some individualized modifications necessary to this practice. Plastering AA can lead to failure. **Potential and applicability:** The socialization of results with municipal PHC managers may guide adjustments in the ongoing processes and in future deployments of AA inside and outside the municipality since they involve the opportunities and obstacles encountered during the practice of this device.

Descriptors according to the DeCS – Health Science Descriptors: 1. Advanced Access; 2. Models of Access to Care; 3. Reception; 4. Primary care; 5. São Bernardo do Campo; 6. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Agenda do médico e enfermeiro para o Acesso Avançado em SBC.....	133
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Profissão e número de profissionais da UBS Tradicional de SBC participantes da pesquisa.....54

Tabela 2. Profissão e número de profissionais da UBS com ESF de SBC participantes da pesquisa.....55

Tabela 3. Avaliação dos coordenadores a respeito dos conhecimentos multiprofissionais sobre Acesso Avançado antes da implantação nas UBS.....57

Tabela 4. Número e porcentagem de UBS de SBC segundo mês/ano de implantação do Acesso Avançado segundo os coordenadores.....64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Divisão das 34 UBS de SBC por território, com descrição e quantitativo das equipes por Unidade assim como dos funcionários e população	43
Quadro 2. Acesso Avançado e seus impactos na carteira de serviços, na participação multidisciplinar, na articulação em rede, nos encaminhamentos, na quantidade de pacientes atendidos e no horário de chegada dos usuários.....	88
Quadro 3. Conhecimento do território e da continuidade do cuidado.....	93
Quadro 4. Espaços de discussões da Prática do Acesso Avançado.....	101
Quadro 5. Importância dos dados e informações coletados durante a prática do Acesso Avançado.....	104
Quadro 6. Classificação dos “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado focando nos quatro principais e suas soluções para os coordenadores.....	109
Quadro 7. Classificação com foco nos quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado e suas soluções para os multiprofissionais da UBS Tradicional.....	111
Quadro 8. Classificação com foco nos quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado e suas soluções para os multiprofissionais da UBS com ESF.....	112
Quadro 9. Principais pontos positivos e avanços no cuidado ao usuário ou na organização do processo de trabalho com a realização do Acesso Avançado focando nas três primeiras colocações.....	116
Quadro 10. Descrição do entendimento dos multiprofissionais por Acesso Avançado.....	121

Quadro 11. Descrição do passo a passo de como é realizado o Acesso Avançado nas UBS.....	128
---	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição do tempo de gerência do coordenador na UBS de atuação (em anos)	51
Gráfico 2. Distribuição do tempo em cargos/funções de gestão na área da saúde dentro ou fora de SBC (em anos)	51
Gráfico 3. Distribuição dos cursos de graduação dos coordenadores de UBS.....	52
Gráfico 4. Distribuição dos cursos de especializações dos coordenadores de UBS.....	53
Gráfico 5. Tempo exercido pelos multiprofissionais na função de atuação na UBS Tradicional (em anos)	56
Gráfico 6. Tempo exercido pelos multiprofissionais na função de atuação na UBS com ESF (em anos)	56
Gráfico 7. Frequência com que os multiprofissionais participam do Acesso Avançado.....	61
Gráfico 8. Quantitativo de consultórios destinados ao uso dos profissionais participantes do Acesso Avançado.....	67
Gráfico 9. Sons e ruídos nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	68
Gráfico 10. Espaço físico das salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	69
Gráfico 11. Quantitativo de salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	70
Gráfico 12. Ventilação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	71

Gráfico 13. Quantitativo de cadeiras para acomodação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	72
Gráfico 14. Iluminação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.....	73
Gráfico 15. Acesso Avançado e a garantia do acesso aos usuários à UBS/equipes.....	75
Gráfico 16. Acesso Avançado e a estratificação de risco (classificando prioridade de atendimento) dos usuários ao acessarem UBS/equipes.....	75
Gráfico 17. Tempo de escuta durante o Acesso Avançado e o cuidado adequado num primeiro momento.....	76
Gráfico 18. Acesso Avançado e a resolutividade na maioria dos casos atendidos	78
Gráfico 19. Contribuição do Acesso Avançado para a criação e manutenção do vínculo ao serviço/equipe.....	79
Gráfico 20. Contribuição do Acesso Avançado para a corresponsabilização em outras ações com todos os profissionais da equipe.....	80
Gráfico 21. Contribuição do Acesso Avançado para a corresponsabilização do usuário com seu autocuidado.....	82
Gráfico 22. Acesso Avançado e o aumento da quantidade de pacientes superutilizadores.....	83
Gráfico 23. Acesso Avançado e a diminuição da quantidade de pacientes hiperutilizadores.....	84
Gráfico 24. Acesso Avançado e a não alteração da quantidade de pacientes hiperutilizadores.....	85
Gráfico 25. Acesso Avançado e o funcionamento positivo como dispositivo organizador dos processos de trabalho.....	85

Gráfico 26. Acesso Avançado não influenciando como dispositivo organizador dos processos de trabalho.....86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Bernardo do Campo.....	26
1.2 Acolhimento, a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) em São Bernardo do Campo.....	30
1.3 Demanda espontânea na APS.....	33
1.4 Modelo Tradicional.....	33
1.5 Modelo Carve-Out.....	34
1.6 Acesso Avançado, Acesso Aberto ou Consulta no Dia.....	35
2 JUSTIFICATIVA	39
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo Geral	40
3.2 Objetivos Específicos.....	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 Tipo de Estudo.....	41
4.2 Escolha do Caso.....	41
4.2.1 O município de SBC e os aspectos relevantes da rede de saúde.....	42
4.3 Técnicas de Produção de Dados.....	45
4.4 Participantes do Estudo.....	46
4.5 Análise dos Dados.....	47
4.6 Considerações Éticas.....	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Acesso Avançado: implantação, prática e documentos municipais.....	49
5.1.1 Perfil dos Coordenadores ou Gerentes de UBS.....	49
5.1.2 Perfil dos multiprofissionais e dos coordenadores das UBS Tradicional e com ESF	54
5.1.3 Grau de conhecimento dos multiprofissionais sobre Acesso Avançado antes da implantação nas UBS de SBC segundo avaliação dos coordenadores.....	57
5.1.4 Profissionais que participam do Acesso Avançado.....	61

5.1.5. Mês e Ano de implantação do Acesso Avançado nas UBS de SBC segundo os coordenadores.....	64
5.1.6 Mês e Ano de implantação do Acesso Avançado segundo os multiprofissionais das UBS Tradicional e com ESF escolhidas para a pesquisa	65
5.2 Análise dos espaços físicos e salubridade destinados à realização do Acesso Avançado nas UBS	65
5.2.1 Quantidade de consultórios.....	67
5.2.2 Sons e Ruídos nas salas de espera.....	68
5.2.3 Tamanho do espaço físico das salas de espera.....	69
5.2.4 Quantidade de salas de espera.....	70
5.2.5 Ventilação nas salas de espera.....	71
5.2.6 Quantidade de cadeiras para acomodação dos usuários nas salas de espera	72
5.2.7 Iluminação nas salas de espera.....	73
5.3 Acesso avançado na percepção dos coordenadores e equipes das UBS Tradicional e com ESF.....	74
5.3.1 Acesso	75
5.3.2 Estratificação de Risco.....	75
5.3.3 Tempo de escuta.....	76
5.3.4 Resolutividade.....	77
5.3.5 Vínculo	79
5.3.6 Corresponsabilização dos profissionais.....	80
5.3.7 Corresponsabilização dos usuários.....	82
5.3.8 Pacientes Hiperutilizadores.....	83
5.3.8.1 Avaliação do aumento de pacientes hiperutilizadores.....	83
5.3.8.2 Avaliação da diminuição de pacientes hiperutilizadores.....	84
5.3.8.3 Avaliação da não alteração da quantidade de pacientes hiperutilizadores	85
5.3.9 Dispositivo Organizador dos Processos de trabalho.....	85
5.3.9.1 Avaliação como Funcionamento Positivo.....	85
5.3.9.2 Avaliação como funcionamento não influenciável.....	86

5.4 Acesso Avançado e seus impactos na carteira de serviços, participação multidisciplinar, articulação em rede, encaminhamentos, quantidade de pacientes atendidos e restrição no tempo de chegada ao serviço.....	87
5.5 Conhecimento do território e continuidade do cuidado.....	93
5.6 Gestão participativa.....	99
5.6.1 Espaços de discussão da prática do Acesso Avançado.....	99
5.6.2 Instrumentos de Registro da demanda espontânea do Acesso Avançado.....	103
5.6.2.1 Importância dos dados/informações coletados durante a prática do Acesso Avançado.....	103
5.7 Cobertura dos profissionais faltantes nos períodos de Acesso Avançado.....	107
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	140
ANEXO I - Questionário - Coordenadores de UBS.....	147
ANEXO II - Questionário - Equipe multiprofissional.....	154
ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado aos Coordenadores de UBS e equipe multiprofissional.....	160

APRESENTAÇÃO

*A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar
e humilde o bastante para aprender.*

Clarice Lispector

Já...

O saber se aprende com os mestres e os livros.

A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes.

Cora Coralina

E...

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

Menina ainda adentrei através de concurso público na Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo (SBC)-SP em 12/06/2003. Talvez, por se tratar do dia dos namorados tenha sido influenciada a me apaixonar pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ano de 2006, recém-formada em Biomedicina pela Universidade Metodista de São Paulo infiltrei-me ainda mais no SUS. Realizei concurso interno para coordenadora de Unidade Básica de Saúde (UBS), cargo esse exigido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para investir no SUS de SBC. Alguns meses depois entre prova, entrevista e curso preparatório iniciei meu novo desafio profissional.

Assim como poetizou Clarice Lispector, com coragem me arrisquei humildemente a aprender estar gestora. Defronte a esse desafio e responsabilidade, como diria Cora Coralina brotou em mim a necessidade de estudar os livros com os mestres. Dessa forma poderia com alegria transferir ao próximo o que sabia.

Ano de 2011, pós-graduada em Saúde Pública-Ênfase em Programa de Saúde da Família pela Universidade São Camilo ansiava por mais conhecimento. Contudo, os estudos continuaram em 2012 e me especializei em Gestão de Serviços Públicos de Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Trilhei meu caminho regado por sede de aprendizado, profissionalismo, dignidade e engajamento. Procurei liderar de forma transparente e acolhedora uma pequena equipe multiprofissional de saúde formada na lógica de atendimento ambulatorial do “postinho de puericultura”. Os norteiei a ampliar seus olhares e conhecimentos, de modo a desbravarem a temida Estratégia Saúde da Família.

Foram 12 anos de coordenação na Unidade de origem, os quais envolveram aprendizados e especializações (universitárias e de práticas alternativas). Ambos com o intuito de qualificar o atendimento aos usuários, formar vínculos de amizade, respeito, admiração e carinho entre equipe e moradores do bairro.

Em novembro de 2017 fui homenageada e abençoada por uma linda missa (deparei-me com uma igreja lotada de pessoas amadas) organizada pela população e padre da paróquia local. Foi assim que parti rumo ao grande desafio de assumir uma UBS com população extremamente vulnerável e uma equipe que precisaria abraçar grandes mudanças nos processos de trabalho.

O curto e médio prazo necessitaria organizar e capacitar funcionários que apresentavam em sua maioria o sentimento de desmotivação. Quando se enxergassem como equipe implantaríamos a residência médica e multiprofissional municipal, o prontuário eletrônico e seguiríamos rumo à prática do Acesso Avançado.

Diante desse turbilhão de acontecimentos senti-me motivada por amigos mestres sabidos e me candidatei para a prova de mestrado profissional no Instituto de Saúde São Paulo em 2017. Abençoada mais uma vez, continuei minha caminhada pela estrada da vida chamada SUS.

Focando no Acesso Avançado, com seus desafios e potencialidades, ao ter sua implantação adotada como proposta de protocolo municipal debruicei-me sobre esta prática relativamente nova aos olhos do SUS e de suas equipes. Ela seria implantada por possuir grande potencial organizacional dos processos

de trabalho, contudo, o foco estaria voltado para garantia do acesso, vínculo, longitudinalidade e continuidade do cuidado para a população.

Estando como coordenadora de UBS na época da pesquisa e tendo participado do processo de implantação e prática do Acesso Avançado no município, ao realizar este trabalho procurei me distanciar e me envolver o mínimo possível pautando-me nos relatos dos trabalhadores.

Desde o início da elaboração do projeto, perpassando pelo aprendizado da apresentação à banca de qualificação, acerto dos pontos sugeridos por ela, aplicação do questionário e realização da análise dos dados se passaram 2 anos.

Foi logo após a aplicação dos questionários que essa trajetória de realização do trabalho que o Brasil se deparou em março de 2020 com o enfrentamento de uma pandemia mundial da COVID-19.

Várias cidades brasileiras decretaram o confinamento social e somente os serviços essenciais continuaram funcionando. Diante desse quadro, para evitar aglomerações e a propagação da doença, o município de SBC cessou a prática do Acesso Avançado nas UBS por tempo indeterminado a partir de 16 de março de 2020. Data em que iniciou a adoção de medidas de proteção aos funcionários e usuários.

Essa situação deixou os profissionais de saúde trabalhando em clima de guerra. Mesmo tomando todos os cuidados necessários para prevenir a propagação da doença que incluiu o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva (higienização constante das mãos, uso de máscara N95, avental, face Shields, touca, afastamento de 1 metro entre os indivíduos, circulação de usuários com máscara, oferta de álcool gel, medição de temperatura ao adentrar a UBS, realização de orientações de prevenção, reserva de uma sala exclusiva para atendimento de sintomáticos respiratórios e realização somente do atendimento de urgências, crianças até 6 meses e gestantes) muitos trabalhadores adquiriram a doença, foram à óbito ou se afastaram por abalos na saúde mental.

Uma doença, pouco conhecida, fez com que protocolos fossem atualizados diariamente. A inexistência de uma vacina ou medicação de eficácia comprovada levou a população por decreto estadual e municipal a realizar quarentena com isolamento social. Os grupos de risco ficaram isolados

em casa. Muitos cidadãos perderam seus empregos e passaram a receber uma pequena ajuda financeira do governo para sobreviverem, o chamado auxílio emergencial (Coronavírus-COVID 19). A economia e principalmente a população sofreram as consequências de uma crise.

Chegou o dia em que um simples toque, abraço ou beijo eram recusados e valorizados ao mesmo tempo pela humanidade. Muitos pais não puderam por muito tempo ver ou tocar seus filhos, muitos maridos não puderam abraçar suas esposas simplesmente por trabalharem na linha de frente de um serviço de saúde responsável por cuidar dos infectados pelo vírus.

Um vírus conseguiu retirar da humanidade o hábito da rotina e lhe fez valorizar pequenos gestos como o da convivência com as pessoas amadas. Foi então que a prática do Acesso Avançado precisou se reinventar.

1. INTRODUÇÃO

Esse projeto trata da percepção das equipes e dos coordenadores de UBS de SBC, acerca dos desafios, limites e potencialidades na prática do Acesso Avançado. Pode-se considerá-lo um dispositivo implantado pelo município na expectativa de garantir acesso, vínculo, longitudinalidade, continuidade do cuidado e conscientização da corresponsabilidade no autocuidado da população através da reorganização dos processos de trabalho (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2019).

Até o ano de 2018, o acesso da população à Atenção Primária de SBC era ofertado através da diretriz acolhimento da Política de Humanização (PNH) e pelo agendamento de consultas centrado na recepção (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

Dentre os objetivos esperados com a implantação do Acesso Avançado, vale destacar o fortalecimento dos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. Sendo assim, tal dispositivo deve favorecer o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade; estimular a organização do cuidado em rede, englobando promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, e pautar sua oferta de cuidado no reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde e das diversas necessidades das pessoas, visando a diminuição de exclusão de grupos específicos da população, tal qual expressa a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Bernardo do Campo

O SUS e a reforma sanitária orientam a organização incremental da APS com características próprias e endógenas, a partir das experiências locais de diversas regiões do país (SAMPAIO et al., 2012).

Starfield (2002) lembra que para ocorra a otimização da saúde, a APS deve considerar a saúde das pessoas no meio social e físico em que vivem e trabalham, ao invés de focar apenas na enfermidade individual.

A autora diz ainda que a Atenção Primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas e sim uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Ela organiza e racionaliza o uso de todos os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Giovanella e Mendonça (2012) identificam quatro definições correntes de Atenção Primária, que podem ser tomadas como linhas de interpretação deste nível de atenção. Elas perpassam desde um programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços para enfrentar um número limitado de problemas de saúde nos países em desenvolvimento intervindo verticalmente até uma APS abrangente ou integral de Alma-Ata, que é preconizada pelo SUS. Representa importante estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde através da garantia da integralidade e participação social.

Castro (2011) reconhece a demanda na APS em sua variedade e necessidade de resolutividade, que segundo a Organização Mundial de Saúde deve ser de 80% com apenas 3 a 5% de encaminhamento. Para tornar isso possível, a Atenção Primária deve contar com infraestrutura adequada e ações dependentes de um trabalho que considere as crenças, os valores, as redes sociais e culturais do indivíduo.

A APS tem como atributos o acesso de primeiro contato do indivíduo com SUS (principal porta de entrada); longitudinalidade (continuidade da atenção ao longo do tempo, reforçando vínculo entre usuários e profissionais); integralidade; e coordenação do cuidado (reconhecimento e integração do cuidado entre todos os serviços), caracterizados por abordagem familiar e comunitária, respeitando as características socioculturais do sujeito em sua singularidade (BRASIL, 2010).

Dito isto, Starfield (2002) lembra o fato de que os usuários têm acesso a uma atenção continuada para diversos problemas incluindo a necessidade de prevenção.

Visando consolidar uma APS abrangente no Brasil, lançou-se em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) o qual cresceu gradativamente alavancando a expansão da APS. Tornou-se uma política com lugar garantido na agenda dos gestores do SUS (SAMPAIO et al., 2012).

A partir de 1999, a Saúde da Família deixou de ser um Programa para ser considerada uma Estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, reorganizando o processo de trabalho em saúde e fortalecendo o alcance da APS ampliada. Estratégia essa que preconiza uma equipe de saúde multiprofissional composta minimamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podendo ter acréscimo do agente de controle de endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal. Ela trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento desses moradores (SCOREL et al., 2007; BRASIL, 2017).

Cunha (2004) considera que a Estratégia Saúde da Família (ESF) reafirmou na Atenção Primária o trabalho em equipe e a possibilidade de se trabalhar com resultados em oposição à gestão por procedimentos. Em sua concepção, a Estratégia também pretende extrapolar a clínica médica tradicional que tende a se responsabilizar apenas pela enfermidade e não pelo sujeito doente, e prejudica a efetivação do SUS em seu princípio da Integralidade.

Embora a ESF seja o modelo priorizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, 2017), convive com o modelo tradicional, das UBS, acarretando discrepância e conflitos dos modelos de atenção, dado que o modelo vigente nas Unidades Básicas tradicionais se aproxima do modelo hegemônico, caracterizado por condutas médico-centradas e pelo cuidado fragmentado, conforme descrito por Paim (2008).

Um exemplo deste campo de disputa é ilustrado pelo fato de que, de acordo com Brasil (2017), todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Primária, no âmbito do SUS, são denominados Unidades Básicas de Saúde, ainda que operem segundo o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família.

Giovanella e Mendonça (2012) relatam que em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria ministerial n.648/GM, de 28 de março. Este sancionamento ampliou a concepção da Atenção Primária ao incorporar atributos à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS. As UBS tiveram suas

funções revistas uniformizando o processo de trabalho da equipe multiprofissional e a capacitando através de educações permanentes.

Em 2011 o ministério da saúde publicou a portaria 2.488 que aprovou a PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes e definiu recursos orçamentários (BRASIL, 2011).

Segundo Melo et al (2018) a partir da PNAB 2011 abriu-se espaço para o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando a sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo).

Em 2017 foi publicada a portaria 2.436 pelo Ministério da Saúde que revisou as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Melo et al (2018) ressalta que a PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por ESF passa a ser de 2.000-3.500 pessoas e não de 3.000 pessoas/equipe como média recomendada na PNAB anterior. O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, e não mais 100% da população da ESF.

Os autores ainda relatam que foi retirada da PNAB 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação e a possibilidade de as ESF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais. As Equipes de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades tradicionais. Os NASF passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suprimindo a noção de 'apoio' e passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais.

Dizem ainda que as Equipes de Atenção Básica (EAB) estão previstas com cargas horárias mínimas de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição. Integra vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias (MELO et al, 2018).

Recomendam que as UBS tenham 4 equipes para atingirem o seu potencial resolutivo (PNAB anterior recomendava o máximo de 12.000 pessoas por UBS com ESF em áreas urbanas, e de 18.000 pessoas para UBS tradicionais) e que profissionais da ESF só podem atuar em uma equipe.

Segundo Brasil (2020), em 7 de fevereiro de 2020, foi publicada a portaria nº 99 que redefine registro das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os gestores municipais terão o prazo de 3 competências após a implementação do disposto nesta portaria para reclassificar as equipes no novo formato.

Esta portaria ainda dispõe das inclusões dos seguintes tipos de equipes: ESF-Equipe Saúde da Família, ESB-Equipe de Saúde Bucal, NASF-Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária, ECR-Equipe dos Consultórios de Rua e EAP-Equipe de Atenção Primária. Ficando excluídas todas as outras nomenclaturas.

Segundo Brasil (2019), em 12 de novembro de 2019, o programa Previne Brasil foi instituído através da portaria nº 2.979. Ele estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tal contexto recente de mudanças no marco legal da APS tende a promover rupturas na proposta de consolidação da ESF, com graves repercussões no cuidado ofertado e, por conseguinte, à saúde da população.

1.2 Acolhimento, a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) em São Bernardo do Campo

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a receber, agasalhar e atender (FERREIRA, 1975).

A PNH (BRASIL, 2010) descreve acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Diz ainda que essa política alerta para a ação contrária à teoria já que, tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada: ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável e ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados

Se realizada como espaço ou triagem, muitos serviços se depararão com filas “madrugadoras” que usam como critério de avaliação a ordem de chegada; levarão em consideração a produtividade ao invés dos resultados e efeitos para com os usuários e suas necessidades de saúde; romperão o vínculo; os profissionais exaustos não conseguirão intervir nessa situação de modo a melhorá-la; e os serviços de urgência conviverão com filas de espera sem distinção de risco. Foca-se na doença e não no indivíduo e suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Talvez seja por isso que Merhy (2005) descreve o acolhimento não como um lugar e sim como um encontro entre trabalhador da saúde e o usuário tensionando a entrada no serviço para ser cuidado.

Brasil (2010) complementa a definição de acolhimento ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política essencial na produção de saúde e ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso, responsabilização e resolutividade dos serviços sem hora ou profissional específico para fazê-lo desde que capacitado.

Propõe que sempre que necessário realizar encaminhamentos a outros serviços para continuidade do cuidado, o paciente e a família precisam ser orientados e se deve garantir articulações entre os serviços para eficácia do tratamento. Uma postura acolhedora considera as diversidades culturais, raciais e étnicas e avalia riscos e vulnerabilidades físicas e psíquicas (BRASIL, 2010).

Segundo Mitre et al (2012), a ampliação do acesso dos usuários ao SUS na APS, associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disto, pode

contribuir efetivamente para a superação do mito de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade, seus profissionais são desqualificados, e que os serviços de “ponta” estão no setor privado.

Dentre os objetivos da APS podemos citar a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado como objetivo central de muitas Unidades de Saúde (MURRAY; BERWICK, 2003).

Ao pensar-se em acesso, encontra-se a descrição no dicionário HOUISS (2001) da língua portuguesa, como ingresso, entrada, chegada, possibilidade de chegar a e aproximação. Já Donabedian (1973), o associa à oferta de recursos e ações de saúde em resposta às aspirações da população quando necessitam de atendimento, conseguindo-as de maneira fácil. Dessa maneira, o acesso consiste na utilização do serviço, continuidade do cuidado do usuário e não só na sua existência e entrada do indivíduo no serviço.

Considerando-se o Acolhimento como um modo de entrada do paciente na UBS podemos diferenciá-lo de triagem, quando se envolve protagonismo, reorganização dos processos de trabalho, valorização do encontro trabalhador/usuário, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), ampliação dos espaços de discussão e tomadas de decisões coletivas, o ouvir e responder as necessidades de saúde dos usuários de modo promover a reabilitação da saúde e construção coletiva de decisões com equipe local e todos os níveis de gestão (BRASIL, 2010).

Por outro lado, quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização. Além disto, esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS (MITRE et al, 2012).

Assim sendo, o acolhimento, em suas diferentes configurações, destaca-se como um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos

para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde (MITRE et al, 2012).

No entanto, a pressão da demanda por atendimento dos usuários permanece como um grande desafio para os profissionais da APS. A oferta inadequada de serviços contribui para a sobrecarga de trabalho vivenciada pelas equipes, as quais têm buscado novas formas de organização das agendas para garantir o acesso da população (SANT'ANA, 2017).

Visto que o Acolhimento é uma ferramenta que propicia a reorganização dos processos de trabalho, mas não estipula um modelo de agendamento (BRASIL, 2010) e para que possamos entender a proposta do Acesso Avançado que é o protagonista desse estudo, precisamos primeiramente entender outros dois modelos de organização de agendas expostos a seguir: Atendimento Tradicional e Carve-out.

1.3 Demanda espontânea na APS

Considerando demanda espontânea toda necessidade de saúde trazida pelo usuário em um dia de funcionamento da UBS até a equipe através do acolhimento e resumindo acolhimento como uma prática constitutiva das relações de cuidado, seria apropriado analisar como ele se dá. Desta forma, pode-se pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às UBS. A ciência, os profissionais de saúde e os usuários são definidores das necessidades de saúde e esta última categoria pode apresentá-las como demanda ao serviço de saúde. Sendo importante acolhê-las, escutá-las, problematizá-las e reconhecê-las como legítima e desta forma não as transformar em queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

1.4 Modelo Tradicional

Faria (2017) relata que o modelo tradicional é uma tentativa de fazer o sistema funcionar para todos. Ele busca acomodar pessoas com necessidades crônicas ao mesmo tempo em que reconhece que deve responder a necessidades agudas.

Segundo Murray e Berwick (2003), o modelo tradicional separa a demanda de agendamento em duas vertentes: urgente (atendimento no mesmo dia) e não urgente, apresentando demanda maior que a oferta para atender as necessidades de cuidado dos usuários. Neste modelo, o paciente normalmente contata a recepcionista, que classifica a urgência clínica e checa com uma enfermeira ou médico a aprovação de trazer o paciente de uma agenda já cheia (100% utilizada previamente), muitas vezes com uma duplicidade de reserva para um agendamento de *slot* (encaixe). Se a agenda está saturada, pode-se enviar o paciente para um serviço de atendimento de urgência ou emergência para uma ajuda imediata.

Ocorre aqui um aumento da demanda. Uma consulta urgente geralmente aborda apenas um dos problemas do paciente não tendo a oportunidade de conhecer diversas necessidades em uma única consulta. Os pacientes encaminhados para serviços de urgência e emergência, muitas vezes, querem ver o seu médico (da equipe) de referência para terem tranquilidade e seguimento do cuidado. Os médicos dos serviços de urgência e emergência orientam os usuários a procurarem a UBS, convertendo assim a necessidade de uma visita em duas. Apresenta também absenteísmo elevado e restrição de acesso ao se utilizar as agendas programáticas para evitar salas de esperas lotadas no aguardo de um atendimento (MURRAY; BERWICK, 2003).

Segundo Sant'ana (2017), nas consultas agendadas, a demanda excedente se acumula na forma de filas de espera que podem chegar a meses, no denominado modelo saturado de acesso.

1.5 Modelo Carve-Out

Segundo Murray e Berwick (2003), na busca por alívio da demanda nas agendas, as equipes das UBS vem substituindo o modelo tradicional pelo modelo *carve-out* (esculpir) que reserva o tempo de atendimento de urgência com antecedência.

Em relação ao modo de agendamento, Sant'ana (2017) descreve que nesse modelo 50% das consultas são agendadas e 50% são reservadas para demanda do dia.

Segundo Knight e Lembke (2013) o modelo *carve-out* possibilita ao médico lidar com as demandas agudas do dia, permitindo um planejamento futuro para compromissos de trabalho e ações que envolvam as linhas de cuidado.

Murray e Berwick (2003) explicam que uma das maneiras de ofertar o atendimento de urgência é designando um "médico que realize triagem do dia". Dessa forma, os pacientes com necessidades urgentes serão atendidos não necessariamente pelo seu médico de equipe, o que ameaça o cuidado e o vínculo criando a mesma demanda artificial para consultas de retorno com o médico de referência assim como no modelo tradicional.

Ainda de acordo com os autores, outra maneira seria anular agendamentos de cada médico, separando mais tempo para o modelo *carve-out* do que é estritamente necessário para atender a demanda, levando, assim a demanda não urgente para o futuro. Desse modo, frequentemente os profissionais da UBS desenvolvem sistemas informais para "roubar" os agendamentos reservados para pacientes com problemas urgentes e outras necessidades especiais (MURRAY; BERWICK, 2003).

1.6 Acesso Avançado, Acesso Aberto ou Consulta no dia

Na década de 90, o médico de família Mark Murray e colaboradores, ao administrarem uma Unidade de Saúde Primária na Califórnia, se incomodaram com as filas de espera para consultas médicas que chegavam a 2 meses. Havia alto índice de absenteísmo e garantia do atendimento pelo médico da equipe de referência do usuário. Diante da realidade criaram o modelo de "Acesso Avançado" também conhecido como "Acesso Aberto" ou "Consulta no Dia" para garantir acesso e continuidade do cuidado com qualidade (MURRAY et al, 2000).

Segundo os autores acima, para se ter sucesso, os médicos devem quebrar um paradigma. Na área da saúde, é codificado que o paciente será atendido no mesmo dia somente se estiver realmente doente. O acesso avançado elimina a distinção entre urgência e rotina exigindo que os profissionais "façam todo o trabalho de hoje no dia de hoje". Esse é o lema. Capacidade real".

Posteriormente a sua implantação na Califórnia, o Acesso Avançado foi levado por seus criadores a outras localidades dos Estados Unidos, Canadá e Europa. No Brasil, existem experiências exitosas de implantação desse modelo em UBS da periferia de São Paulo, Zona Sul do Rio de Janeiro, Florianópolis-SC e Curitiba. O modelo reserva de 65% a 75% da agenda para atendimento do dia e, por preferência do usuário, garante um atendimento em até 48 horas. Esta possibilidade de escolha tende a diminuir o absenteísmo e aumentar a satisfação do paciente (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

Segundo Vidal et al (2019) e São Bernardo Do Campo (2014), antes de se implantar o Acesso Avançado, deve-se considerar os seguintes fatores: haverá intensificação da demanda por 3 ou 4 meses após implantação devido ao medo da população em não conseguir atendimento e ao acúmulo de consultas pré-agendadas; após esse período, o profissional não reduzirá o número de atendimentos diários, todavia, o distribuirá de uma melhor maneira e sentirá diminuição na carga de trabalho; as consultas agendadas e as não agendadas deverão ser atendidas com a mesma qualidade; e os profissionais devem fazer o maior número do trabalho de hoje no dia de hoje para não sobrecarregar a agenda do dia seguinte.

Considerações feitas, os autores acima sugerem para a implantação: a busca de apoio da equipe e da população, através de explicação de como funcionará o modelo, suas vantagens e desafios; a definição dos casos que serão agendados que podem representar de 10 a 50% e o tempo de cada consulta; o envolvimento diário de todos os profissionais da equipe no Acesso; o planejamento dos consultórios médicos e de enfermeiros lado a lado, para agilizar interconsultas e vincular o usuário e a equipe; o encaminhamento do usuário da recepção diretamente ao seu Acesso Avançado ou profissional de referência caso não esteja na hora do mesmo e eles devem atentar-se às demandas de urgência.

Os autores ressaltam a importância da existência: de profissionais de todas as equipes durante todo o funcionamento da UBS; de uma agenda odontológica composta por vagas agendadas, demanda do dia e urgências; da participação do técnico e do auxiliar de saúde bucal para atividades fora dos consultórios e de UBS com horários estendidos para facilitarem o acesso do usuário ao trabalhador.

Finalizando as considerações dos autores, eles orientam que se deve levar em consideração a particularidade das necessidades de saúde dos indivíduos, e que os tempos de consulta precisam ser diferentes, considerando a singularidade de cada um deles. Deste modo, evitar-se-ia o risco de transformar uma UBS em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ao se atender brevemente um usuário. Ademais, neste sistema organizativo, o usuário conta com atendimento por uma equipe que já conhece e as prerrogativas do cuidado continuado e do vínculo são mantidas, o que não ocorre na UPA.

Vidal et al (2019) orientam identificar e utilizar novas formas de abordagem com os hiperutilizadores (pacientes que acessam frequentemente o serviço); criar meios alternativos para avaliar exames; utilizar 30 minutos no final do período para recuperar atrasos; se não houver agenda protegida para diabéticos e hipertensos, deve-se criar um modo de monitorá-los e buscá-los caso não compareçam a consulta no tempo necessário; e que para diminuir o tempo de espera, precisa haver organização da agenda e gestão do tempo de consulta.

Na proposta do Município de Curitiba, onde o Acesso Avançado já tem sido empregado, o indivíduo pode: ser consultado de acordo com a necessidade e no horário de maior disponibilidade para ele; ser atendido por sua equipe de referência, o que fortalece o vínculo; receber consultas longas, conforme necessário; otimizar o atendimento, evitando encaminhamentos internos desnecessários; receber do profissional que o conhece acompanhamento eficaz e rápido; ouvir muito mais SIM do que NÃO, visto que o Acesso Avançado promove um bom ambiente de trabalho e fortalece a equipe (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014).

Segundo Knight e Lembke (2013), o acesso avançado apresenta vantagens como duração de consulta flexível compatível com a necessidade de saúde do paciente, proporciona o atendimento de casos agudos sem demora e dos cuidados crônicos planejados com brevidade.

Em contrapartida, os autores acima citam como desvantagens a dificuldade de os profissionais lidarem com a pressão exercida pelos pacientes em dias em que a sala de espera se encontra cheia, o que pode gerar atrasos e insatisfação do usuário.

Visando ampliar o acesso do usuário ao serviço, Brasil (2019) traz a importância de se utilizar da Carteira de Serviços que é um documento que pode ser adaptado municipalmente e visa orientar sobre as ações de saúde da APS. Revisa e define normas e diretrizes para o funcionamento das equipes assim como o conjunto de atividades assistenciais ofertadas à população para melhorar a qualidade do atendimento.

2. JUSTIFICATIVA

O município de SBC diagnosticou em 2018 os seguintes entraves na Atenção Primária: agenda programática (sob responsabilidade da recepção) geradora de grande número de perda primária devido ao alto índice de absenteísmo; elevado tempo de espera na fila da recepção para o agendamento de consultas com datas distantes; baixa resolutividade dos atendimentos devido a padronização do tempo de consulta; aumento do número de atendimentos de casos leves nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); desresponsabilização do autocuidado do usuário; e imediatismo da população para resolução de suas necessidades de saúde (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2019).

Segundo documento acima, com intuito de melhorar a qualidade do atendimento ao cidadão através da garantia do acesso e de tentar sanar alguns dos problemas elencados anteriormente, o Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) decidiu implantar a partir de agosto de 2018 o Acesso Avançado em 100% das UBS.

Diante da inovação do modelo de agendamento trazida pela proposta do Acesso Avançado, faz-se necessário o conhecimento dos desafios e potencialidades no funcionamento desse instrumento. Posteriormente a esse estudo, as descobertas poderão auxiliar adequações em processos semelhantes já implantados ou em novas implantações dentro e fora do município de SBC.

Questões disparadoras:

Como os profissionais da Atenção Primária se apropriaram do Acesso Avançado em seu cotidiano de trabalho? De que maneira a equipe se organizou para lidar com a demanda originada por esse dispositivo?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção das equipes a respeito do Acesso Avançado como arranjo para organização da demanda na Atenção Primária do município de São Bernardo do Campo/SP.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar as práticas desenvolvidas pelas equipes para organizar a demanda.
- Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre a proposta do Acesso Avançado.
- Identificar na percepção das equipes as possíveis contribuições, limitações e desafios do Acesso Avançado de modo a nortear a implementação em SBC e em outros municípios brasileiros.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio do estudo de caso. Esta metodologia pode ser observada nos trabalhos de Mostério (2016), Rodrigues (2018) e Santos (2018).

Knauth e Victoria (2012), definem como pesquisa qualitativa aquela que tem por objetivo compreender os significados, valores, concepções e relações sociais implicadas no processo saúde-doença. Trata-se de uma metodologia apta a responder questões sobre os significados, sentidos, tipos de relações estabelecidas e valores que orientam práticas sociais.

Hartz (1997) define estudo de caso como uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A potência explicativa decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades.

Segundo Minayo (2007), os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. São úteis para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.

4.2 Escolha do Caso

Diante da proposta municipal de implantação do Acesso Avançado em 100% das UBS de SBC no ano de 2019, para melhoria do acesso e garantia de qualidade no atendimento, torna-se relevante a análise do processo de implantação, bem como dos desafios e potencialidades encontrados no cotidiano do modelo.

O município de SBC apresentou nos últimos 10 anos: a ampliação na Atenção Primária através de investimentos significativos nas reformas e construções de UBS, prédios dos serviços especializados, UPAS e Hospitais; contratações e capacitações de funcionários, com o intuito de estimular melhorias no atendimento ao paciente por meio da tentativa de garantia do

acesso, cuidado continuado e vínculo. Dessa maneira, tornou-se um município interessante para se realizar essa pesquisa.

4.2.1 O município de SBC e os aspectos relevantes da rede de saúde

O Município de SBC faz divisa com os municípios de Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, Cubatão, São Paulo e São Vicente. A Represa Billings banha 6 dos 7 municípios da região, exceto São Caetano do Sul.

Situa-se na Região da Grande ABC, ou ainda ABCD Paulista, uma região tradicionalmente industrial do estado de São Paulo. A sigla vem das três cidades que, originalmente, formavam a região, sendo: Santo **A**ndré (A), São **B**ernardo do Campo (B) e São **C**aetano do Sul (C). Às vezes, **D**iadema (D) é incluída na sigla apesar de não representar nenhum santo.

Segundo o IBGE (2019), no ano de 2018, SBC contava com área territorial de 409,532 Km² e população aproximada de 833.240 habitantes. Já o último Censo de 2010 dispõe de 765.463 pessoas, o que resulta em uma densidade demográfica de 1.869,36 hab/km².

Em São Bernardo do Campo, o número de equipes da ESF implantadas no município passou de 16 em dezembro de 2008, para 136 em dezembro de 2017, perfazendo uma cobertura estimada de equipes de ESF de 55,64% e equipes de atenção primária de 58,19% em relação à população municipal, de acordo com o histórico de cobertura do Ministério da Saúde divulgado por meio do e-Gestor, segundo o qual 1 equipe cobriria 3.363 pessoas (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017).

A Atenção Primária de SBC é composta por 9 territórios de Saúde atendidos por 34 UBS geridas diretamente pelo município, sendo 32 ESF e 2 UBS Tradicionais. Dos 34 coordenadores, 7 são estatutários, destes, 6 assumiram o cargo através de processo seletivo interno e os outros não estatutários foram contratados por escolha do DAPS. Cada equipe de ESF é formada por profissional médico generalista, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, dentista, técnico e/ou auxiliar de odontologia (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017).

Levando em consideração que a portaria 99 de 7 de fevereiro de 2020 orienta a alteração das nomenclaturas das equipes que compõem as UBS, segue a organização atualizada pelo município na tabela abaixo:

Quadro 1. Divisão das 34 UBS de SBC por território, com descrição e quantitativo das equipes por Unidade assim como dos funcionários e população.

Nome Fantasia da UBS	Nº de Equipes de Atenção Primária EAP	Nº de Equipes de Saúde da Família ESF	Nº de Equipes de Saúde Bucal ESB	Nº de Equipes do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Primária ENASFAP	Nº Total de funcionários nas UBS	Estimativa de população 2016 por UBS
Território 1						
Taboão	1	6	0	1	85	28.717
Paulicéia	0	4	2	0	61	26.514
Jordanópolis	0	3	2	1	60	16.454
Território 2						
Planalto	0	6	2	1	103	31.802
Rudge Ramos	0	3	0	1	74	21.493
Caminho do Mar	0	3	3	0	53	22.559
Vila Dayse	2	0	0	0	49	22.837
Território 3						
São Pedro	1	9	5	1	119	41.995
Farina	0	6	4	0	77	26.863
Parque São Bernardo	1	6	3	1	97	26.249
Território 4						
Santa Teresinha	3	0	0	0	50	40.087
Baeta Neves	0	3	3	0	72	25.921
Vila Euclides	0	3	3	1	74	19.706
Território 5						
Leblon	0	6	4	0	83	33.460
Ferrazópolis	0	6	4	1	81	18.639

Selecta	0	3	2	0	41	11.233
Silvina	0	6	4	1	83	28.636
Montanhão	0	3	2	0	59	7.128
Território 6						
Alves Dias	2	6	3	1	87	36.445
Nazareth	1	6	4	0	81	20.455
Vila Rosa	0	4	1	0	55	23.871
Vila Marchi	0	6	3	1	112	44.113
Território 7						
Alvarenga	2	6	4	1	105	38.519
Orquídeas	0	6	5	1	97	19.861
Jardim das Oliveiras	0	1	0	0	12	3.001
Ipê	2	6	2	1	116	36.774
União	0	7	3	1	118	32.764
Território 8						
Demarchi	0	3	3	1	92	34.910
Batistini	0	3	2	1	72	16.020
Represa	0	6	2	0	74	19.680
Território 9						
Riacho Grande	1	4	2	0	64	14.062
Finco	0	3	2	1	54	11.080
Santa Cruz	0	5	5	1	75	10.328
Areião	1	3	2	0	51	10.066
Total	17	151	86	19	2586	822.242

Fonte: site: cnes.datasus.gov.br dia 16/8/2020 e Boletim de informação em saúde de SBC 2018.

Segundo São Bernardo do Campo (2018), a estimativa de população 2016 foi calculada com base em nascimentos e óbitos por bairro, estimativa IBGE 2010 e percentual da área (m²) do setor contido nos territórios delimitados.

Ao focar-se nas ações desenvolvidas pelas UBS verifica-se a realização de: atendimentos odontológicos, profissionais individualizados e em grupos, acolhimentos, vacinações, grupos educativos, visitas domiciliares, mutirões, campanhas de saúde e ações intersetoriais. As equipes têm suas ações fortalecidas pelo: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ), matriciamentos e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Realizam ainda o monitoramento das ações por meio de indicadores de saúde, tendo como principal objetivo a implementação e qualificação das ações de saúde para a população no município (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017).

As UBS de São Bernardo do Campo contam com o profissional orientador de fluxos que acolhe e orienta o paciente na porta de entrada da UBS e um “Acolhimento Geral” caso o cidadão necessite de atendimento fora do período do Acesso Avançado de referência. São realizados agendamentos programáticos para crianças e gestantes. Dessa forma, toda a equipe precisa estar mobilizada e alinhada para receber os usuários nas 2hs reservadas para o Acesso Avançado (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2019).

Quanto ao fluxo, o documento acima orienta que: o cidadão será recepcionado pelo orientador de fluxos que o encaminhará para equipe de referência (ACS, NASF, odontologia ou Enfermagem), a qual o acolherá e o direcionará ao médico ou enfermeiro; esses profissionais poderão atender em consultório juntos ou separados e contar com apoio do NASF para fortalecer o Acesso Avançado; os casos leves serão atendidos no mesmo dia e os complexos ou por preferência do cidadão poderão ser agendados para até 48 horas.

4.3 Técnicas de Produção de Dados

A produção de dados ocorreu a partir da aplicação de questionários a gestores locais (coordenadores de UBS) e profissionais de equipes de duas UBS.

Anteriormente à aplicação dos questionários nas duas fases da pesquisa, eles foram previamente aplicados a 1 coordenador e 4 multiprofissionais e receberam pequenos ajustes.

Foram utilizadas fontes secundárias como documentos norteadores e orientadores municipais e relatórios de gestão municipal fornecidos pela gestão da Atenção Primária para construção das categorias de análise.

A aplicação dos questionários se deu em 2 fases complementares, a fim de apreender a percepção de diversos segmentos envolvidos diretamente na

prática do Acesso Avançado. A primeira foi destinada aos coordenadores de UBS.

Na segunda fase, foram escolhidas em um processo de amostra intencional, 02 (duas) UBS do município de SBC. Os integrantes das equipes de cada UBS foram convidados a responderem um questionário, o qual foi preenchido na própria Unidade, na presença do pesquisador.

Os dois instrumentos consistiam em questionários semiestruturados conforme anexos I e II, para conhecermos a aproximação dos funcionários com o tema, suas percepções sobre a prática desse dispositivo em seus cotidianos de trabalho e quais os desafios, potencialidades que consideram ser relevantes para o Acesso Avançado no município.

Conforme Marconi e Lakatos (2011), o questionário é um instrumento investigativo baseado geralmente em um grupo representativo da população em estudo e destinado à coleta de dados. Trata-se de um conjunto de perguntas ordenadas de acordo com um critério predeterminado.

4.4 Participantes do Estudo

Segundo Minayo (2007), a amostragem em pesquisa qualitativa envolve problemas para escolha do grupo. Quem entrevistar, como e o que observar, o que, e com quem discutir sobre o assunto da pesquisa, são questões que fazem parte da construção de uma amostra qualitativa ideal.

Segundo Cooper e Schindler (2003), a amostragem intencional se divide em três critérios: por julgamento, por quota e por bola de neve. Utilizamos aqui a amostragem intencional por julgamento, na qual o pesquisador seleciona uma observação para atender a um critério da pesquisa.

Para a composição intencional da amostra de UBS, foram utilizados os critérios de maior tempo de implantação do Acesso Avançado e composição de equipes diferentes sendo uma UBS Tradicional sem ESF e uma UBS com ESF.

Na primeira fase, participaram desse estudo 23 coordenadores de UBS que de algum modo vivenciaram o processo de capacitação junto ao Departamento de Atenção Primária, implantação e/ou prática do Acesso Avançado em sua Unidade de atuação. Essa fase foi realizada em fevereiro de 2020 durante reunião de coordenadores com o Departamento de Atenção

Primária à Saúde onde foram aplicados quinze questionários presenciais. Por motivo de férias ou indisponibilidade de tempo para responder o documento no dia da reunião, oito coordenadores encaminharam posteriormente por e-mail ou malote seus questionários.

Estavam previstos para primeira fase um total de trinta e quatro questionários, vinte e três foram respondidos, pois, 5 UBS acabavam de receber novos coordenadores que desconheciam o processo de capacitação, implantação e prática do Acesso Avançado não podendo dessa forma participarem da pesquisa. Dos seis coordenadores restantes, um era representado por minha pessoa que como pesquisadora não poderia responder ao questionário e cinco pessoas que não aceitaram participar da pesquisa.

A segunda fase foi efetivada entre o final do mês de janeiro e início de fevereiro de 2020 e participaram os integrantes das equipes de 02 UBS, eleitas por amostragem intencional. Os questionários foram aplicados em dias combinados com os coordenadores das UBS que acompanharam a pesquisadora direcionando os trabalhadores mediante grau de participação no Acesso Avançado, disponibilidade e aceitação de participação na pesquisa.

Nas UBS, foram convidados 5 funcionários a participar da pesquisa, dentre eles estavam: profissional enfermeiro, médico (generalista, clínico geral, ginecologista e pediatra), técnico e/ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, técnico e/ou auxiliar de odontologia, recepcionista e integrante do NASF.

4.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados das questões fechadas do questionário foi utilizada a análise descritiva. Esta, segundo Reis e Reis (2002), tem como objetivo organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos. Com o auxílio do programa Microsoft Excel (pacote office 2010), as respostas foram tabuladas, agrupadas em categorias e apresentadas sob o formato de gráficos, tabelas e quadros.

Para as questões abertas do questionário, utilizamos a abordagem teórico-metodológica da análise de conteúdo. Segundo Spink (2010), tudo tem algo a contar, só é preciso aprender a ouvir.

4.6 Considerações Éticas

Conforme exigências éticas e científicas das resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), através da plataforma Brasil com CAAE 19273019.0.0000.5469 e aprovação pelo parecer 3.572.613.

A pesquisa também foi apresentada ao setor de Educação Permanente do Município de SBC e somente iniciou após a aprovação nestas duas instâncias. Todos os participantes tomaram conhecimento dos objetivos do estudo e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem incluídos na pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os dados obtidos através dos questionários aplicados aos coordenadores e multiprofissionais de UBS.

Na discussão, realça-se minha experiência de 14 anos como coordenadora de UBS no município de SBC em diálogo com os referenciais teóricos que se mostraram pertinentes.

Iniciaremos a discussão com os dados primários – questionários, seguidos da análise de conteúdo elaborada a partir dos desafios e potencialidades percebidas pelos coordenadores e equipes das UBS com a prática do Acesso Avançado.

5.1 ACESSO AVANÇADO: IMPLANTAÇÃO, PRÁTICA E DOCUMENTOS MUNICIPAIS

A priori, são apresentados os resultados dos dados relacionados ao perfil dos participantes e a avaliação do conhecimento dos multiprofissionais das UBS sobre Acesso Avançado antes da implantação, bem como o mês e ano da implantação nas UBS.

5.1.1 Perfil dos Coordenadores ou Gerentes de UBS

Segundo Brasil (2017), o coordenador/gerente de UBS é um profissional com o papel de fortalecer a atenção à saúde prestada pelas equipes à população adscrita de acordo com as necessidades do território, organizar os processos de trabalho, coordenar ações de territorialização, realizar junto à equipe o diagnóstico situacional, planejar, orientar e monitorar ações avaliando os resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, resolver e mediar conflitos.

Ainda segundo a referência teórica acima, o gerente deve assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Primária, verificando sua consistência, estimulando a análise e planejamento das ações, qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de

usuários, apoiar a referência e contrarreferência entre equipes da Atenção Primária e dos diferentes pontos de atenção, promover Educação Permanente, desenvolver gestão participativa e tomar as providências cabíveis em ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade.

Quando se fala em cargo de gestão, pode-se observar um distanciamento da prática quando se trata de cargos exercidos em serviços que não lidam com o atendimento do usuário no dia a dia. Pensando sob este ponto de vista, se faz relevante o emprego de coordenadores qualificados.

Motta (2003) descreve o trabalho gerencial como a arte de pensar, decidir, agir, fazer acontecer e obter resultados numa interação humana constante. O qual se diferencia de outras atividades técnicas e administrativas onde as atribuições funcionais recebem definições claras, gerando comportamentos rotineiros.

Já Brasil (2017) diz que o gerente de Atenção Primária é um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior que deve garantir o planejamento em saúde de acordo com as necessidades do território, a organização do processo de trabalho, a coordenação e a integração das ações. Este profissional não pode integrar as equipes vinculadas à UBS e deve possuir experiência na Atenção Primária, preferencialmente de nível superior.

Em São Bernardo do Campo, o cargo de coordenador de UBS foi criado através da lei municipal 5527 de 8 de junho de 2006.

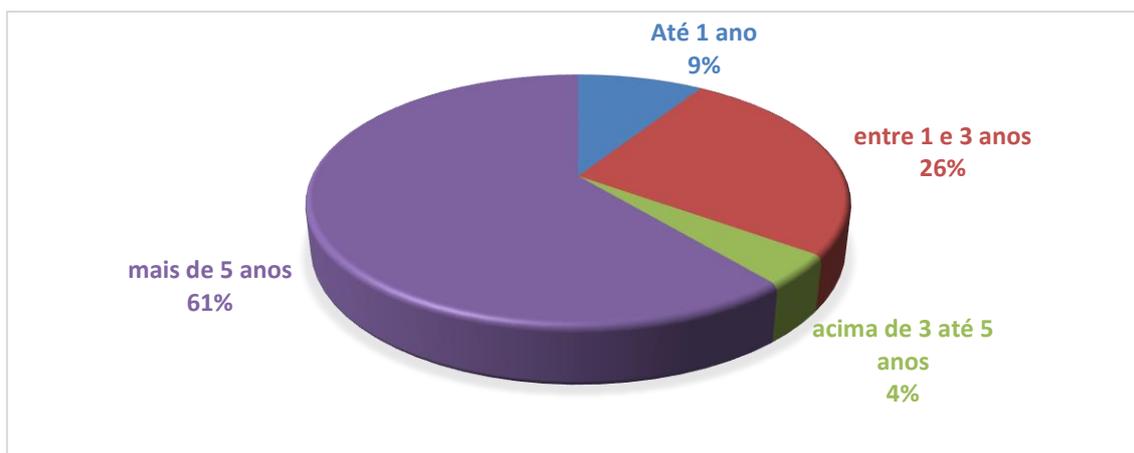
O tempo de atuação do coordenador na UBS de referência e em cargos/função de gestão na área da saúde, dentro ou fora de SBC, permitiram uma primeira análise quanto à compreensão do processo de prática do Acesso Avançado considerando que em 2019 houve capacitações e discussões sobre o assunto pelo grupo técnico de Acesso Avançado coordenado pelo DAPS de SBC aos 34 coordenadores de UBS e para um representante multiprofissional por Unidade. Profissionais estes que se tornaram multiplicadores dentro das equipes de cada UBS.

Gráfico 1. Distribuição do tempo de gerência do coordenador na UBS de atuação (em anos)



No gráfico 1 verifica-se que, referente ao tempo de gerência na UBS de atuação, dos 23 coordenadores que participaram da pesquisa 15 deles (65%) tinham entre 1 e 3 anos, 5 (22%) possuíam mais de 5 anos, 3 deles (13%) tinham até 1 ano e nenhum deles ou 0% possuía entre 3 e 5 anos. Dados que podem indicar uma alta rotatividade de coordenadores na rede.

Gráfico 2. Distribuição do tempo em cargos/funções de gestão na área da saúde dentro ou fora de SBC (em anos)



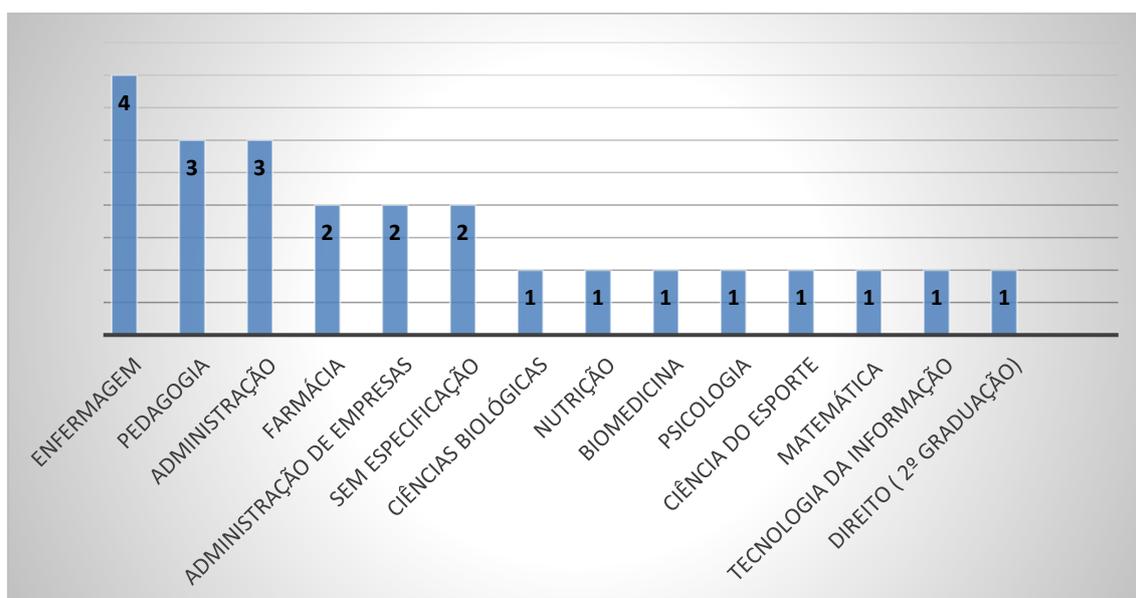
No gráfico 2 que se refere ao tempo de atuação do coordenador em cargos/funções de gestão na área da saúde, o resultado permite avaliar o tempo de convivência do profissional com temas relacionados à gestão e com a prática do Acesso Avançado, podendo demonstrar sua experiência.

Dos 23 coordenadores que responderam à questão referente ao tempo em que atuam em cargos/funções de gestão dentro ou fora de SBC, 14 deles (61%) tinham experiência de mais de 5 anos, 6 deles (26%) tinham entre 1 e 3 anos, 2 deles (9%) até 1 ano e 1 deles (4%) de 3 a 5 anos.

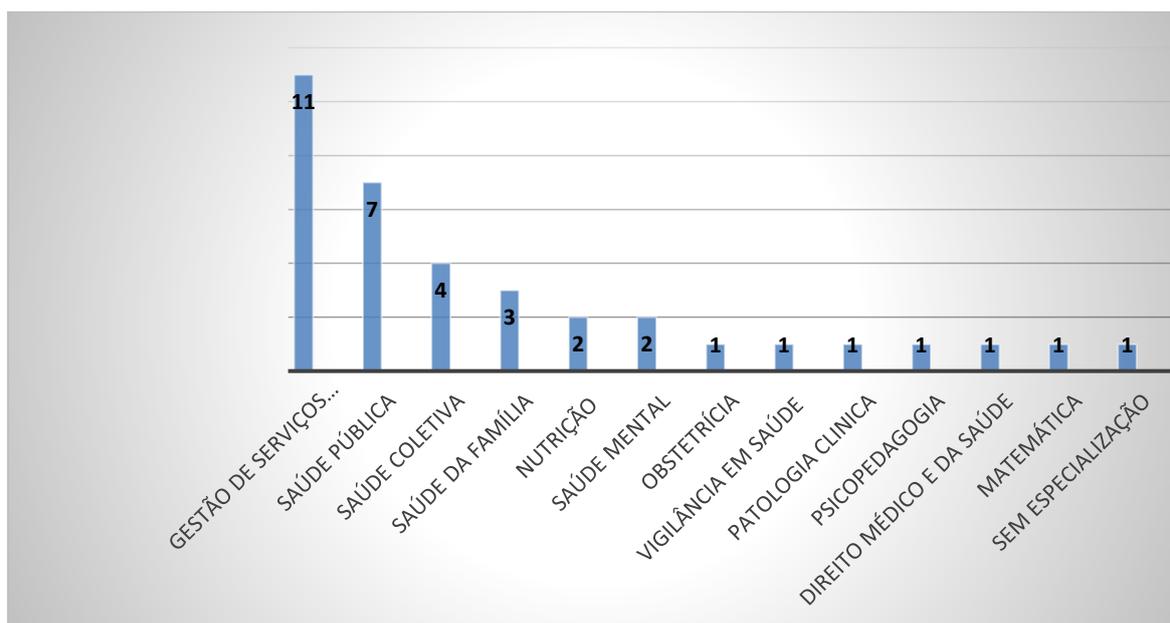
Pode-se analisar que o fato de 14 (61%) dos coordenadores possuírem experiência de gestão há mais de 5 anos dentro ou fora do município não indica o nível de conhecimento sobre Acesso Avançado.

Segundo São Bernardo do Campo (2018), os coordenadores de UBS do município são comprometidos e entendem a proposta do Acesso Avançado, todavia, esbarram no fato de que os novos gerentes possuem pouco conhecimento sobre este dispositivo.

Gráfico 3. Distribuição dos cursos de graduação dos coordenadores de UBS



No gráfico 3 que se refere aos cursos de graduação dos coordenadores de UBS, o resultado permite avaliar que os 23 coordenadores ou seja 100% possuem graduação, sendo que 1 deles se graduou em 2 cursos. Do total, 14 coordenadores (61%), informaram ser graduados na área da saúde, 2 deles (9%) não informaram o nome do curso e 7 coordenadores (30%) informaram ter realizado graduação fora da área da saúde.

Gráfico 4. Distribuição dos cursos de especializações dos coordenadores de UBS

No gráfico 4 que se refere aos cursos de especialização realizados pelos coordenadores de UBS, o resultado permite analisar que dos 23 participantes da pesquisa, 1 não cursou especialização e informou ter se graduado em curso que não pertence a área da saúde e 22 realizaram algum tipo de formação especializada. Destes, 11 possuem o segundo curso e 2 o terceiro.

Apenas 1 coordenador referiu ter realizado residência em saúde da família, e nenhum deles realizou mestrado nem doutorado.

Diante do fato dos 23 coordenadores entrevistados, 100% ter graduação e 22 deles (96%) ter especialização na área da saúde, pode-se verificar sob este aspecto quando avaliado isoladamente, um quadro favorável para o exercício da função. Todavia, chama a atenção o fato que nenhum deles tenha realizado um mestrado o que talvez se deva ao distanciamento entre a área acadêmica e a assistencial ou por não receberem incentivo para tal.

5.1.2 Perfil dos multiprofissionais e dos coordenadores das UBS Tradicional e com ESF

Tabela 1. Profissão e número de profissionais da UBS Tradicional de SBC participantes da pesquisa

Profissão	Nº
Médico/a Clínico/a Geral	2
Enfermeiro/a	1
ACS	1
NASF	1
Coordenador	1
Total	6

Na tabela 1 pode-se analisar que 6 funcionários da UBS Tradicional participaram da pesquisa. Dentre eles estão 2 médicos/as clínicos/as gerais, 1 enfermeiro/a, 1 ACS, 1 profissional pertencente ao NASF e o/a coordenador/a da UBS.

Segundo dados do site cnes.datasus.gov.br (2020), o quadro de trabalhadores dessa Unidade é composto por 50 funcionários.

O/A coordenador/a desta UBS referiu ter graduação e especialização na área da saúde, trabalhar com gestão a até 3 anos e gerenciar a UBS de atuação a até 1 ano. Diante deste relato, pode-se analisar que o/a profissional apresenta formação para atuar na função.

Relatou ainda por escrito no questionário que não acompanhou a implantação do Acesso Avançado (entre os meses de março e maio de 2019), pois, na época não estava como coordenador/a da UBS em questão, todavia, informou ter experiência de até 1 ano com a prática do dispositivo.

Vale salientar que esta UBS funciona em uma casa de 1 andar e seus espaços foram adaptados às necessidades das equipes. Mais adiante, para que seja possível interpretar alguns dados, esta informação será de grande valia.

Tabela 2. Profissão e número de profissionais da UBS com ESF de SBC participantes da pesquisa

Profissão	Nº
Médico/a Generalista	1
Técnico/a ou auxiliar de Enfermagem	1
ACS	1
Técnico/a e/ou auxiliar de odontologia	1
Recepcionista	1
Coordenador	1
Total	6

Na tabela 2 pode-se analisar que 6 funcionários da UBS com ESF participaram da pesquisa. Dentre eles estão 1 médico/a generalista, 1 técnico/a ou auxiliar de enfermagem, 1 ACS, 1 técnico/a e ou auxiliar de odontologia, 1 recepcionista e o/a coordenador/a da UBS.

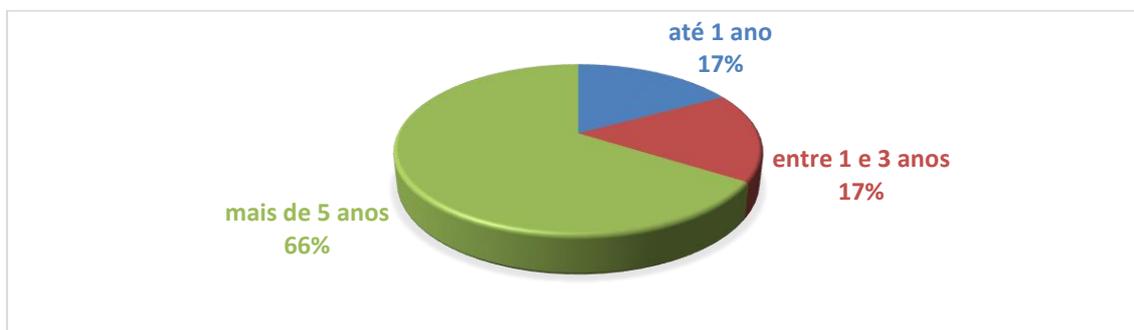
Segundo dados do site cnes.datasus.gov.br (2020), 74 funcionários compõem o quadro de trabalhadores dessa Unidade.

O/A coordenador/a desta UBS referiu ter graduação, especialização e residência na área da saúde, trabalhar com gestão dentro ou fora de SBC e gerenciar a UBS em questão há mais de 3 anos. Diante deste relato, pode-se analisar que o/a profissional apresenta formação para atuar na função.

Segundo informações dos multiprofissionais participantes da pesquisa, o Acesso Avançado foi implantado em novembro de 2018, antes mesmo das orientações municipais.

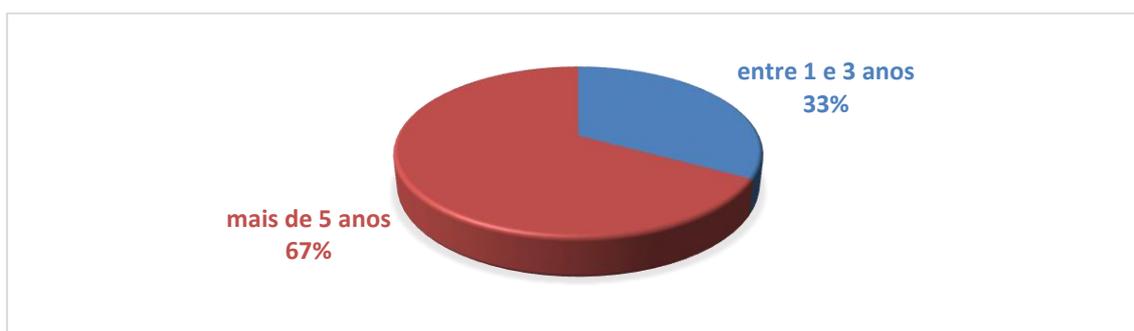
Para que futuramente seja possível interpretar alguns resultados é interessante informar ao leitor que esta UBS foi reformada recentemente e possui o primeiro andar e o térreo.

Gráfico 5. Tempo exercido pelos multiprofissionais na função de atuação na UBS Tradicional (em anos)



No gráfico 5 que representa o tempo dos multiprofissionais exercido na função de atuação na UBS Tradicional (em anos) pode-se analisar que 4 deles (66%) trabalha há mais de 5 anos, 1 deles (17%) trabalha entre 1 e 3 anos e 1 deles (17%) até 1 ano. Fato que pode demonstrar um tempo positivo de atuação no Acesso Avançado já que 5 (83%) dos profissionais participaram da implantação que se deu entre março e maio de 2019 e 6 deles (100%) participaram da prática do processo de Acesso Avançado por mais de 1 ano podendo-se assim elaborar uma análise de qualidade.

Gráfico 6. Tempo exercido pelos multiprofissionais na função de atuação na UBS com ESF (em anos)



No gráfico 6 que representa o tempo dos multiprofissionais exercido na função de atuação na UBS com ESF (em anos) pode-se analisar que 4 deles (67%) trabalha há mais de 5 anos e 2 deles (33%) entre 1 e 3 anos. Fato que pode demonstrar um tempo positivo para uma avaliação da prática do Acesso Avançado, já que 100% dos trabalhadores participantes da pesquisa estão na UBS desde a implantação deste dispositivo que se deu em novembro de 2018.

5.1.3 Grau de conhecimento dos multiprofissionais sobre Acesso Avançado antes da implantação nas UBS de SBC segundo avaliação dos coordenadores

Para analisar o conhecimento dos multiprofissionais relacionado ao Acesso Avançado antes da implantação nas UBS de SBC, os coordenadores foram questionados de como em sua maioria, cada uma das categorias profissionais da UBS estava classificada. Se:

0-Nunca haviam ouvido falar em Acesso Avançado anteriormente;

1-Já haviam ouvido falar em Acesso Avançado, mas não conheciam o funcionamento;

2-Já haviam ouvido falar em Acesso Avançado, conheciam o funcionamento, mas nunca trabalharam com Acesso Avançado;

3-Já trabalharam com Acesso Avançado;

NA-Não se Aplica.

Tabela 3. Avaliação dos coordenadores a respeito dos conhecimentos multiprofissionais sobre Acesso Avançado antes da implantação nas UBS

Multiprofissionais	0	1	2	NA	SEM RESPOSTA
Coordenadores	9%	35%	48%	0%	8%
Generalistas	17%	35%	35%	4%	9%
Clínicos Gerais	22%	30%	9%	30%	9%
Pediatras	21%	22%	22%	22%	13%
Ginecologistas	31%	35%	4%	17%	13%
Médicos Residentes	9%	9%	13%	52%	17%
Enfermeiros	17%	44%	30%	0%	9%
Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem	35%	52%	4%	0%	9%
ACS	44%	43%	4%	0%	9%
Dentistas	35%	43%	9%	4%	9%
Auxiliares e/ou Técnicos de odontologia	13%	26%	48%	4%	9%
Recepcionistas	52%	39%	0%	0%	9%
NASF	39%	35%	4%	9%	13%
Médicos estagiários	9%	9%	9%	60%	13%

Na avaliação dos coordenadores a respeito de seus próprios conhecimentos sobre Acesso Avançado antes da implantação verifica-se que dos 23 ou seja dos 100% dos participantes da pesquisa, 19 deles (83%) informaram já terem ouvido falar em Acesso Avançado, o que facilita a discussão sobre o assunto.

A respeito do conhecimento dos médicos generalistas sobre Acesso Avançado antes da implantação e considerando que das 23 UBS participantes da pesquisa 2 delas não possuem generalistas, pode-se considerar que dos 70% ou 16 deles que já ouviram falar em Acesso Avançado representaria na verdade 76% do total desses médicos na avaliação dos coordenadores.

Referente ao conhecimento dos médicos Clínicos Gerais sobre Acesso Avançado antes da implantação, pode-se observar que 9 deles (39%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

No que se refere à avaliação a respeito do conhecimento dos médicos Pediatras sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se analisar que 44% ou 10 deles já ouviram falar em Acesso Avançado.

A respeito do conhecimento dos médicos Ginecologistas sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se observar que 9 deles ou 39% dos ginecologistas já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

No que se refere à avaliação dos coordenadores a respeito do conhecimento dos médicos residentes sobre Acesso Avançado antes da implantação e considerando-se que das 23 UBS, 7 relataram possuir residentes então pode-se analisar que os 22% dos que já ouviram falar em Acesso Avançado representam na verdade a 72% dos residentes.

Referente ao conhecimento dos Enfermeiros/as sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se verificar que 17 deles (74%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

Na avaliação do conhecimento dos Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se que 13 deles (56%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

A respeito do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se analisar que 11 deles (47%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

Quanto ao conhecimento dos Dentistas sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se analisar que 12 deles (52%) já ouviram falar em Acesso Avançado.

Na avaliação dos coordenadores a respeito do conhecimento dos Auxiliares e/ou técnicos de odontologia sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se avaliar que 17 deles (74%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

A respeito do conhecimento dos Recepcionistas sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se analisar que 12 deles (52%) nunca haviam ouvido falar em Acesso Avançado anteriormente; 9 deles (39%) Já haviam ouvido falar em Acesso Avançado, mas não conheciam o funcionamento e 2 dos coordenadores (9%) não responderam este item da questão.

Referente à avaliação dos coordenadores a respeito do conhecimento dos NASF sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se analisar que 9 deles (39%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado.

A respeito do conhecimento dos médicos Estagiários sobre Acesso Avançado antes da implantação pode-se avaliar que 14 dos coordenadores (60%) responderam que Não se Aplica por não possuírem médicos estagiários. Ao considerar-se que 6 UBS informaram ter estagiários (o que representaria 100%), pode-se analisar que 2 deles (18%) já haviam ouvido falar em Acesso Avançado representam na verdade 67%.

Diante da análise das 14 categorias de funcionários avaliadas pelos coordenadores de UBS, segue a classificação em ordem crescente das que já haviam ouvido falar em Acesso Avançado, mas não conheciam o funcionamento e já haviam ouvido falar, conheciam o funcionamento, mas nunca trabalharam com Acesso Avançado:

1º lugar: Coordenador de UBS com 83%

2º lugar: Médicos Generalistas com 76%

3º lugar: Enfermeiros/as e Auxiliares e/ou Técnicos de odontologia com 74%

4º lugar: Médicos Residentes com 72%

5º lugar: Médicos Estagiários com 67%

6º lugar: Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem com 56%

7º lugar: Dentista com 52%

8º lugar: Agentes Comunitários de Saúde com 47%

9º lugar: Pediatra com 44%

10º lugar: Ginecologista, Clínico Geral, Recepcionista e NASF com 39% cada uma das categorias

Ao analisar os dados, pode-se notar que todas as categorias já haviam ouvido falar e/ou conheciam o funcionamento do Acesso Avançado, mas quando avaliada em sua maioria pelos coordenadores de UBS, nenhuma delas trabalhou com esse dispositivo antes da implantação nas UBS de SBC.

Considerando-se o fato do coordenador de UBS estar relacionado diretamente à gestão e do generalista e enfermeiro possuírem uma visão da clínica ampliada é compreensível que apareçam consecutivamente em primeiro, segundo e terceiro lugar quando relacionados ao fato de já terem ouvido falar do Acesso Avançado.

Segundo São Bernardo do Campo (2019), inicialmente o Acesso Avançado seria apresentado pelo coordenador a todos os funcionários, conselhos locais e UPA através de slides fornecidos pelo DAPS.

Pode-se levar em consideração para realizar esta análise, o fato de que os coordenadores de UBS juntamente a um funcionário escolhido pela equipe, que em sua maioria foi um enfermeiro ou um generalista participaram do treinamento de Acesso Avançado realizado pelo DAPS e se tornaram multiplicadores em suas Unidades.

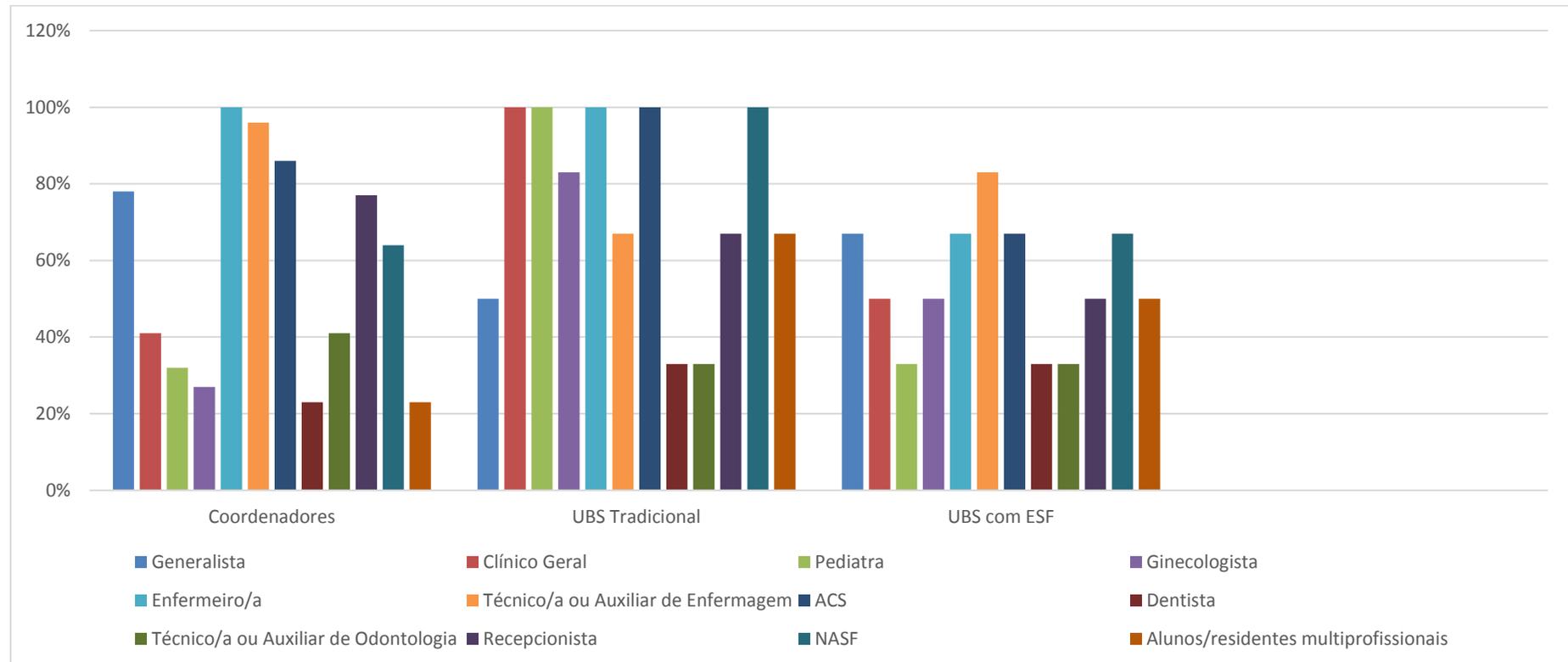
Quando se verifica nas últimas colocações a presença dos pediatras, clínicos gerais e ginecologistas, pode-se levar em consideração que por possuírem um olhar geralmente ambulatorial ou matricial, não se envolvem com a prática do Acesso Avançado.

Chama a atenção encontrar os profissionais do NASF em última colocação como conhecedores do Acesso Avançado. Isto porque tiveram e têm como função a realização do matriciamento sobre a prática deste dispositivo junto à equipe.

Quanto aos médicos residentes e estagiários aparecerem em 4º e 5º colocação consecutivamente, o que pode ter a ver com o fato de os cursos de medicina não abordarem esta prática

5.1.4 Profissionais que participam do Acesso Avançado

Gráfico 7. Frequência com que os multiprofissionais participam do Acesso Avançado



Ao comentarmos o gráfico 7, analisaremos em sua maioria até o quinto lugar, os profissionais mais envolvidos no Acesso Avançado.

- Coordenadores:

1º lugar: enfermeiros

2ºlugar: técnico/a ou auxiliar de enfermagem

3ºlugar: ACS

4ºlugar: generalistas das UBS com ESF

5º lugar: recepcionista

Elencaram em último lugar como profissionais menos envolvidos no processo os dentistas e alunos/residentes multiprofissionais.

- UBS Tradicional:

1º lugar: generalista, clínico geral, pediatra, enfermeiro, ACS e NASF

2ºlugar: ginecologista

3ºlugar: técnico/a ou auxiliar de enfermagem, recepcionista e alunos/residentes multiprofissionais

4ºlugar: dentista e técnico/a ou auxiliar de odontologia

Elencaram em último lugar como profissionais menos envolvidos no processo o dentista e o técnico/a ou auxiliar de odontologia.

- UBS com ESF:

1º lugar: técnico/a ou auxiliar de enfermagem

2ºlugar: enfermeiro/a, generalista, ACS e NASF

3ºlugar: clínico geral, ginecologista, recepcionista e alunos/residente multiprofissionais

4ºlugar: pediatra, dentista e técnico/a ou auxiliar de odontologia

Elencaram em último lugar como profissionais menos envolvidos no processo o pediatra, dentista e técnico/a ou auxiliar de odontologia.

Chama a atenção o fato de que os coordenadores elencaram o NASF em 6º lugar, já que estes profissionais deveriam estar 100% envolvidos nos processos de capacitação e prática do Acesso Avançado. Outro ponto importante é que as três categorias informaram que a odontologia, no papel do dentista e/ou do técnico/a ou auxiliar de odontologia, encontram-se afastados deste dispositivo.

O fato de 3 funcionários da equipe da UBS Tradicional terem informado que generalistas participam do Acesso Avançado nos leva a pensar se eles desconhecem o significado da palavra ou apenas se confundiram. Visto que esta Unidade não possui ESF e não conta com a prestação de serviços dos generalistas.

Ao comparar a primeira colocação entre as 3 categorias avaliadas, encontramos respostas diferentes que podem estar relacionadas ao ponto de vista de cada profissional ou a composição e particularidade de cada equipe.

Os coordenadores elencaram o enfermeiro como profissional mais envolvido da equipe e isto pode estar relacionado ao fato de que na maioria das equipes este profissional é quem a coordena quando se diz respeito ao Acesso Avançado ficando na linha de frente dos atendimentos.

Já os multiprofissionais da UBS Tradicional elencaram além do enfermeiro, o clínico geral, pediatra, ACS e NASF. Quanto aos profissionais médicos, isto se deve ao fato de que nesta UBS em particular, por não existir generalista, eles realizam o atendimento durante o Acesso Avançado. Os ACS entram como organizadores do processo e o NASF é bem atuante nesta Unidade.

Os multiprofissionais da UBS com ESF elegeram os técnicos ou auxiliares de enfermagem em primeiro lugar, pois na maioria das vezes são eles que realizam a primeira escuta do paciente.

Segundo Curitiba (2014), o ideal seria envolver todos os profissionais disponíveis no Acesso Avançado para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população. Em cada atendimento, o médico, o enfermeiro, o cirurgião dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe do NASF se questionem: “Eu sou o profissional mais adequado para oferecer esse atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do meu atendimento nesse momento?”

É sabido que a participação e do NASF é muito importante no Acesso Avançado visto que são profissionais com formações distintas e podem ofertar diferentes olhares as necessidades de saúde do paciente.

5.1.5. Mês e Ano de implantação do Acesso Avançado nas UBS de SBC segundo os coordenadores

Em relação à implantação do Acesso Avançado, ressalta-se que parece haver diferentes entendimentos por parte dos coordenadores, em parte porque as primeiras discussões municipais sobre o tema iniciaram em 2019, quando a rede primária ainda realizava oficialmente somente o acolhimento à demanda espontânea e foi instituído o documento orientador de Acesso Avançado à demanda espontânea na Atenção Primária.

Segundo São Bernardo Do Campo (2019), a equipe definiria junto ao DAPS a data de início do Acesso Avançado.

Tabela 4. Número e porcentagem de UBS de SBC segundo mês/ano de implantação do Acesso Avançado segundo os coordenadores

MÊS/ANO	Nº	%
FEV/2017	1	4%
SET/2018	3	14%
NOV/2018	2	9%
JAN/2019	1	4%
FEV/2019	3	14%
MAR/2019	5	21%
ABR/2019	3	14%
SET/2019	1	4%
OUT/2019	1	4%
NOV/2019	1	4%
MAR/2020	1	4%
SEM RESPOSTA	1	4%
Total	23	100%

Analisando a tabela 4, referente ao número e porcentagem de UBS de SBC segundo mês/ano de implantação do Acesso Avançado pode-se observar que 17 das Unidades (69%) implantaram este dispositivo a partir de janeiro de 2019. Mês e ano em que o Departamento de Atenção Primária à Saúde de SBC implantou o manual de orientações sobre Acesso Avançado da Demanda espontânea na Atenção Primária. Observa-se que 6 UBS, ou seja, 27% referem ter iniciado o Acesso Avançado entre os anos de 2017 e 2018, anos em que o DAPS ainda não instituíra nenhum documento municipal orientando tal implantação. Fato este que nos chama a atenção, pois, nestes anos algumas

UBS realizavam o chamado “acolhimento por equipe”, processo de acolhimento dos usuários realizado pelos profissionais pertencentes as suas áreas de abrangência em alguns períodos da semana.

Desta forma, com exceção da UBS com ESF participante da pesquisa, a qual iniciou o Acesso Avançado anteriormente às orientações do DAPS por iniciativa própria, as outras 5 Unidades podem ter considerado o “acolhimento de equipe” como Acesso Avançado ou realmente terem iniciado esta prática como forma de buscar estratégias para organização da demanda.

Relacionado ao fato de que 4% ou 1 UBS das 23 participantes da pesquisa não ter preenchido a data de início do Acesso Avançado, encontra-se a não implantação da prática do dispositivo até a data da pesquisa. Pode-se confirmar tal afirmação quando o/a coordenador/a responde à pergunta: Descreva passo a passo como é realizado o Acesso Avançado na UBS em que você atua? da seguinte forma:

“Estamos em planejamento do Acesso”

5.1.6 Mês e Ano de implantação do Acesso Avançado segundo os multiprofissionais das UBS Tradicional e com ESF escolhidas para a pesquisa

Os profissionais participantes da pesquisa da UBS Tradicional incluindo o coordenador informaram que a implantação do Acesso Avançado ocorreu entre os meses de março e maio de 2019 e os da UBS com ESF relataram que foi em novembro de 2018, data anterior a orientação municipal.

5.2 ANÁLISE DOS ESPAÇOS FÍSICOS E SALUBRIDADE DESTINADOS À REALIZAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NAS UBS

A partir daqui levaremos em consideração a visão de Merhy (1998), quando descreve as tecnologias e suas interferências no modo de se trabalhar em saúde.

O autor nos convida a olhar com atenção os processos de trabalho realizados nas intervenções assistências e percebermos que além das ferramentas-máquinas que usamos - como raios X, instrumentos para fazer

exames de laboratórios, examinar o "paciente" ou, mesmo, fichários para anotar dados do usuário, mobilizamos conhecimentos sobre a forma de saberes multiprofissionais. O que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho que está sempre presente nas atividades de Saúde, a qual é denominada leve-dura.

O autor diz ainda que leve é um saber que as pessoas adquirem e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Denomina leve, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se momentos como: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante do pensamento do autor, surge a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em resultados, como maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de maior autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

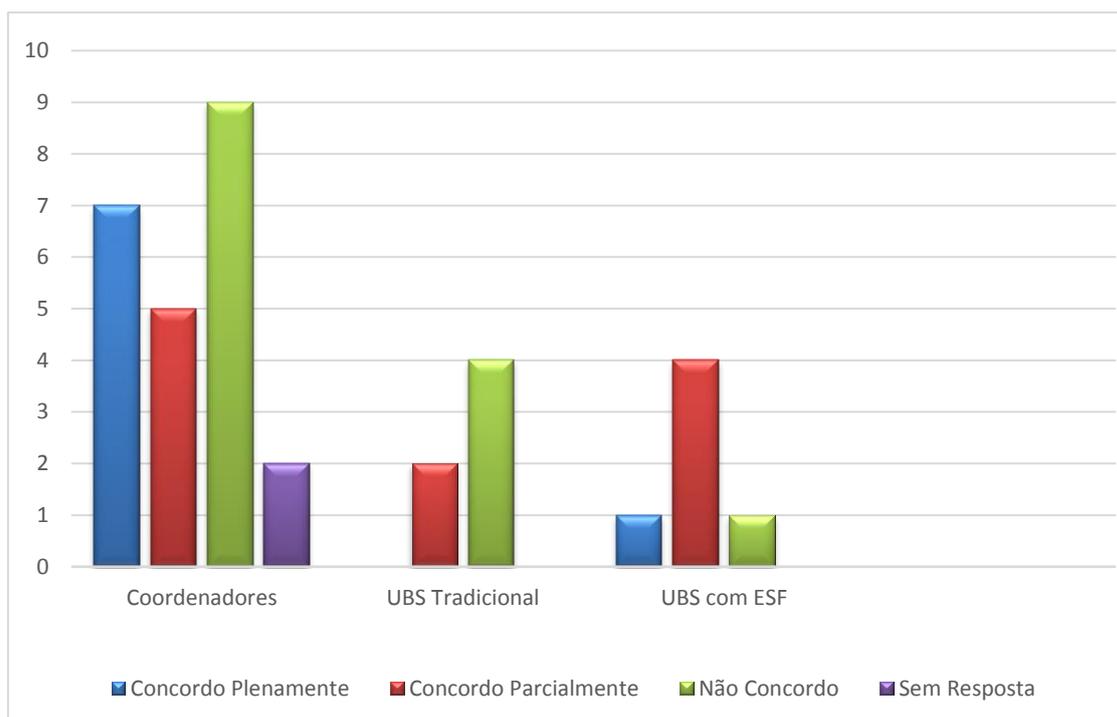
Neste item pode-se visualizar a tecnologia dura representada pelos pontos relacionados à infraestrutura das UBS e sua funcionalidade durante a prática do Acesso Avançado.

Segundo Brasil (2017), a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários levando em consideração a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. A ambiência refere-se ao espaço físico, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para analisarmos o Espaço Físico e Salubridade nas UBS para realização do Acesso Avançado, colocaremos os dados coletados dos coordenadores, UBS Tradicional e UBS com ESF lado a lado. Com a pandemia do COVID-19 este item apresenta alta relevância ao ser analisado, levando em consideração as regras de prevenção da doença. Como ainda não sabemos quando nem como se dará o fim desta situação mundial, lembramos que a pesquisa foi realizada anteriormente ao início da pandemia e provavelmente necessite passar por adequações em futuras implantações quando relacionadas à análise realizada neste item de modo garantir a saúde dos usuários e trabalhadores.

5.2.1 Quantidade de consultórios

Gráfico 8. Quantitativo de consultórios destinados ao uso dos profissionais participantes do Acesso Avançado



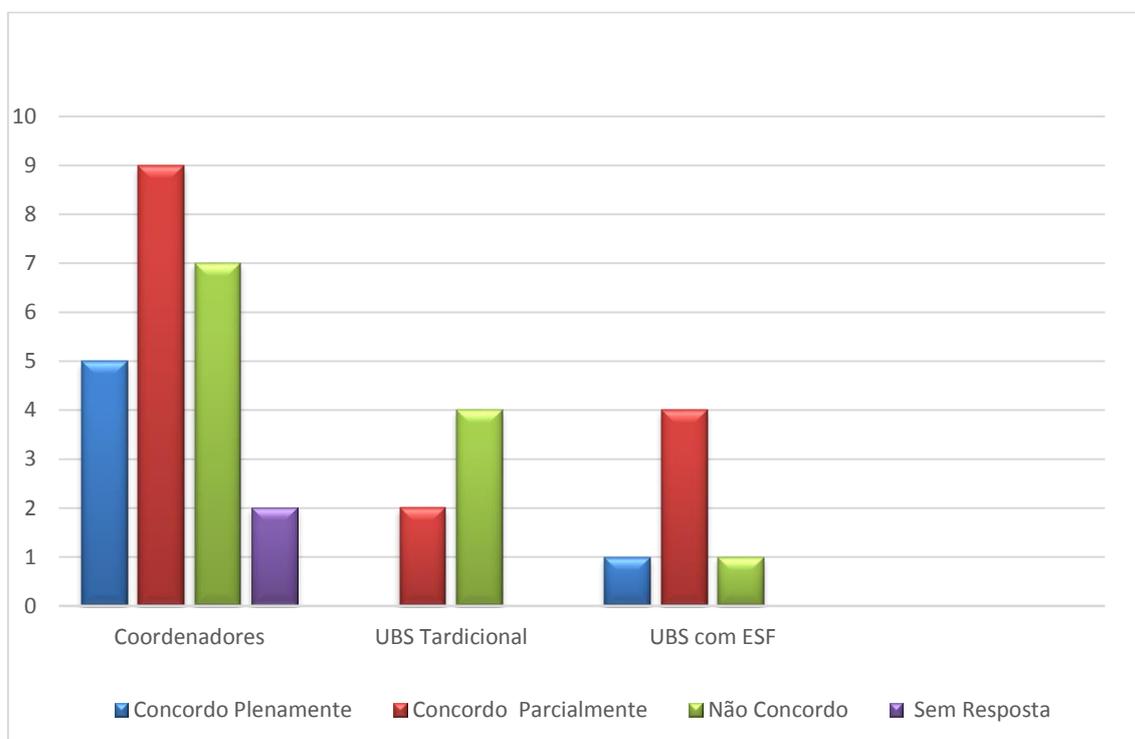
No gráfico 8 pode-se observar que 9 coordenadores ou seja 39% deles e 4 multiprofissionais da UBS Tradicional (67%) referem não concordarem que a quantidade de consultórios destinados a realização do Acesso Avançado seja suficiente. Quanto a avaliação de concordo parcialmente, 5 coordenadores (22%) e 2 multiprofissionais da UBS Tradicional (33%) informaram esta escolha.

Já quando relacionado à UBS com ESF, pode-se notar que 4 dos multiprofissionais (67%) concordam parcialmente.

Desta forma podemos analisar que considerando a maioria, os multiprofissionais da UBS Tradicional não concordam, os coordenadores e multiprofissionais da UBS com ESF concordam que a quantidade de consultórios é suficiente para os profissionais realizarem o Acesso Avançado. Lembramos que a UBS Tradicional funciona em uma casa de 1 andar.

5.2.2 Sons e Ruídos nas salas de espera

Gráfico 9. Sons e ruídos nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado

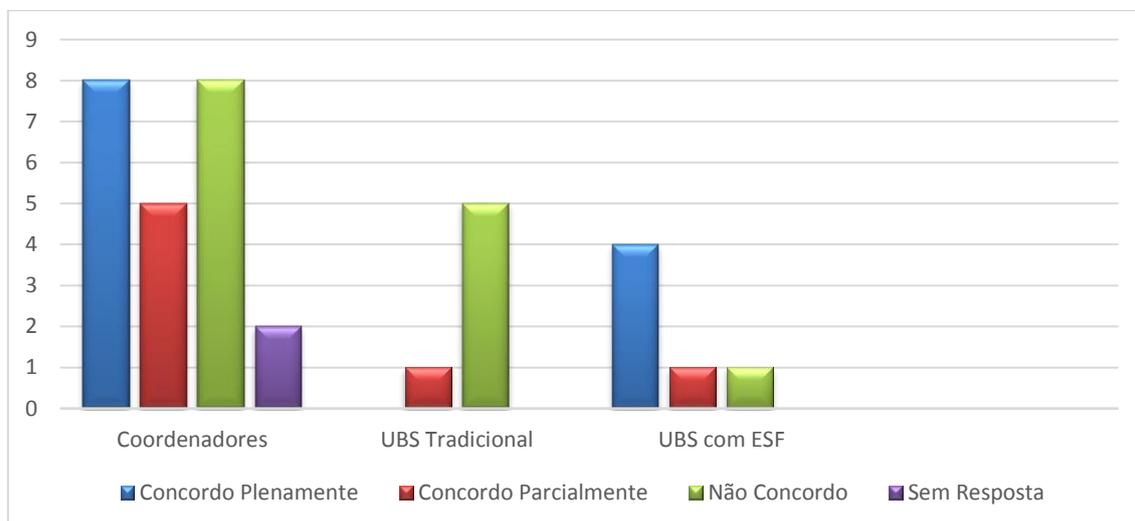


Pode-se analisar que 9 coordenadores, (39%) e 4 dos multiprofissionais da UBS com ESF (67%) concordam parcialmente com a adequação dos sons e ruídos nas salas de espera. Com a resposta não concordam, se identificaram 7 (30%) dos coordenadores, 1 dos profissionais (17%) da UBS com ESF e 4 dos profissionais (67%) da UBS Tradicional. De um modo geral a avaliação é negativa para a adequação dos sons e ruídos produzidos nas salas de espera das três categorias.

Vale lembrar que a UBS Tradicional funciona adaptada em uma casa e quando se avaliam as 3 categorias participantes da pesquisa podem-se verificar que os sons e ruídos nas salas de espera foram avaliados negativamente ou parcialmente em sua maioria. Pode levar-se em consideração o fato de que o Acesso Avançado gera aglomerações de pessoas, que reunidas aproveitam a oportunidade de conversarem entre si, o que gera barulho.

5.2.3 Tamanho do espaço físico das salas de espera

Gráfico 10. Espaço físico das salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado

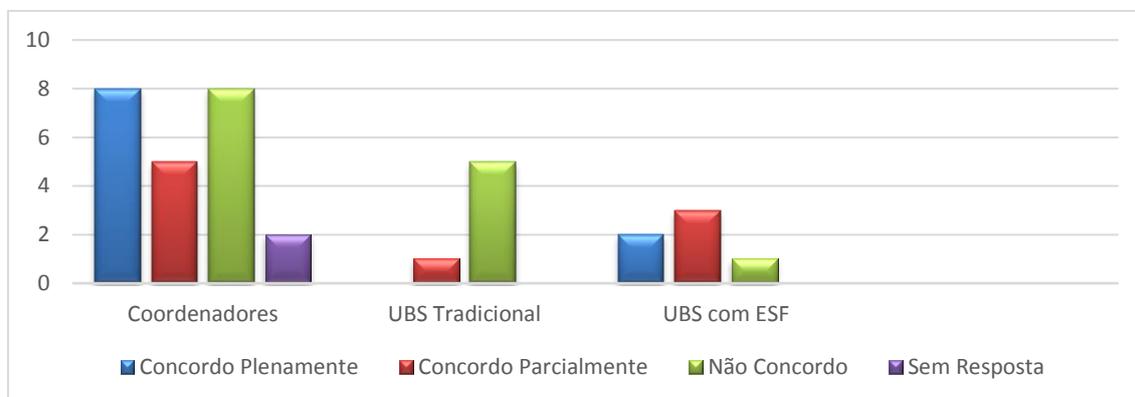


Quanto à adequação do espaço físico das salas de espera, 8 dos coordenadores (35%) informam ser suficiente enquanto, 8 deles (35%) não concordam e 5 (22%) concordam parcialmente. Os profissionais da UBS Tradicional em sua maioria representada por 5 deles (83%) informam serem inadequados os espaços físicos das salas de espera enquanto 4 dos profissionais (66%) da UBS com ESF avaliam como adequado o tamanho das salas.

Pode-se analisar que em sua maioria os coordenadores e profissionais da UBS com ESF avaliaram positivamente o tamanho das salas de espera e os da UBS Tradicional como inadequado.

5.2.4 Quantidade de salas de espera

Gráfico 11. Quantitativo de salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado



No gráfico 11, referente a existência de quantidade suficiente de salas de espera destinadas a usuários do Acesso Avançado encontram-se opiniões divididas.

Se analisarmos a maioria das respostas, nota-se que 8 (35%) dos coordenadores concordam plenamente, 5 (22%) deles concordam parcialmente e 8 (35%) deles não concordam. Os multiprofissionais da UBS Tradicional não concordam em 5 (83%) e os da UBS com ESF concordam parcialmente em 3 (50%) e totalmente em 1 (33%).

Desta forma pode-se notar que o quantitativo de salas de espera é positivo para 57% dos coordenadores e para 83% dos profissionais da UBS com ESF. Todavia, para 83% dos funcionários da UBS Tradicional, a quantidade é insuficiente.

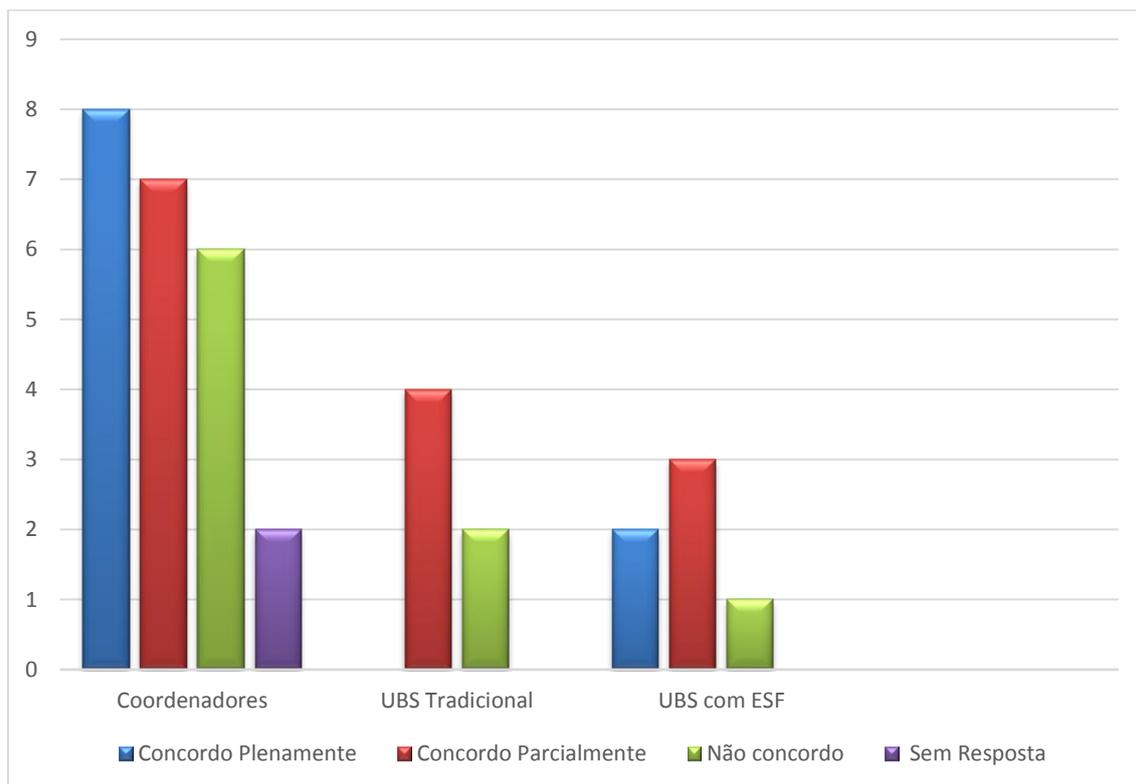
Brasil (2107) diz que é necessário garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes.

Levando-se em consideração que 32 UBS de SBC foram reformadas anteriormente à implantação do Acesso Avançado sendo a Unidade Tradicional uma das 2 que não passou por este processo, observa-se que principalmente ela e as que possuem o maior número de equipes não apresentam um prédio que acomode adequadamente a demanda populacional recebida no Acesso

Avançado. Fato que leva a equipe a pensar em soluções alternativas de utilização de espaços físicos territoriais.

5.2.5 Ventilação nas salas de espera

Gráfico 12. Ventilação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado.

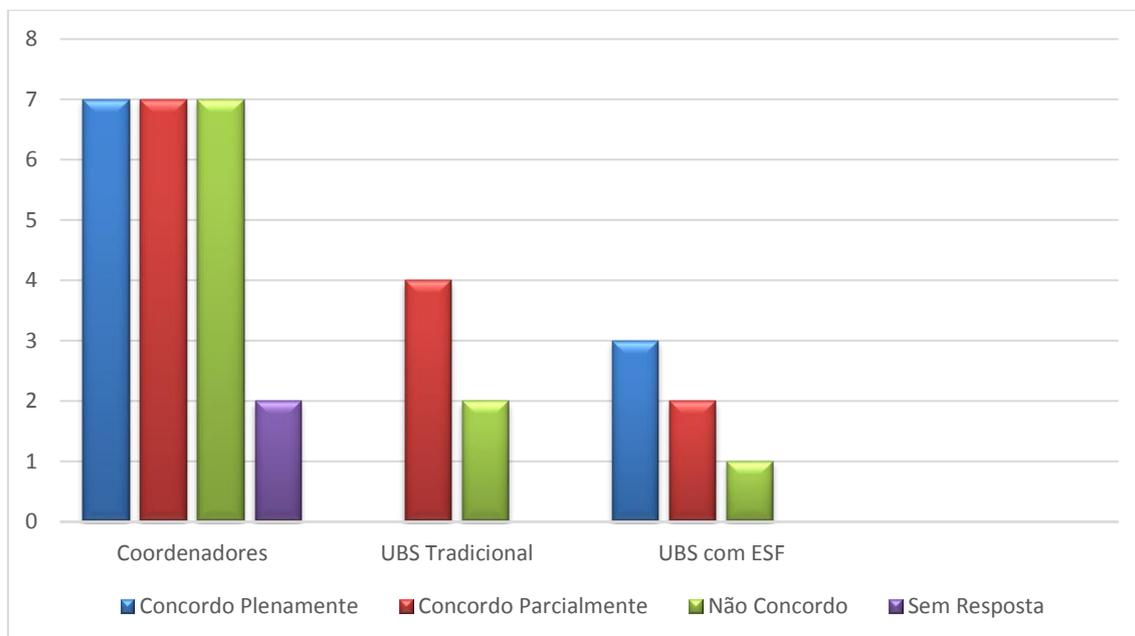


No gráfico 12 pode-se avaliar que quando relacionado a adequação de ventilação nas salas de espera existe uma divisão de informações fornecidas pelos coordenadores visto que 8 deles (35%) concordam plenamente, 7 (30%) concordam parcialmente e 6 (26%) não concordam.

Os funcionários da UBS Tradicional concordam parcialmente em 4 (67%) e discordam em 2 (33%). Já os da UBS com ESF concordam plenamente em 2 (33%) e parcialmente em 3 (50%). De um modo geral as 3 categorias concordam em sua maioria com a adequação de ventilação nas salas de espera.

5.2.6 Quantidade de cadeiras para acomodação dos usuários nas salas de espera

Gráfico 13. Quantitativo de cadeiras para acomodação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado

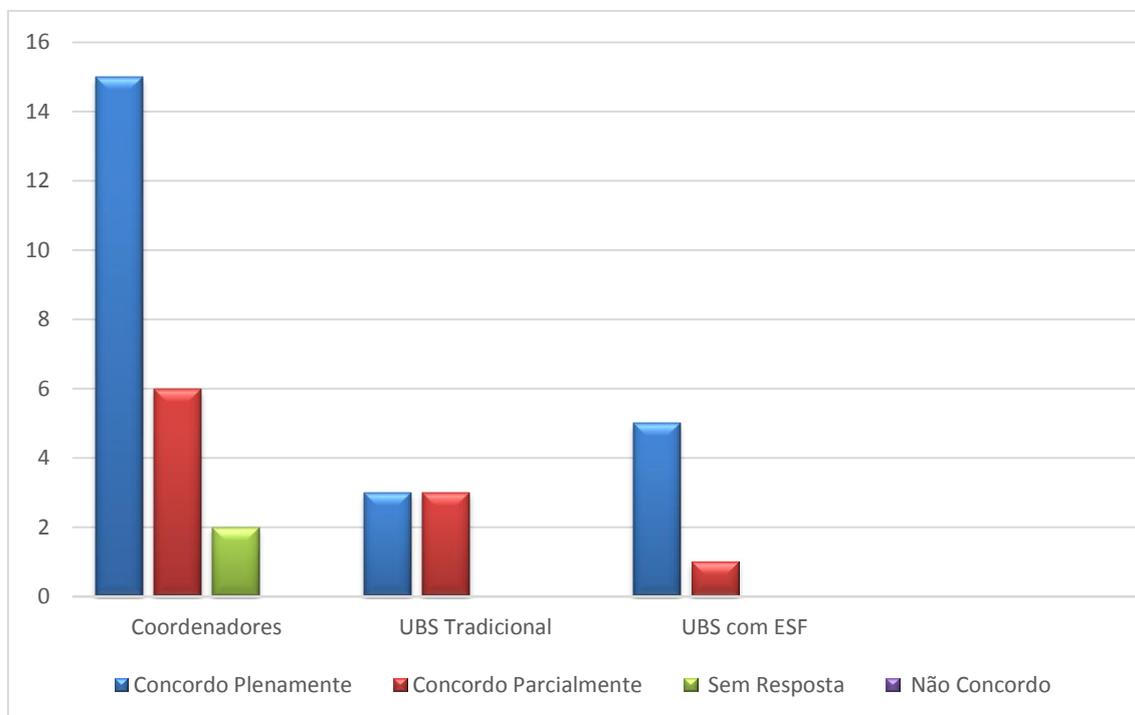


No gráfico 13, referente a quantidade adequada de cadeiras para acomodação dos usuários dos Acesso Avançado na sala de espera pode-se observar que os coordenadores informaram que 7 deles (30%) concordam plenamente, 7 deles (30%) concordam parcialmente e 7 deles (30%) não concordam. Já os profissionais da UBS Tradicional concordam parcialmente em 4 integrantes (67%) enquanto os da UBS com ESF concordam plenamente em 3 deles (50%) e parcialmente em 2 deles (33%).

Se analisarmos que concordar parcialmente não é totalmente satisfatório, fato que pode ser alterado com a variação do quantitativo de usuários presentes em cada período do Acesso Avançado, pode-se considerar como inadequada a quantidade de cadeiras informada pela maioria dos coordenadores e pela UBS Tradicional. Já a UBS com ESF tem opiniões divididas em 3 (50%) como suficientes e 3 (50%) inadequadas.

5.2.7 Iluminação nas salas de espera

Gráfico 14. Iluminação nas salas de espera destinadas aos usuários que aguardam atendimento no Acesso Avançado



No gráfico 14 podemos observar que 15 (65%) dos coordenadores concordam plenamente e 6 (26%) concordam parcialmente com a adequação da iluminação nas salas de espera. Os multiprofissionais da UBS Tradicional dividem suas opiniões em 3 (50%) que concordam plenamente e 3 (50%) que concordam parcialmente e os da UBS com ESF em 5 (83%) que concordam plenamente e 1 (17%) que concordam parcialmente.

Desta forma pode-se analisar que de um modo geral a iluminação nas salas de espera foi classificada como adequada.

5.3 ACESSO AVANÇADO NA PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES E EQUIPES DAS UBS TRADICIONAL E COM ESF

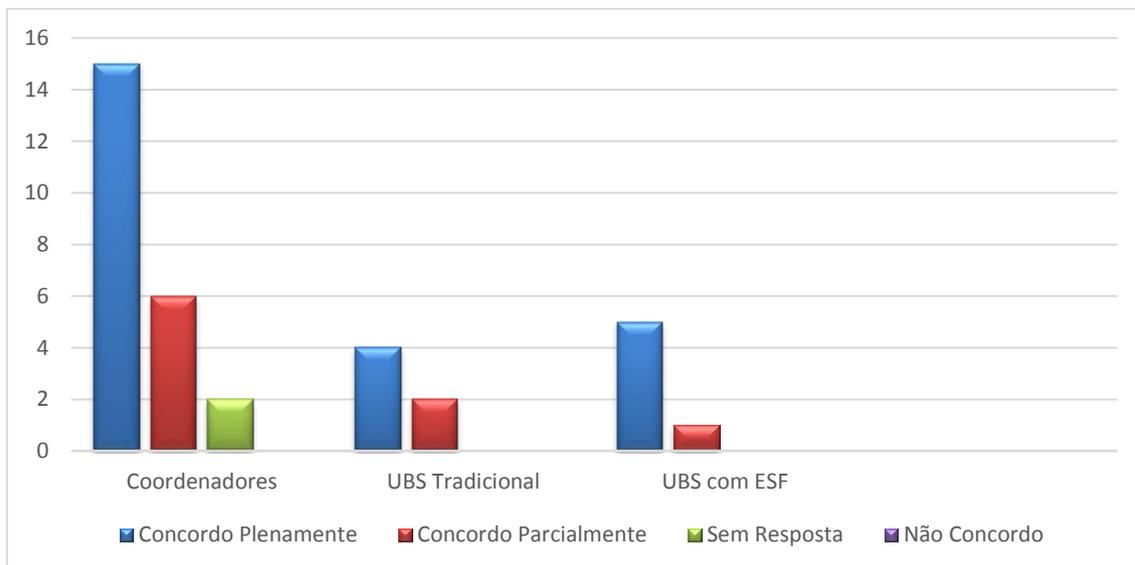
Este tópico evidencia a percepção dos participantes da pesquisa a respeito da prática do Acesso Avançado. Ela foi guiada pelos conceitos de acesso, estratificação de risco, tempo de escuta, resolutividade, vínculo, corresponsabilização dos profissionais, corresponsabilização dos usuários, pacientes superutilizadores e como dispositivo organizador dos processos de trabalho.

Levando-se em consideração Merhy (1998), esse item trata do uso de uma tecnologia leve. Ele ainda afirma que todos os trabalhadores de Saúde focados em seus modos de trabalhar marcam suas competências ao responderem aos problemas colocados pelos usuários e fazem clínica, sendo essa o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas.

O autor traz esta visão primeiro, porque entende que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores do estabelecimento de Saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo. Segundo, porque a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. Terceiro, porque não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidade e responsabilizações, de vínculos e aceitações se não houver um trabalho clinicamente implicado.

5.3.1 Acesso

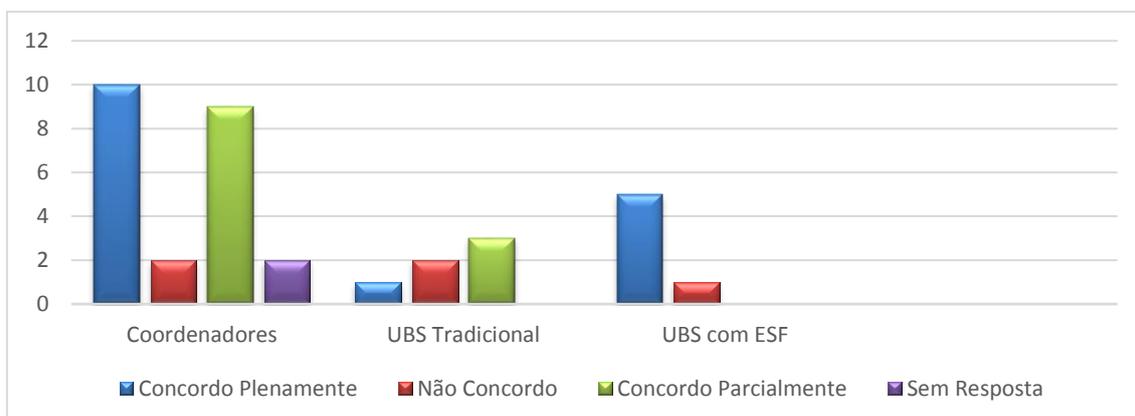
Gráfico 15. Acesso Avançado e a garantia do acesso aos usuários à UBS/equipes



Pode-se observar no gráfico 15 um comum acordo entre coordenadores, profissionais da UBS Tradicional e da UBS com ESF quando informam em sua maioria com 15 deles (65%), 4 deles (67%) e 5 deles (83%) respectivamente que concordam plenamente que o Acesso Avançado garante o acesso dos usuários à UBS/ equipes.

5.3.2 Estratificação de Risco

Gráfico 16. Acesso Avançado e a estratificação de risco (classificando prioridade de atendimento) dos usuários ao acessarem UBS/equipes



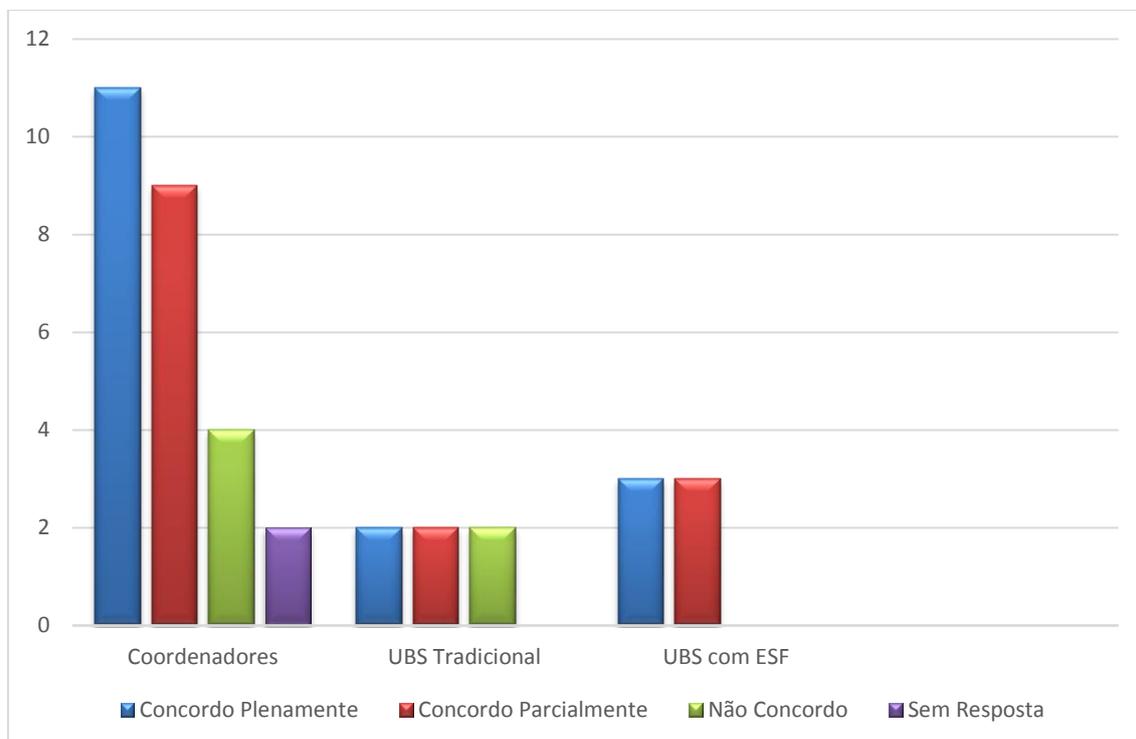
No gráfico 16 onde os coordenadores e os profissionais da UBS com ESF em sua maioria representados respectivamente por 10 integrantes (43%) e 5 funcionários (83%) informaram concordarem plenamente com que o Acesso Avançado ESTRATIFICA RISCO dos usuários ao acessarem UBS/equipes. Já na UBS Tradicional 3 (50%) dos profissionais informaram concordar parcialmente com esta questão.

Neste último caso é relevante considerar o fato de que em uma UBS Tradicional nem todos os profissionais possuem um olhar ampliado para a família.

Estratificação de risco é um processo que utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, baseando-se em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição de saúde. Tem o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir para obter um cuidado integral (BRASIL, 2017).

5.3.3 Tempo de escuta

Gráfico 17. Tempo de escuta durante o Acesso Avançado e o cuidado adequado num primeiro momento



A escuta qualificada leva em consideração o cuidado centrado no usuário que procura o Acesso Avançado. Para Brasil (2017), o cuidado centrado na pessoa aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena.

Pode-se avaliar que esta questão trouxe uma divisão de opiniões entre os questionados. Entre os coordenadores, 11 deles (48%) concordam plenamente e 9 deles (39%) concordam parcialmente com o tempo de escuta adequado em um primeiro momento. A equipe da UBS Tradicional se dividiu igualmente em concordo plenamente, parcialmente e não concordo. Já os profissionais da UBS com ESF se dividiram em 3 (50%) para concordo plenamente e 3 (50%) para parcialmente.

A resposta de cada profissional é muito individual e neste caso pode estar relacionada com a sua capacidade em realizar a escuta ou pelos retornos que recebem dos pacientes pós escuta do Acesso Avançado ou ainda pela alta demanda recebida nos períodos de acolhimento, o que pode exigir agilidade para o atendimento não se tornar moroso. De um modo geral as 3 categorias avaliaram positivamente o tempo de escuta num primeiro momento.

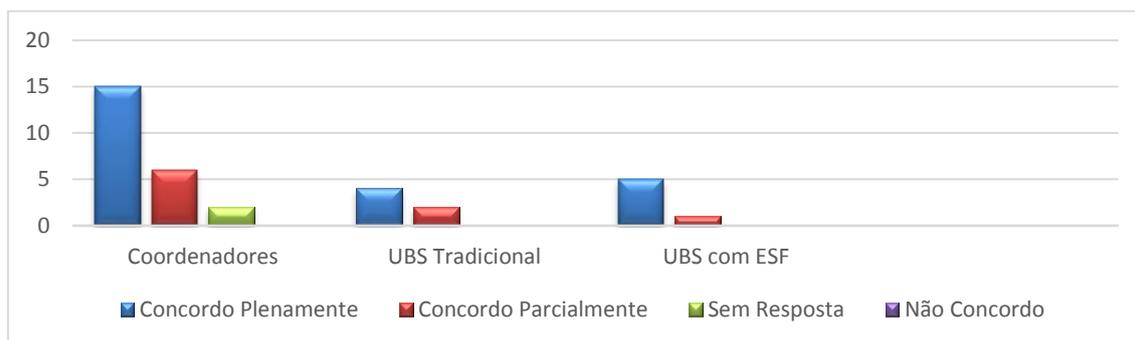
5.3.4 Resolutividade

Segundo Brasil (2017), resolutividade é a capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução da maioria dos problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial garantindo amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado.

Reforça ainda a importância de a Atenção Primária ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos e intervenções clínicas centradas na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

Merhy (1998), diz que quando um usuário de um serviço de Saúde procura ajuda, não está simplesmente atrás de um exame, mas, sim, de soluções para o seu problema. Eles são suficientemente inteligentes para saber que se os trabalhadores se mostrarem cúmplices com ele, boa parte do que procuram será atingido, neste caso, não sentem uma necessidade de buscar uma ilusória segurança em exames ou procedimentos.

Gráfico 18. Acesso Avançado e a resolutividade na maioria dos casos atendidos



O gráfico 18 que se refere a resolutividade do Acesso Avançado, mostra que 15 dos coordenadores (65%) concordam plenamente que este dispositivo é resolutivo, enquanto 6 deles (26%) concordam parcialmente.

Quatro (67%) dos profissionais da UBS Tradicional e 5 (83%) dos da UBS ESF concordam plenamente com a resolutividade. Consecutivamente concordam parcialmente em 33%, ou seja, 2 deles e em 17%, ou seja, 1 deles. Ao analisarmos a maioria das avaliações dos profissionais nas 3 categorias, pode-se verificar que eles consideram de forma positiva a resolutividade do Acesso Avançado.

A concordância parcial pode estar relacionada ao perfil dos profissionais que realizam o atendimento no Acesso Avançado que por falta de capacitação, conhecimento ou interesse pela realização da prática do instrumento acabam encaminhando os pacientes em grande maioria ao atendimento médico mesmo quando não é necessário.

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde ou a resolutividade – é preciso que equipes de um mesmo

serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes.

Dessa maneira, caso o trabalho em rede não funcione adequadamente, o Acesso Avançado pode esbarrar em uma dificultador para garantia da integralidade.

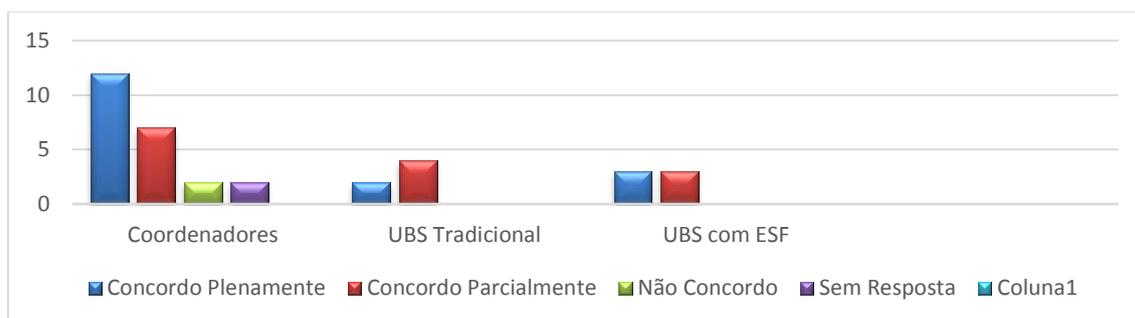
5.3.5 Vínculo

Segundo Barbosa e Bosi (2017), o uso do termo “vínculo” é conotado ora como um dispositivo, seja de atenção integral à saúde, seja do cuidado; ora como tecnologia relacional, instrumento de trabalho relacional, e/ou, ainda, como "tecnologia leve", fazendo referência à caracterização feita por Merhy (2005), quando a diferencia das tecnologias duras e leves-duras.

Os autores observam que vínculo não pode ser confundido ou reduzido a um simples contato, seja por meio de consultas, grupos, visitas domiciliares, momento em que acontece algum encontro entre profissionais de saúde e as pessoas que usam os serviços da APS. Constatam também que o vínculo é utilizado como sinônimo da palavra confiança, sem tecer argumentos que permitam tal caracterização.

Segundo Merhy (1998), os usuários de serviços de Saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de Saúde.

Gráfico 19. Contribuição do Acesso Avançado para a criação e manutenção do vínculo ao serviço/equipe



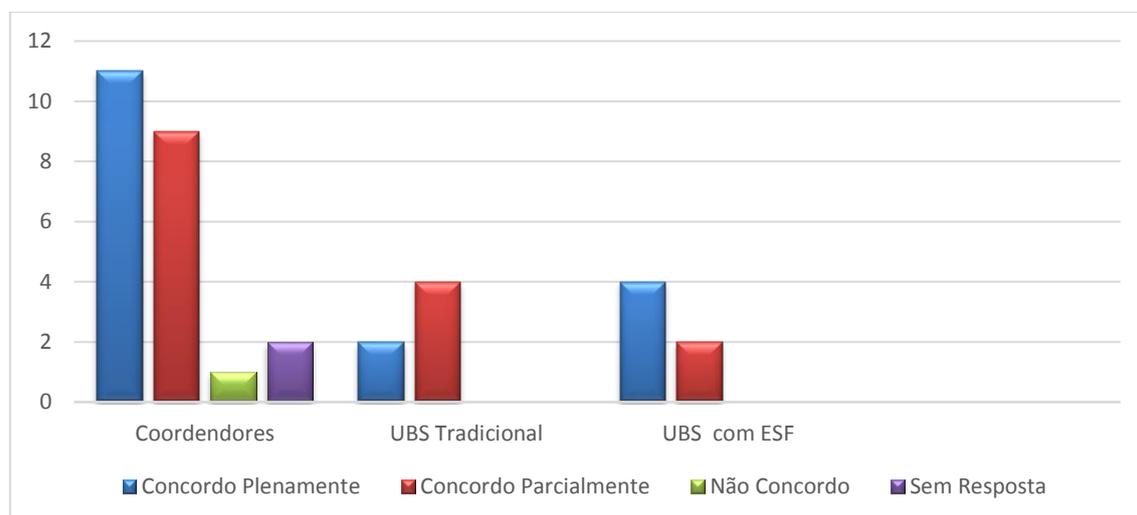
No gráfico 19 pode-se analisar a respeito da contribuição do Acesso Avançado para criação de vínculo que os coordenadores concordam plenamente em sua maioria de 12 deles (52%). A equipe da UBS Tradicional concorda parcialmente em sua maioria representada por 4 deles (67%) e os profissionais da UBS com ESF dividem suas opiniões em 3 deles (50%) para concordo plenamente e 3 deles (50%) para concordo parcialmente e de um modo geral representam uma informação positiva nas 3 categorias.

A confiança adquirida pelos usuários nas equipes foi construída através dos atendimentos fidelizados pelos mesmos profissionais que os conhecem e que farão o possível para atenderem suas demandas de saúde.

A divergência a respeito da criação do vínculo aparece fortemente representada na UBS Tradicional, o que pode ter relação com o fato de não possuírem ESF e os usuários serem atendidos por médicos escalados que não trabalham na lógica de equipes.

5.3.6 Corresponsabilização dos profissionais

Gráfico 20. Contribuição do Acesso Avançado para a corresponsabilização em outras ações com todos os profissionais da equipe



No gráfico 20 que demonstra a contribuição do Acesso Avançado para corresponsabilização de todos os profissionais da equipe em outras ações são avaliadas pelos coordenadores em 48% ou 10 indivíduos representando a maior

coluna, como positiva através da resposta concordo plenamente. Assim como a equipe da UBS com ESF com 4 respostas de concordo plenamente ou 67%.

Já a equipe Tradicional tem sua maior coluna com 4 respostas ou 67% focada no concordo parcialmente. Neste caso pode-se levar em consideração a formação da equipe que não trabalha com ESF.

Ainda que haja uma pequena variação de concordância, pode-se afirmar que, de um modo geral os coordenadores e os profissionais das UBS Tradicional e com ESF tendem a concordar que o Acesso Avançado de alguma maneira contribui para a corresponsabilização dos profissionais em outras ações. Pode-se levar em consideração que a realização desta prática envolve toda equipe desde os recepcionistas até os médicos.

Os quais podem se envolver com a escuta, discussão de casos, realizações de grupos, realizações de visitas domiciliares, realizações de práticas integrativas entre outras maneiras.

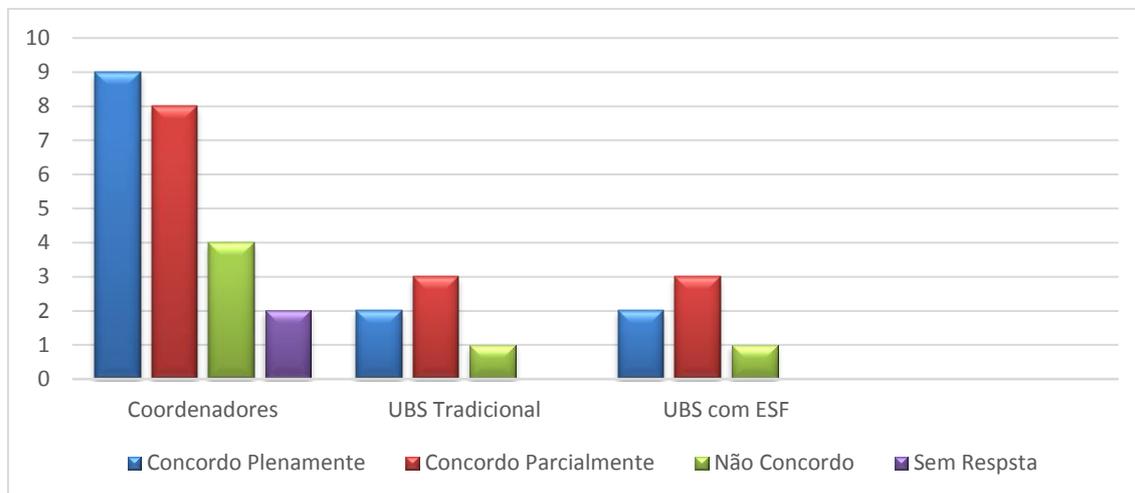
Ayres (2006), propõe um processo de diálogo e responsabilização mútua que comprometa tecnicamente e moralmente profissionais e usuários na tarefa do cuidado. Um movimento que será mais facilitado quanto maior for a confiança no outro, embora a responsabilidade prescindida dessa garantia: "responsabilizar-se implica tornar-se caução de suas próprias ações".

Merhy (1998), relata que os trabalhadores de Saúde, quando viram usuários, desejam relações de confiança e buscam sanar seus problemas de saúde. Ou seja, desejam que os serviços de Saúde sejam usuário-centrados, pois como usuários sempre representam necessidades de saúde como expressão de uma utilidade desejada, a saúde enquanto autonomia no seu modo de andar a vida. De um lado, um consumidor a querer o que se produz; de outro, a representação de que isso devolverá a sua saúde.

Colocar-se no lugar do outro é uma boa maneira para que os multiprofissionais se corresponsabilizem pelas ações exercidas pela UBS. O Acesso Avançado exige a corresponsabilização da equipe como um todo, a qual precisa trabalhar coesa. Dessa forma conhecerá todos os serviços prestados pela UBS e poderá ofertar o mais adequado ao usuário que busca resposta às suas necessidades de saúde. Diante das quais as equipes planejam ações e se corresponsabilizam por elas.

5.3.7 Corresponsabilização dos usuários

Gráfico 21. Contribuição do Acesso Avançado para a corresponsabilização do usuário com seu autocuidado



No gráfico 21, referente a contribuição do Acesso Avançado para corresponsabilização dos usuários com seu autocuidado, pode-se observar que 9 dos coordenadores (39%) responderam que concordam plenamente e 8 (34%) responderam que concordam parcialmente.

Os profissionais da UBS Tradicional e com ESF responderam exatamente igual, colocando 3 (50%) de concordo parcialmente e 2 (33%) de concordo plenamente. Dessa forma pode-se observar que de um modo geral as três categorias avaliadas informaram observar a existência de uma corresponsabilização dos usuários com seu autocuidado.

Segundo Agreli et al (2016), a participação do paciente no cuidado é definida como oportunidade de exercício de cidadania em busca de autonomia (relacionada à ideia de liberdade, protagonismo, respeito à subjetividade), assim como é condição importante para autocuidado. Compreende-se como autocuidado uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva.

Sobre a participação dos pacientes no cuidado, Agreli et al (2016), destacam a importância do envolvimento entre médico e paciente por meio do compartilhamento de informações, objetivos, poder e responsabilidade. O envolvimento do paciente como parceiro no cuidado inclui a compreensão

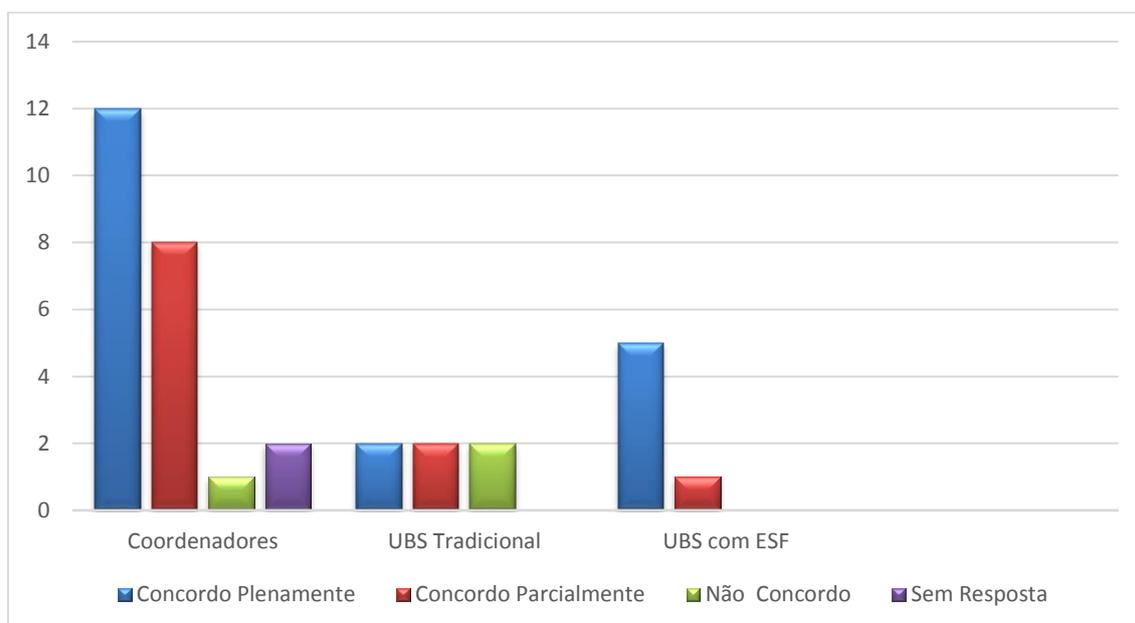
acerca de sua situação e a participação no processo de tomada de decisões, ao invés de uma relação paternalista entre profissionais e pacientes. Busca-se assim um consenso entre profissionais e pacientes.

Esse envolvimento pode ser estendido aos multiprofissionais das equipes das UBS, que possuem cada um o seu saber dentro da sua área de atuação.

5.3.8 Pacientes Hiperutilizadores

5.3.8.1 Avaliação do aumento de pacientes hiperutilizadores

Gráfico 22. Acesso Avançado e o aumento da quantidade de pacientes hiperutilizadores



No gráfico 22, referente ao aumento dos usuários hiperutilizadores com o Acesso Avançado, pode-se observar que os coordenadores concordam plenamente em 52% ou 12 deles e parcialmente em 34% ou 8 deles. Já a equipe UBS Tradicional se dividiu igualmente entre concordo plenamente, concordo parcialmente e não concordo.

Os funcionários da UBS com ESF em sua maioria representada por 5 indivíduos ou 83% concordaram plenamente com o aumento. De um modo geral as três categorias concordaram com um aumento de pacientes hiperutilizadores ocasionados pelo Acesso Avançado.

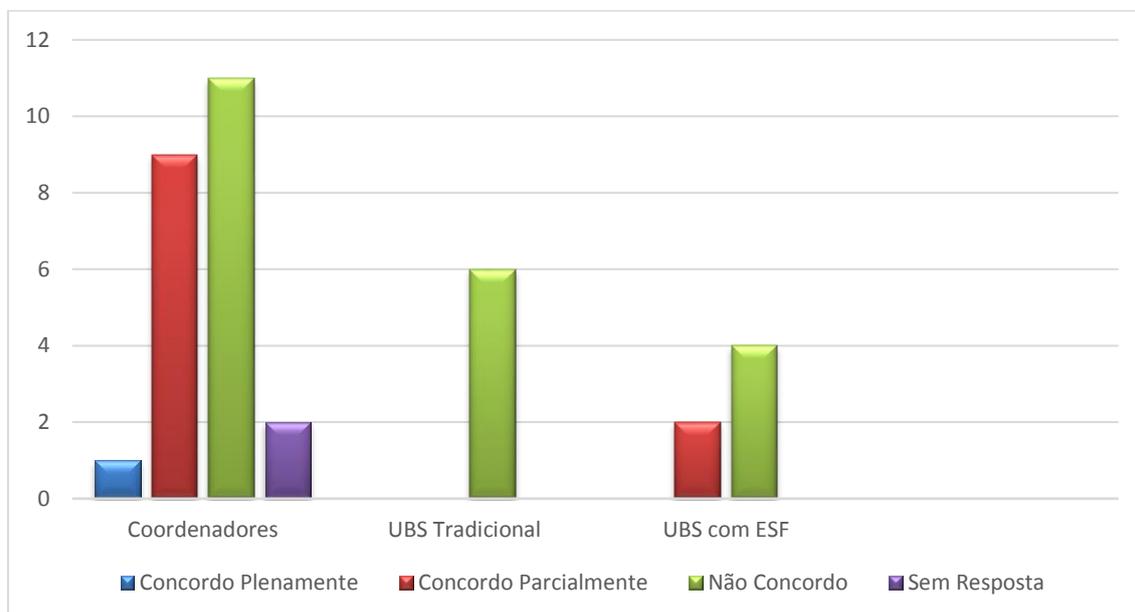
Fato este que pode estar relacionado com os pacientes terem necessidades de respostas imediatas ao que consideram suas necessidades de saúde e encontrarem um acesso aberto.

Um exemplo para a análise acima seria que os usuários deveriam retornar a consulta médica com todos os resultados dos exames solicitados pelo profissional, todavia, ao terem acesso aos resultados em tempos distintos acabam procurando o Acesso Avançado para se tranquilizarem.

Pacientes poli queixosos também compõem os integrantes hiperutilizadores do Acesso o que leva a creditar que a divergência quanto a melhora da escuta e da criação de vínculo também pode refletir sobre o fato desses usuários comparecerem mais às UBS.

5.3.8.2 Avaliação da diminuição de pacientes hiperutilizadores

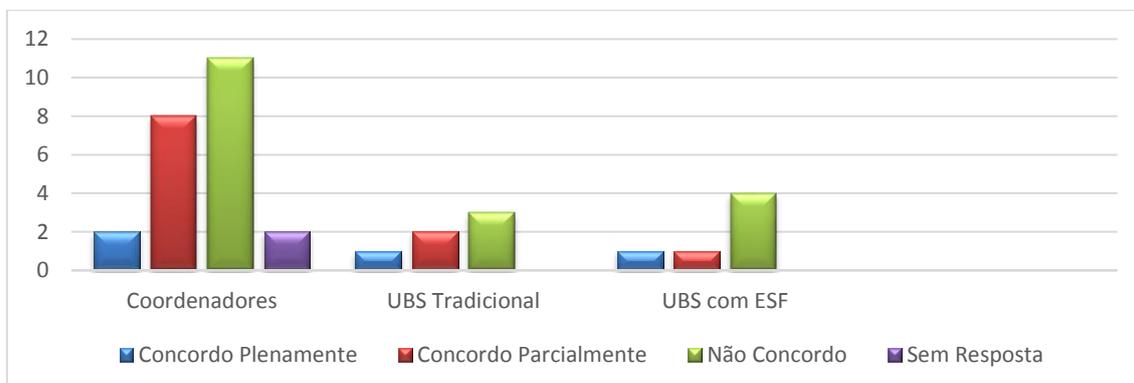
Gráfico 23. Acesso Avançado e a diminuição da quantidade de pacientes hiperutilizadores



Ao observar-se o gráfico 23, referente a diminuição da quantidade de pacientes hiperutilizadores ocasionado pelo Acesso Avançado, nota-se um consenso entre as 3 categorias de não concordarem com essa questão em sua maioria representada por 11 ou 48% dos coordenadores, 100% ou 6 integrantes da equipe da UBS Tradicional e 66% ou 4 profissionais da UBS com ESF.

5.3.8.3 Avaliação da não alteração da quantidade de pacientes hiperutilizadores

Gráfico 24. Acesso Avançado e a não alteração da quantidade de pacientes hiperutilizadores

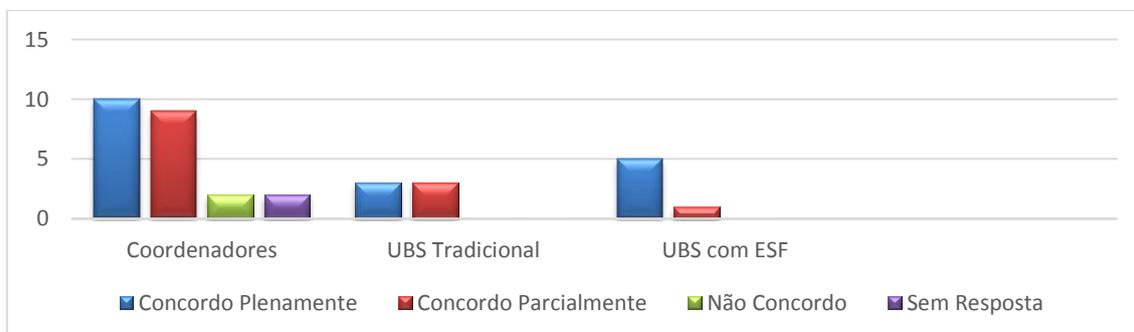


No gráfico 24 pode-se confirmar que a maioria das 3 categorias participantes não concordam com a não alteração no número de hiperutilizadores. Confirmando assim o gráfico 22 que demonstra o aumento desses usuários.

5.3.9 Dispositivo Organizador dos Processos de trabalho

5.3.9.1 Avaliação como Funcionamento Positivo

Gráfico 25. Acesso Avançado e o funcionamento positivo como dispositivo organizador dos processos de trabalho

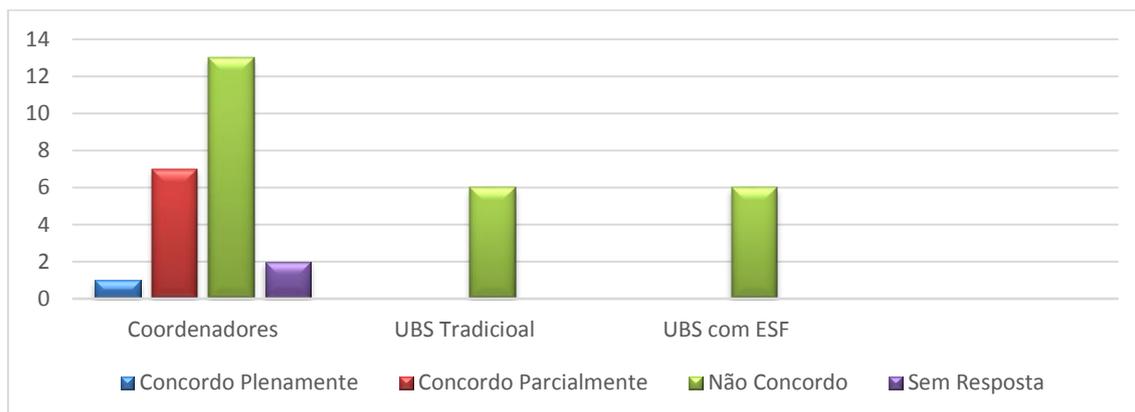


No gráfico 25 referente ao Acesso Avançado como dispositivo positivo organizador dos processos de trabalho, pode-se observar que de um

modo geral as 3 categorias concordaram em sua maioria plenamente e parcialmente.

5.3.9.2 Avaliação como funcionamento não influenciável

Gráfico 26. Acesso Avançado não influenciando como dispositivo organizador dos processos de trabalho



No gráfico 26, referente a não influência do Acesso Avançado como dispositivo organizador dos processos de trabalho pode-se observar que as 3 categorias em sua maioria avaliaram como não concordo.

Para fechar a análise desse item, trazemos uma conclusão de Merhy (1998), o qual diz que não basta existir um serviço com um excelente acolhimento se não se consegue responder com os exames necessários para esclarecer um certo problema de saúde ou, mesmo sua gravidade. Desse modo, é necessário, mas não suficiente, que um médico ou qualquer outro profissional de saúde, esteja totalmente envolvido com a produção de um espaço acolhedor nas suas relações e nos serviços, pois não irá contribuir plenamente para a conformação de uma intervenção eficaz se, ao mesmo tempo, não usar toda, sua sabedoria clínica a serviço do usuário-paciente e em defesa de sua vida.

Visto que processos de trabalho são planejados e realizados por pessoas, eles precisam englobar não só o acesso e o acolhimento do indivíduo, mas também lhe garantir a integralidade e a equidade.

5.4 ACESSO AVANÇADO E SEUS IMPACTOS NA CARTEIRA DE SERVIÇOS, PARTICIPAÇÃO MULTIDISCIPLINAR, ARTICULAÇÃO EM REDE, ENCAMINHAMENTOS, QUANTIDADE DE PACIENTES ATENDIDOS E RESTRIÇÃO NO TEMPO DE CHEGADA AO SERVIÇO

Este item foca no impacto que o Acesso Avançado ocasionou em diversos aspectos relacionados a serviços prestados pela rede SUS e como se comporta a demanda quando relacionada a quantidade e tempo de espera para atendimento.

Para avaliação do Acesso Avançado consideraremos a seguinte classificação:

- 2 - Concordo Plenamente
- 1 - Concordo Parcialmente
- 0 - Não Concordo

Quadro 2. Acesso Avançado e seus impactos na carteira de serviços, na participação multidisciplinar, na articulação em rede, nos encaminhamentos, na quantidade de pacientes atendidos e no horário de chegada dos usuários

DISTRIBUIÇÃO	2	1	0	Sem Resposta
1-IMPACTOU consideravelmente na ampliação e demanda da CARTEIRA DE SERVIÇOS disponíveis aos usuários	%	%	%	%
Coordenadores	73	18	9	0
UBS Tradicional	83	17	0	0
UBS com ESF	66	17	17	0
2-Houve uma AMPLIAÇÃO da participação dos usuários nos GRUPOS, ATIVIDADES COLETIVAS e DEMAIS AÇÕES ofertadas pelo serviço	%	%	%	%
Coordenadores	43	48	9	0
UBS Tradicional	66	17	17	0
UBS com ESF	83	17	0	0
3-Os profissionais da equipe multidisciplinar (NASF, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, MÉDICOS, ACS ETC) PARTICIPAM frequentemente do Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	30	57	13	0
UBS Tradicional	50	50	0	0
UBS com ESF	83	17	0	0
4-A articulação em rede SOFREU IMPACTO POSITIVO	%	%	%	%
Coordenadores	43	43	14	0
UBS Tradicional	33	17	50	0
UBS com ESF	50	50	0	0
5-A articulação em rede SOFREU IMPACTO NEGATIVO	%	%	%	%
Coordenadores	9	34	57	0
UBS Tradicional	0	34	66	0
UBS com ESF	0	34	66	0
6-A articulação em rede NÃO SOFREU IMPACTO POSITIVO NEM NEGATIVO	%	%	%	%
Coordenadores	17	22	61	0
UBS Tradicional	33	17	50	0
UBS com ESF	17	50	33	0
7-NÃO CONTRIBUI na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado	%	%	%	%

Coordenadores	26	26	48	0
UBS Tradicional	66	0	34	0
UBS com ESF	0	17	83	0
8- CONTRIBUIU POSITIVAMENTE na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado.	%	%	%	%
Coordenadores	30	48	22	0
UBS Tradicional	33	34	33	0
UBS com ESF	50	50	0	0
9-Existe RESTRIÇÃO da quantidade de pacientes a serem acolhidos/ouvidos nos períodos de Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	4	22	74	0
UBS Tradicional	0	0	100	0
UBS com ESF	0	17	83	0
10-EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NA PRIMEIRA hora de realização do Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	17	30	53	0
UBS Tradicional	50	17	33	0
UBS com ESF	34	0	66	0
11-EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NAS DUAS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	17	26	53	4
UBS Tradicional	17	17	49	17
UBS com ESF	66	0	34	0
12-EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários nas TRÊS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	17	22	57	4
UBS Tradicional	33	17	50	0
UBS com ESF	33	17	50	0
13-NÃO EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários na realização do Acesso Avançado	%	%	%	%
Coordenadores	35	18	43	4
UBS Tradicional	17	0	66	17
UBS com ESF	0	34	66	0

No quadro 2 pode-se observar como foi organizado o processo de trabalho e em considerando a maioria pode-se observar que:

As 3 categorias concordam plenamente que o Acesso Avançado impactou consideravelmente na ampliação e demanda da CARTEIRA DE SERVIÇOS disponíveis aos usuários. Isto se deve ao fato de existir uma grande procura por consultas médicas muitas vezes desnecessárias. Com isto, a ampliação da oferta de atividades da carteira de ofertas se fez necessária.

Através do estudo da demanda recebida no Acesso Avançado, as equipes puderam organizar o rol de ofertas já existentes e criar grupos multiprofissionais que atendessem as demandas sem que elas ficassem focadas em consultas médicas.

Segundo Cunha et al (2020), a carteira de serviços deixa claro para as pessoas quais serviços e ações elas podem encontrar nas UBS e permite aos profissionais se organizarem na rotina do atendimento.

Os coordenadores, a equipe da UBS Tradicional e os profissionais da UBS com ESF concordam plenamente ou parcialmente que houve uma ampliação da participação dos usuários nos GRUPOS, ATIVIDADES COLETIVAS e DEMAIS AÇÕES ofertadas pelo serviço. Isto se deve a ampliação da divulgação dessas ações no Acesso Avançado, assim como o direcionamento correto das demandas trazidas pelos usuários ao invés de deixá-las centradas nos médicos.

As três categorias concordam plenamente ou parcialmente que os profissionais da equipe multidisciplinar (NASF, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, MÉDICOS, ACS etc.) participam frequentemente do Acesso Avançado. Este dispositivo tem como premissa básica envolver toda a equipe no atendimento ao usuário, diferentemente do Acolhimento que costuma ser centrado nos profissionais da enfermagem.

Os coordenadores dividem suas opiniões em 50% para concordo plenamente 50% para concordo parcialmente e a equipe da UBS com ESF a divide em 43%. Já a equipe da UBS Tradicional concorda plenamente ou parcialmente em 50% e não concorda em 50% que a ARTICULAÇÃO EM REDE sofreu IMPACTO POSITIVO. O fato de toda a equipe da UBS participar do Acesso Avançado, pode ter despertado diferentes pontos de vista sobre uma mesma demanda. Dessa forma, surgiu com maior frequência o reconhecimento

da necessidade e atitude de integrar a rede existente além da UBS para solucioná-la.

Os coordenadores não concordam, os profissionais da UBS Tradicional dividem opiniões em 50% que não concordam e 50% que concordam plenamente ou parcialmente e os da UBS Tradicional concordam parcialmente ou plenamente que a ARTICULAÇÃO EM REDE não sofreu impacto positivo nem negativo.

Os profissionais da UBS com ESF não concordam e os da UBS Tradicional e os Coordenadores concordam plenamente ou parcialmente em sua maioria que o Acesso Avançado NÃO CONTRIBUIU na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado,

Os coordenadores e os profissionais da UBS com ESF e Tradicional concordam plenamente e parcialmente que o Acesso Avançado CONTRIBUI POSITIVAMENTE na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado. Ao compararmos as análises dos itens 7 e 8, nota-se que as respostas dos coordenadores e dos profissionais da UBS Tradicional se contradizem. Fato que pode se tratar de uma inadequação do instrumento, que gerou ambiguidade e confusão. Neste caso, trata-se de um viés de entendimento do questionário. Mas também pode decorrer da fragmentação do cuidado que tende a vigorar na UBS tradicional.

As três categorias informaram não concordarem com a existência da RESTRIÇÃO da QUANTIDADE de pacientes a serem acolhidos/ouvidos nos períodos de Acesso Avançado.

Os coordenadores e os profissionais da UBS Tradicional informaram concordar **com** a existência de RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NA PRIMEIRA hora de realização do Acesso Avançado. Já os funcionários da UBS com ESF responderam em sua maioria não concordarem com esta questão.

Os profissionais da UBS Tradicional e os coordenadores informaram não concordar com a RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NAS DUAS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado pois demonstraram

anteriormente a RESTRIÇÃO na PRIMEIRA hora. Os profissionais da UBS com ESF concordam com a restrição NA SEGUNDA hora.

Os coordenadores não concordam com o a RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NAS TRES PRIMEIRAS horas de realização do Acesso provavelmente pois o protocolo municipal é de que o Acesso seja realizado em 2 horas por período do dia de trabalho. Já a UBS Tradicional e a com ESF dividem opiniões entre concordarem e discordarem. Fato este ocorrido por se tratar de uma inadequação do instrumento, que gerou ambiguidade e confusão. Neste caso, trata-se de um viés de entendimento do questionário ou por não dispensarem nenhum paciente mesmo com o limite de finalização do Acesso em um período de 2 horas.

Os coordenadores concordam que existe restrição do horário de chegada dos usuários na realização do Acesso Avançado. Já os trabalhadores das UBS Tradicional e com ESF não concordam com a existência de tal restrição talvez por atenderem todos os usuários que procurem a UBS durante o Acesso Avançado.

5.5 CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Para avaliação consideraremos a seguinte classificação:

2 - Concordo Plenamente

1 - Concordo Parcialmente

0 - Não Concordo

Quadro 3. Conhecimento do território e da continuidade do cuidado

DISTRIBUIÇÃO	2	1	0	Sem Resposta	NA
1-As equipes CONHECEM os USUÁRIOS de sua área de abrangência assim como as características socioculturais das famílias/comunidade	%	%	%	%	%
Coordenadores	70	26	4	0	0
UBS Tradicional	50	33	17	0	0
UBS com ESF	50	50	0	0	0
2-Os usuários CONHECEM os PROFISSIONAIS de sua área de abrangência	%	%	%	%	%
Coordenadores	65	31	4	0	0
UBS Tradicional	34	33	33	0	0
UBS com ESF	66	34	0	0	0
3-As equipes CONHECEM o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (condições de saúde) do território adscrito	%	%	%	%	%
Coordenadores	74	26	0	0	0
UBS Tradicional	50	50	0	0	0
UBS com ESF	66	34	0	0	0
4-As equipes realizaram ESTUDO DE DEMANDA do território adscrito para planejamento de ações/cardápios de oferta	%	%	%	%	%
Coordenadores	48	48	4	0	0

UBS Tradicional	83	17	0	0	0
UBS com ESF	50	50	0	0	0
5-As equipes costumam UTILIZAR seu conhecimento sobre os usuários e território para fazer o PLANEJAMENTO no Acesso Avançado	%	%	%	%	%
Coordenadores	61	26	13	0	0
UBS Tradicional	33	50	17	0	0
UBS com ESF	66	34	0	0	0
6-O ATENDIMENTO aos usuários, no Acesso Avançado é realizado pelos PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA	%	%	%	%	%
Coordenadores	77	9	13	0	1
UBS Tradicional	50	33	17	0	0
UBS com ESF	66	17	17	0	0
7-As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF).	%	%	%	%	%
OBS: SÓ RESPONDA ESTA PERGUNTA SE A UBS EM QUE ATUA FOR ESF					
Coordenadores	82	13	4	0	1
UBS Tradicional	UBS	NÃO	TEM	ESF	
UBS com ESF	66	17	0	17	0
8-As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos médicos matriciadores (Clínicos Gerais, Pediatras e /ou Ginecologistas)	%	%	%	%	%
Coordenadores	36	43	17	0	4
UBS Tradicional	66	17	17	0	0
UBS com ESF	66	34	0	0	0
9-Os usuários têm GARANTIA de retorno para a CONTINUIDADE do cuidado na UBS quando gestantes e crianças menores de 2 anos	%	%	%	%	%
Coordenadores	96	4	0	0	0
UBS Tradicional	100	0	0	0	0
UBS com ESF	100	0	0	0	0
10-O TEMPO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia GERA reclamações por parte deles	%	%	%	%	%
Coordenadores	35	39	22	0	4
UBS Tradicional	34	66	0	0	0
UBS com ESF	50	50	0	0	0
11-O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 1 hora	%	%	%	%	%

Coordenadores	17	57	22	0	4
UBS Tradicional	0	66	34	0	0
UBS com ESF	34	33	33	0	0
12-O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 2 horas	%	%	%	%	%
Coordenadores	30	57	13	0	0
UBS Tradicional	33	50	17	0	0
UBS com ESF	50	17	33	0	0
13-O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 3 horas	%	%	%	%	%
Coordenadores	17	31	52	0	0
UBS Tradicional	0	34	66	0	0
UBS com ESF	0	17	83	0	0
14-O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 4 horas	%	%	%	%	%
Coordenadores	13	9	78	0	0
UBS Tradicional	0	0	100	0	0
UBS com ESF	0	0	100	0	0
15-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 48 horas	%	%	%	%	%
Coordenadores	56	31	13	0	0
UBS Tradicional	50	50	0	0	0
UBS com ESF	50	50	0	0	0
16-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 1 semana	%	%	%	%	%
Coordenadores	48	35	17	0	0
UBS Tradicional	50	33	17	0	0
UBS com ESF	66	34	0	0	0
17-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 2 semanas	%	%	%	%	%
Coordenadores	22	26	52	0	0
UBS Tradicional	17	33	50	0	0
UBS com ESF	50	0	50	0	0
18Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 3 semanas	%	%	%	%	%
Coordenadores	17	13	70	0	0

UBS Tradicional	0	34	66	0	0
UBS com ESF	50	0	50	0	0
19-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em mais de 3 semanas.	%	%	%	%	%
Coordenadores	13	13	74	0	0
UBS Tradicional	0	34	66	0	0
UBS com ESF	34	0	66	0	0
20-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 48 horas (utilizando a carteira de ofertas)	%	%	%	%	%
Coordenadores	48	39	13	0	0
UBS Tradicional	17	33	50	0	0
UBS com ESF	33	50	17	0	0
21-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 1 semana (utilizando a carteira de ofertas)	%	%	%	%	%
Coordenadores	48	39	13	0	0
UBS Tradicional	50	50	0	0	0
UBS com ESF	50	50	0	0	0
22-Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em mais de 2 semanas (utilizando a carteira de ofertas)	%	%	%	%	%
Coordenadores	43	31	26	0	0
UBS Tradicional	17	66	17	0	0
UBS com ESF	50	0	50	0	0

No quadro 3 pode-se observar em sua maioria:

As 3 categorias analisadas concordam plenamente e parcialmente que as equipes CONHECEM os USUÁRIOS de sua área de abrangência assim como as características socioculturais das famílias/comunidade.

Os coordenadores e profissionais da UBS com ESF concordam plenamente que os usuários CONHECEM os PROFISSIONAIS de sua área de abrangência, já os funcionários da UBS Tradicional dividem suas opiniões praticamente na mesma proporção em concordo plenamente, parcialmente e não concordo. Este último fato talvez ocorra por se tratar de uma UBS sem ESF cujos profissionais atendem toda a população do bairro.

As 3 categorias concordam que CONHECEM o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (condições de saúde) do território adscrito. Isto se deve ao fato das UBS com ESF ou Tradicional trabalharem com a territorialização, discussão de casos em reuniões de equipe e Acesso Avançado. SBC possui a característica de trabalhar com territorialização em todas as UBS Tradicionais e com ESF antes mesmo da nova PNAB de 2017.

A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo (BRASIL, 2017).

As três categorias indicam que foi realizado um ESTUDO de DEMANDA do território adscrito utilizado para planejar ações e a construção do cardápio/carteira de ofertas da Unidade.

Concordam ainda que as equipes UTILIZAM seus conhecimentos sobre o usuário e território para PLANEJAREM a prática do Acesso Avançado. Podem organizar fluxos, realizarem protocolos de atendimento entre outras ações.

Todos concordam que o ATENDIMENTO ao USUÁRIO no Acesso Avançado é realizado pelos PROFISSIONAIS de REFERÊNCIA (são aqueles que pertencem a mesma equipe a qual o usuário pertence). Pode haver exceções em casos de coberturas de profissionais em casos de férias, folgas ou afastamentos onde a equipe se reorganiza para dar conta do atendimento.

Relatam que o AGENDAMENTO das CONSULTAS é realizado pelos PROFISSIONAIS da equipe de ESF e MATRICIADORES (clínicos, pediatras e ginecologistas). A recepção agenda somente as gestantes e as crianças menores de 2 anos ficando todo o restante da agenda nas mãos dos generalistas, matriciadores, enfermeiros e Acolhimento Geral. Desta maneira consegue-se garantir a realização da classificação de risco da equidade no atendimento.

As vagas para RETORNO das GESTANTES e CRIANÇAS menores de 2 anos SÃO GARANTIDAS ao paciente. Para isso os médicos e enfermeiros intercalam mensalmente os atendimentos.

O TEMPO de ESPERA de até 2 horas pelo atendimento no Acesso Avançado GERA RECLAMAÇÃO do paciente. Verifica-se que o argumento é que eles prefeririam ter suas consultas agendadas com horário certo para não precisarem esperar o atendimento por até duas horas. Todavia, quando isto ocorria, observava-se alto índice de absenteísmo apresentado ao gerar-se relatório de absenteísmo no sistema Hygia municipal e restrição do acesso com consultas que demoravam meses para serem agendadas (as agendas eram abertas trimestralmente e as vagas se esgotavam em poucos dias).

Todos concordaram que o paciente quando não atendido no mesmo dia consegue retorno entre 48h e 1 semana no máximo. Pode-se analisar que os pacientes não atendidos no dia ou não quiseram aguardar e preferiram retornar em outro momento ou após avaliados pelo profissional da UBS concluiu-se que ele necessita retornar em uma consulta mais detalhada e, portanto, agendada. Mediante classificação de risco a média de retornos desses pacientes é de até 48hs a 1 semana.

Quando a demanda trazida pelo usuário indica a necessidade em participar de um grupo, ela é atendida variando o tempo de 48hs a mais de duas semanas. Isto se deve ao fato da periodicidade de realização dos grupos nas UBS. Alguns são realizados semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente.

5.6 GESTÃO PARTICIPATIVA

5.6.1 Espaços de discussão da prática do Acesso Avançado

A seguir serão apresentados os espaços citados nos questionários dos coordenadores e multiprofissionais para avaliação da discussão e construção da prática do Acesso Avançado:

Reuniões Gerais: Segundo Rodrigues (2018), são espaços de discussão, planejamento, avaliação e monitoramento de dados e ações desenvolvidas nas UBS, para organizar os processos de trabalho e melhorar a qualidade do atendimento. Ocorrem mensalmente e conta com a participação de todos os profissionais da unidade.

Reuniões de Equipe: Segundo Rodrigues (2018), espaço destinado à elaboração, discussão e monitoramento de projetos terapêuticos singulares e casos. São realizadas semanalmente contando com a participação de todos os profissionais da equipe.

Reuniões Técnicas: Segundo Rodrigues (2018), espaços de discussões técnicas, que ocorrem mensalmente na Unidade com a participação de profissionais de nível técnico da UBS podendo contar com a presença de convidados da gestão central ou de outros departamentos.

Encontros com usuários (incluindo reuniões com Conselho Gestor Local de Saúde (CGLS): Segundo Rodrigues (2018), espaços abertos à população destinados a conversas e troca de informações que podem ocorrer em qualquer espaço do território. No caso das reuniões com CGLS, elas são realizadas mensalmente e contam com a participação de gestores, trabalhadores e usuários.

Grupo de Trabalho de Acesso Avançado (GT de Acesso) com Departamento de Atenção Básica): espaço elaborado em 2019 para discussão, capacitação, troca de experiências, implantação e monitoramento do Acesso Avançado que ocorreu entre coordenadores, gestão central e 1 profissional técnico por UBS.

Educação Permanente (EP): espaços de capacitações que ocorrem na UBS ou em outros locais do município e são destinados aos profissionais das UBS.

Periodicamente dentistas, médicos e enfermeiros possuem EP pré-agendada podendo se estender a outros profissionais.

Rodas de conversa na UBS: espaços abertos ou destinados a um público-alvo que pode ser realizado sempre que necessária a discussão de algum tema.

Para avaliação do quadro a seguir consideraremos a seguinte classificação:

Para avaliação dos Espaços de discussões da Prática do Acesso Avançado consideraremos as seguintes classificações:

2 - Concordo Plenamente

1 - Concordo Parcialmente

0 - Não Concordo

Quadro 4. Espaços de discussões da Prática do Acesso Avançado

DISTRIBUIÇÃO	2	1	0	Sem Resposta
1-Reuniões Gerais	%	%	%	%
Coordenadores	96	4	0	0
UBS Tradicional	50	17	0	33
UBS com ESF	100	0	0	0
2-Reuniões de Equipe	%	%	%	%
Coordenadores	91	9	0	0
UBS Tradicional	33	17	17	33
UBS com ESF	100	0	0	0
3-Encontros com usuários (incluindo reuniões com Conselho Gestor Local)	%	%	%	%
Coordenadores	57	39	4	0
UBS Tradicional	0	34	33	33
UBS com ESF	83	17	0	0
4-Grupo de Trabalho de Acesso Avançado (GT de Acesso) com Departamento de Atenção Básica	%	%	%	%
Coordenadores	83	17	0	0
UBS Tradicional	33	34	0	33
UBS com ESF	66	17	17	0
5-Reuniões Técnicas	%	%	%	%

Coordenadores	96	4	0	0
UBS Tradicional	83	17	0	0
UBS com ESF	100	0	0	0
6-Educação Permanente	%	%	%	%
Coordenadores	61	39	0	0
UBS Tradicional	34	33	33	0
UBS com ESF	100	0	0	0
7-Rodas de conversas na UBS	%	%	%	%
Coordenadores	39	48	13	0
UBS Tradicional	0	50	50	0
UBS com ESF	66	0	34	0
8-Outros (especificar)	%	%	%	%
Coordenadores	9	9	17	65
UBS Tradicional	0	33	17	50
UBS com ESF	0	0	66	34

Considerando-se a somatória das porcentagens de concordo plenamente e parcialmente, pode-se analisar que os 8 espaços de discussões são utilizados para falar de Acesso Avançado em diferentes porcentagens conforme colocação a seguir:

1º lugar: Reuniões de Equipe

2º lugar: Reuniões Gerais e Educação Permanente

3º lugar: Reuniões de Equipe e Grupo de Trabalho de Acesso Avançado

4º lugar: Encontros com usuários

5º lugar: Rodas de Conversas na UBS

6º lugar: Outros (especificados como grupos)

5.6.2 Instrumentos de Registro da demanda espontânea do Acesso Avançado

Como formas de registrar os dados e as informações sobre os usuários acolhidos no Acesso Avançado, 70% ou 16 dos coordenadores das UBS referiram ter elaborado instrumentos utilizando livros, cadernos, e/ou planilhas que seriam preenchidas manualmente ou no sistema. A UBS Tradicional está entre os 70% (4 multiprofissionais) e apesar do coordenador da UBS com ESF relatar que não utilizam nenhum tipo de instrumento de registro de dados, 66% dos entrevistados desta UBS informaram utilizar.

Nestes instrumentos os coordenadores relataram constar Nome, Idade, Sexo, Matrícula, CNS, Endereço, Equipe territorial responsável, Profissional(s) responsável(s) pelo Acolhimento, Demanda/Queixa, Conduta/Encaminhamento, Data e hora para retornar em consulta caso paciente necessite ou prefira e nenhum deles relatou algum outro tipo de informação. Os multiprofissionais da UBS Tradicional somente não relataram coletar dados referentes a data e hora para retornar em consulta caso paciente necessite ou prefira nem outro tipo de informação. Já os multiprofissionais da UBS com ESF que relataram coletar informações, citaram utilizar todos os dados questionados.

5.6.2.1 Importância dos dados/informações coletados durante a prática do Acesso Avançado

Para avaliação consideraremos a seguinte classificação:

- 2 - Concordo Plenamente
- 1 - Concordo Parcialmente
- 0 - Não Concordo

Quadro 5. Importância dos dados e informações coletados durante a prática do Acesso Avançado

DISTRIBUIÇÃO	2	1	0	Sem Resposta
1-Reconhecimento e/ou conhecimento do território	%	%	%	%
Coordenadores	88	4	4	4
UBS Tradicional	83	17	0	0
UBS com ESF	66	0	34	0
2-Identificação das principais demandas	%	%	%	%
Coordenadores	83	13	0	4
UBS Tradicional	100	0	0	0
UBS com ESF	83	0	17	0
3-Planejamento das agendas/ofertas para até 48 horas	%	%	%	%
Coordenadores	43	40	13	4
UBS Tradicional	50	50	0	0
UBS com ESF	100	0	0	0
4-Planejamento de ações locais de formação/educação permanente	%	%	%	%
Coordenadores	70	26	0	4
UBS Tradicional	66	34	0	0
UBS com ESF	83	0	17	0
5-Planejamento / Diagnóstico de Situação de Saúde	%	%	%	%
Coordenadores	88	8	0	4
UBS Tradicional	34	66	0	0
UBS com ESF	66	17	17	0
6-Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (modo de intervenção em casos discutidos pela equipe)	%	%	%	%
Coordenadores	66	30	0	4
UBS Tradicional	100	0	0	0
UBS com ESF	66	17	17	0
7-Promoção de Ações Intersectoriais (que ocorrem em rede, e com outras áreas como a educação e assistência social)	%	%	%	%

Coordenadores	70	26	0	4
UBS Tradicional	66	17	17	0
UBS com ESF	66	17	17	0
8-Criação de Vínculo	%	%	%	%
Coordenadores	70	26	0	4
UBS Tradicional	50	34	17	0
UBS com ESF	66	17	17	0
9-Continuidade do cuidado	%	%	%	%
Coordenadores	70	26	0	4
UBS Tradicional	83	17	0	0
UBS com ESF	83	17	0	0
10-Integralidade	%	%	%	%
Coordenadores	74	22	0	4
UBS Tradicional	66	17	17	0
UBS com ESF	83	17	0	0
11-Equidade	%	%	%	%
Coordenadores	83	13	0	4
UBS Tradicional	83	17	0	0
UBS com ESF	100	0	0	0

Considerando-se a somatória das porcentagens de concordo plenamente e parcialmente, pode-se analisar que as 11 informações do quadro 5 aparecem como importantes nas seguintes colocações ao serem utilizadas para:

1º lugar: continuidade do cuidado e equidade

2º lugar: planejamento das agendas/ofertas para até 48hs

3º lugar: identificação das principais demandas, planejamento de ações locais de formação/educação permanente, planejamento/diagnóstico de situação de saúde e formulação de projetos terapêuticos singulares (modo de intervenção em casos discutidos pela equipe) e integralidade

4º lugar: criação de vínculo

5º lugar: promoção de ações intersetoriais

6º lugar: reconhecimento ou conhecimento do território

Pode-se levar em consideração que o conhecimento do território pode ter ficado em último lugar devido ao fato de diminuição do quadro de ACS no município, o que dificulta a atualização das mudanças no território e diminui o quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos ACS a uma mesma família durante o ano. Deve-se enfatizar que alguns ACS possuem mais de 1000 cadastrados e mediante a nova PNAB precisa trabalhar com prioridades e não com 100% dos cadastrados e que muitos deles se mudam constantemente em alguns territórios.

Segundo Giovanella (2020), quando a PNAB 2017 permitiu somente 1 ACS por equipe ESF e nenhum por equipe de Atenção Primária, afetou um dos pilares do modelo de assistência da ESF com seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada.

Já quando se fala em promoção de ações intersetoriais, nota-se uma falta de comunicação entre os serviços que compõem ou não a rede de saúde do município.

O conhecimento e a organização da demanda espontânea se fazem necessárias e importantes para organizarem o serviço e as ofertas aos usuários. De certa forma essa organização também atingirá positivamente a equipe, que se vendo munida e apropriada de maiores possibilidades de ofertas multiprofissionais aos usuários se sentirá menos sobrecarregada ao ter de dar

conta de uma demanda médico centrada que poderá ser direcionada também à grupos e atendimentos multiprofissionais.

Vale lembrar que o bom uso das tecnologias leves, ajudam as equipes a lidarem com essa demanda espontânea de modo resolutivo.

5.7 COBERTURA DOS PROFISSIONAIS FALTANTES NOS PERÍODOS DE ACESSO AVANÇADO

Ao analisarmos a questão sobre a cobertura dos profissionais faltantes nos períodos de Acesso Avançado pode-se observar que dos 23 coordenadores de UBS 6 responderam que as equipes se cobrem através das equipes “irmãs” (são equipes que se organizam em duplas e se cobrem em todas as ações caso necessário) se planejando com antecedência. Todavia, 1 deles também assinalou a resposta seguinte: a cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido sem planejamento prévio. Fato que pode demonstrar um não conhecimento ou confusão do entendimento do que são equipes irmãs.

Quatorze coordenadores responderam que a cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido com planejamento prévio, sendo que 1 deles também assinalou a resposta seguinte de que a cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido sem planejamento prévio; 2 responderam que a cobertura não é realizada e os pacientes são remarcados; 2 responderam que a cobertura não é realizada e os pacientes são encaminhados ao Acolhimento Geral da UBS e 1 respondeu que a cobertura não é realizada e os pacientes são orientados a retornarem na próxima data do Acesso Avançado da sua equipe de referência.

Pode-se observar 9% dos coordenadores ou 2 deles informaram não atender o paciente no dia agendando-os para data posterior ou orientando para que retornem na próxima data do Acesso Avançado.

Na equipe da UBS tradicional 3 profissionais responderam a mesma questão com: as equipes se cobrem através das equipes “irmãs” (são equipes que se organizam em duplas e se cobrem em todas as ações caso necessário) se planejando com antecedência, todavia 2 deles também responderam que a cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato

ocorrido com planejamento prévio. Fato que demonstra um desconhecimento ou confusão sobre o nome: equipes irmãs.

Na mesma Unidade, outros 3 funcionários responderam que a cobertura não é realizada e os pacientes são encaminhados ao Acolhimento Geral da UBS, o qual funciona em período integral todos os dias da semana para atendimento dos pacientes que procuram atendimento fora dos períodos de Acesso Avançado da sua equipe. Resposta esta que coincide com a do coordenador/a. Neste caso pode-se interpretar que os usuários são atendidos pelos profissionais presentes na UBS após passarem pelo acolhimento geral.

Dos funcionários da UBS com ESF, 2 responderam que as equipes se cobrem através das equipes “irmãs” (são equipes que se organizam em duplas e se cobrem em todas as ações caso necessário) se planejando com antecedência e 4 deles, incluindo o coordenador/a responderam que a cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido com planejamento prévio. Fato que pode ser interpretado como a não existência de uma equipe irmã e o desconhecimento do termo por parte desses profissionais.

No final de 2019 houve um processo seletivo para contratação de recepcionistas, técnicos de enfermagem e enfermeiros para reposição dos profissionais faltantes na rede. Os médicos generalistas são contratados mediante necessidade. Todavia, coberturas pontuais de profissionais afastados por motivo de saúde e licença maternidade não são realizadas. Desta forma, a falta de profissionais é repostada internamente pelos profissionais de outras equipes, o que pode gerar sobrecarga de trabalho devendo-se tomar cuidado com o esgotamento físico e mental do trabalhador e com a não criação de vínculo com a equipe de referência do usuário

Quadro 6. Classificação dos “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado focando nos quatro principais e suas soluções para os coordenadores

Colocação	Coordenadores Entraves	Soluções
1º lugar	Falta de profissionais	Solicitar reposição e realizar escala profissional para participar do Acesso Avançado
2º lugar	Espaço físico insuficiente	Improvisar novos espaços; realizar atendimento no território; reorganizar as agendas para adaptar o atendimento ao espaço físico existente; utilizar o mapa de salas para organizar a utilização do espaço físico; realizar o Acesso Avançado por equipe em horários diferentes e atender de 2 pacientes por consultório
3º lugar	Presença de grande quantidade de pacientes hiperutilizadores	Ampliar o cardápio/carteira de ofertas e realizar discussões sobre Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
4º lugar	Equipes de saúde com número de cadastros superiores a 5.000 indivíduos resultando em alta demanda	Aumentar a quantidade de profissionais na realização do Acesso Avançado; planejar a agenda de modo a ofertar vagas em 24/48 h ou em até 1 semana; ampliar a quantidade de grupos do cardápio/carteira de ofertas e realizar escuta qualificada
5º lugar	Falta de perfil do profissional	Realizar educações permanentes; discutir Acesso Avançado em Reuniões gerais e de equipes
5º lugar	Falta de entendimento do que é acesso Avançado pela população e equipe da UBS	Realizar educações permanentes; discutir Acesso Avançado em Reuniões gerais, de equipes, de conselho, nas salas de espera e no território com os usuários
6º lugar	Falta de qualificação do profissional para realizar escuta qualificada	Realizar educações permanentes; discutir Acesso Avançado em Reuniões gerais e de equipes
6º lugar	Procura por atendimento médico	Ampliar o cardápio/carteira de ofertas; discutir Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
7º lugar	Insatisfação com o tempo de espera pelo atendimento	Ampliar cardápio/carteira de ofertas, ampliar número de profissionais no atendimento do Acesso Avançado e ampliar o período de chegada para o Acesso Avançado de 2 para 4 horas
8º lugar	Lentidão do sistema para conseguir registrar o atendimento no prontuário eletrônico	Usar o prontuário de papel para posteriormente registrar em sistema
8º lugar	Não ser ESF/não ter médico envolvido no Acesso Avançado	Realizar escala profissional para participar do Acesso Avançado
8º lugar	Mudanças constantes de profissionais	Realizar Educações Permanentes constantes

8º lugar	Falta do cardápio/carteira de ofertas	Construir ou ampliar o cardápio/carteira de ofertas
8º lugar	Centralização do Acesso Avançado na recepção	Descentralizar o Acesso Avançado da recepção
8º lugar	Procura por consulta agendada	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
8º lugar	Dificuldade em acompanhar as linhas de cuidados por pacientes que não querem agendar consultas	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
8º lugar	Existência de absenteísmo mesmo com datas de consultas escolhidas pelos usuários	Não foi apresentada solução
8º lugar	Grande quantidade de pacientes poli queixosos	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
8º lugar	Dificuldade da equipe em participar do Acesso Avançado	Realizar educações permanentes; discutir Acesso Avançado em Reuniões gerais e de equipes e realizar escala de profissionais para participar do Acesso Avançado
8º lugar	Falta de divulgação do que é o Acesso Avançado para a população	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em reuniões de conselho local, nas salas de espera e no território com os usuários
8º lugar	Existência de Estresse da equipe com a alta demanda	Ampliar oferta de cardápio/carteira de ofertas e aumentar o número de profissionais para participarem do Acesso Avançado
8º lugar	Retirada dos ACS da participação do Acesso Avançado por necessidade do serviço	Realizar escala de profissionais para participar do Acesso Avançado

Quadro 7. Classificação com foco nos quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado e suas soluções para os multiprofissionais da UBS Tradicional.

Colocação	UBS Tradicional Entraves	Soluções
1º lugar	Espaço físico insuficiente	Não foi apresentada solução
2º lugar	Falta de profissionais	Realizar Acesso Avançado com ajuda de profissionais de outras equipes e do profissional do Acolhimento Geral
3º lugar	Usuários chegam muito cedo para o Acesso Avançado	Abrir a UBS mais cedo para acolhê-los
4º lugar	Falta realização de escuta qualificada	Realizar Educações permanentes
4º lugar	Quedas de energia e sistema ou lentidão do sistema	Remanejar agendas
4º lugar	Grande quantidade de pacientes poli queixosos	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em salas de espera e realizar combinados com os usuários
4º lugar	Dificuldade da população em entender o que é Acesso Avançado	Realizar discussões sobre Acesso Avançado em salas de espera
4º lugar	Existência de grande demanda	Realizar Acesso Avançado com ajuda de profissionais de outras equipes e do profissional do Acolhimento Geral

Quadro 8. Classificação com foco nos quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado e suas soluções para os multiprofissionais da UBS com ESF

Colocação	UBS com ESF Entraves	Soluções
1º lugar	Existência de grande quantidade de usuários hiperutilizadores	Utilizar protocolo especial
1º lugar	Existência de grande demanda por Acesso Avançado	Necessita-se de contratações de RH; Sugeriram a distribuição de senha para não sobrecarregar os profissionais e dispensar um tempo maior para cuidar dos usuários; ampliar a quantidade de períodos de Acesso Avançado
2º lugar	Grande quantidade de pacientes poli queixosos	Anotar em prontuário a queixa relatada na escuta inicial
2º lugar	Os funcionários não entendem o que é Acesso Avançado	Realizar Educações Permanentes constantes
2º lugar	Falta de conhecimento dos protocolos por profissionais da área técnica	Realizar Educações Permanentes constantes
2º lugar	Falta resolutividade por parte dos profissionais que realizam o Acesso Avançado	Realizar escuta qualificada
2º lugar	Falta participação Multiprofissional	Deve haver união e bom senso
2º lugar	Tempo de espera elevado por um atendimento	Ampliar os períodos de Acesso Avançado
2º lugar	Pouco tempo para o usuário passar em consulta	Sugeriram a distribuição de senha para não sobrecarregar os profissionais e dispensar um tempo maior para cuidar dos usuários; colocar 1 médico a mais na equipe para suprir a demanda da equipe
2º lugar	Espaço físico inadequado	Reorganizar os espaços e horários de atendimentos dos profissionais
2º lugar	Falta de vagas para especialidades	Necessário ofertar mais vagas de especialidade

Os coordenadores elencaram a falta de profissionais, o espaço físico insuficiente a presença de grande quantidade de pacientes hiperutilizadores e equipes com mais de 5 mil usuários cadastrados como os quatro principais dificultadores em se realizar o Acesso Avançado.

Os profissionais da UBS Tradicional trouxeram por sua vez como entraves o espaço físico insuficiente, a falta de profissionais, o horário de chegada dos usuários ao Acesso Avançado muito antes do início informado e a falta de realização de escuta qualificada.

Já os profissionais da UBS com ESF apontaram novos entraves dentre os 4 primeiros colocados. A existência de grande demanda por período de Acesso Avançado, grande quantidade de pacientes poli queixosos, o não entendimento desta ferramenta pelos funcionários, falta de conhecimento dos protocolos pelos profissionais das áreas técnicas, falta de resolutividade, falta de participação de multiprofissionais, tempo de espera elevado para atendimento, pouco tempo para o usuário passar em consulta e até a falta de vagas para especialidades apareceu nesta questão.

Quanto à falta de profissionais, como soluções apresentadas pelas equipes pode-se verificar a utilização de uma escala profissional para participação do Acesso Avançado ou da utilização da ajuda de funcionários pertencentes a outras equipes. Ao trazer-se este dificultador para ser analisado junto aos preceitos da ESF, lembramos que a equipe é formada por médico de família, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS e equipe de odontologia, mas, que na maioria das UBS a prática do Acesso Avançado é focada no médico e na enfermagem. Fato este, que pode levar os profissionais a considerarem que a falta de uma dessas 2 categorias signifique a falta de profissionais.

Segundo Giovanella (2020), com a nova lei do financiamento, o componente multiprofissional é enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos NASF, sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes. Quando incorporados à PNAB 2011, os NASF foram concebidos na ótica da interprofissionalidade, matriciamento, educação permanente, comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidade compartilhados, para uma maior resolução

do cuidado, ações que provavelmente serão descontinuadas pela possibilidade concreta de demissão destes profissionais.

Visto que o município de SBC se baseia na concepção do NASF, valorizando e empoderando seu trabalho junto às equipes das UBS, encontramos o NASF apoiando na capacitação da equipe e na prática do Acesso Avançado.

Ao se falar em espaço físico insuficiente, entende-se que não existe um consultório exclusivo para cada profissional realizar atendimento da demanda do Acesso Avançado na maioria das UBS. Conhecendo-se o ideal como 2 ou 3 consultórios por equipe, onde um seria para o médico, 1 para o enfermeiro e dependendo da organização das equipes mais 1 para realização de uma escuta inicial multiprofissional, pode-se entender o dificultador que de acordo com o site cnes.datasus.com.br as UBS possuem de 1 a 10 equipes.

Pode-se pensar que devido ao relato da grande demanda de usuários por período de acesso, que as salas de espera das UBS sejam pequenas ou em quantidade insuficiente para acolher a todos de maneira confortável e salubre.

Para solucionar a falta de espaço físico, algumas iniciativas foram tomadas por algumas equipes. Dentre elas encontra-se o atendimento no território que é muito importante, pois, além de não superlotar a Unidade, pode-se levar o cuidado à população que possui dificuldade em acessar a UBS seja pela distância ou pela resistência em procurar o acompanhamento pelos profissionais da Unidade. Surgiu ainda a reorganização das agendas e a realização do mapa de salas que ajudam a repensar os espaços físicos de modo que redistribuir a demanda.

Diante de tal ação pode-se citar Peduzzi e Agreli (2018), lembrando que a prática colaborativa e trabalho em equipe podem contribuir para melhorar o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde. Destacam a necessidade de integração e colaboração no âmbito das equipes e destas com demais serviços da rede de atenção à saúde, visto a complexidade crescente do cuidado em saúde. A colaboração se caracteriza especialmente pela comunicação efetiva interprofissional e com usuários e população na construção de parcerias com usuários, famílias e grupos sociais dos territórios e com outras equipes, serviços e setores em rede.

A demanda quando se eleva nos períodos de Acesso pode indicar que encontrava-se reprimida por muito tempo devido à dificuldade em acessar o atendimento das equipes ou devido ao fato de muitas delas possuírem mais de 5.000 indivíduos ou por darem acesso a pacientes poli queixosos e hiperutilizadores que retornam diversas vezes ao atendimento dificultando a entrada de novos usuários ao serviço ou devido a facilidade de acesso do usuário e necessidade em receber uma resposta rápida às suas necessidades de saúde. Usuários estes que retornam ao Acesso com resultados de exames conforme liberação dos laudos ao invés de retornarem uma única vez com todos eles em mãos.

Segundo São Bernardo Do Campo (2014), uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa na hora que deseja.

A falta de resolutividade pode estar ligada ao não entendimento pelo profissional do que é Acesso Avançado. Entendendo erroneamente que esta ferramenta deve ser direcionada somente ao atendimento médico e do enfermeiro ao invés de ofertar atendimentos multiprofissionais, grupos, orientações e resolutividade pelo profissional que realiza a escuta. Surge aqui a necessidade de cada equipe e UBS elaborarem um cardápio/carteira de ofertas expandido e voltado as necessidades de saúde do território, compreendendo assim sua particularidade.

Visto que o Acesso Avançado deve ser resolutivo, os atendimentos que são realmente necessários são para resolver queixas do dia que sejam pontuais e aquelas que demandam uma consulta mais detalhada deve ser agendada para até 48hs garantindo ao paciente um cuidado adequado. As educações permanentes e conversas constantes com os profissionais e usuários são muito importantes para melhorar o entendimento sobre o funcionamento desta ferramenta.

A falta de consultas para especialidades apareceu como um entrave, o que leva a pensar que o profissional que a elencou pode fazer parte da porcentagem que não entende corretamente o funcionamento do Acesso Avançado ou pode se tratar de uma demanda que aparece com frequência nas ouvidorias e reclamações dos pacientes e preocupa os multiprofissionais.

Quadro 9. Principais pontos positivos e avanços no cuidado ao usuário ou na organização do processo de trabalho com a realização do Acesso Avançado focando nas três primeiras colocações

Colocação	Coordenadores Pontos positivos	Avanços	UBS Tradicional Pontos positivos	Avanços	UBS com ESF Pontos positivos	Avanços
1º lugar	Houve aumento da resolutividade dos casos	Fortalecimento do vínculo	Garantia de acesso (antigos e novos usuários)	Ampliação do cardápio/carteira de ofertas	Resolutividade	Resolutividade e disponibilidade de agenda
2º lugar	Ampliação do acesso	Ampliou a resolutividade	Controle da agenda realizada pela equipe	Resolutividade	Promoveu vínculo entre equipe e paciente	Cardápio de ofertas conhecido pelo paciente
2º lugar			Resolutividade	Conhecimento da demanda e do território		Diminuição do tempo de espera por uma consulta
2º lugar			Diminuição do absenteísmo			Facilidade de acesso
2º lugar			Possibilitou a troca de conhecimento entre a equipe			Possibilita diagnóstico precoce
2º lugar			Agilidade no atendimento			
3º lugar	Diminuição do absenteísmo	Ampliação do cardápio de ofertas		Ampliação do auto cuidado	Diminuição do tempo de espera por uma consulta	
3º lugar					Diminuição do absenteísmo	
3º lugar					Escuta qualificada	

4º lugar	Absorveu a demanda espontânea	Ampliou o acesso e satisfação dos usuários		Ampliação do acesso		
4º lugar	Promoveu criação e fortalecimento de vínculo entre equipe e usuário	Fortaleceu o trabalho em equipe		Promove a ampliação da discussão de casos em equipe		
5º lugar	Permitiu o conhecimento da demanda	Promoveu estudo da demanda				
5º lugar	Obtenção de agendamento para data próxima					
6º lugar	Pacientes ficam satisfeitos	Funcionários adquiriram segurança para acolher os casos e agendar somente o que é necessário				
6º lugar	Promoveu a organização das agendas	Favorece a continuidade do cuidado				
7º lugar	Atendimento rápido, porém, descaracterizou a ESF	Efetivou o trabalho multiprofissional				
7º lugar	Diminuiu a perda primária	Evitou realização de encaminhamentos desnecessários				
7º lugar	Ampliou o uso do cardápio/carteira de ofertas	Promoveu o atendimento do				

		usuário quando ele necessita				
7º lugar	Garantiu a integralidade e equidade	Garante equidade				
7º lugar		Permitiu a ampliação do diálogo com a população				

Ao analisar o quadro 7, verifica-se que os coordenadores elencaram como os três principais pontos positivos o aumento da resolutividade, a ampliação do acesso e a diminuição do absenteísmo e como principais avanços o fortalecimento de vínculo, a ampliação da resolutividade e do cardápio/carteira de ofertas.

O fortalecimento do vínculo aparece aqui como um avanço, mas anteriormente como um desacordo entre as equipes. Esse dado pode representar uma conquista quando se comparado a existência anterior somente do Acolhimento Geral. Instrumento este, pautado na lógica de rodízios de profissionais, geralmente da enfermagem sem dialogar com a lógica do atendimento da ESF por equipes.

Para avaliar a demanda de atendimento das UBS, SBC realizou um estudo do perfil dos usuários das Unidades através da utilização de uma planilha coletora de dados. A partir da análise destas informações, as equipes organizaram ou elaboraram suas carteiras de serviços.

Os profissionais da UBS Tradicional trazem ainda como ponto positivo o controle da agenda pela equipe, fato que garante a equidade ao garantir um atendimento com agilidade aos que precisam mais. Como avanço, a equipe cita o conhecimento da demanda e do território, visão que os profissionais de uma UBS Tradicional dificilmente possuem, já que não atendem na lógica da ESF. Todavia, SBC trabalha com territorialização em todas as 34 UBS do município antes mesmo da nova PNAB de 2017.

Já os profissionais da UBS com ESF trazem a promoção do vínculo e ampliação do auto cuidado como um ponto positivo e como avanço o diagnóstico precoce, o qual pode estar ligado a facilidade de acesso encontrada pelo usuário ao procurar o atendimento pelas equipes. A diminuição do tempo de espera por uma consulta pode ocorrer visto que o protocolo do Acesso Avançado orienta retornos agendados em até 48hs.

Aparecem ainda como pontos positivos em outras colocações a satisfação do paciente, que agora encontra um acesso aberto para ser ouvido. Chama a atenção o ponto positivo que cita a rapidez do atendimento, porém, com descaracterização da ESF. Esta frase pode estar ligada ao profissional que não entende a prática do Acesso Avançado ou até mesmo pelas dificuldades

encontradas na prática desse instrumento que não são de sua competência de resolução.

Em agosto de 2020, devido a pandemia do COVID-19, observou-se a necessidade de modificar o acesso da população às UBS já que o município estava retornando os atendimentos de rotina e o acesso ao serviço aumentou. Para garantir a prevenção das doenças, as Unidades receberam um tablet e começaram a atender as demandas dos pacientes via WhatsApp. Com esta ferramenta, as dúvidas são sanadas e as equipes podem atender os usuários sem que eles precisem comparecer à Unidade sem necessidade.

Através dessa ferramenta, os profissionais que já possuem vínculo com seus pacientes realizam vídeo chamadas ou até mesmo tele consultas. Os usuários até o momento veem demonstrando alto índice de aceitação e satisfação.

O Acesso Avançado encontra-se paralisado desde o início da pandemia em março de 2019 sem previsão de retorno por causar aglomerações em sua realização e nos encontrarmos em uma pandemia que preconiza exatamente o contrário.

Quadro 10. Descrição do entendimento dos multiprofissionais por Acesso Avançado

Categories	Coordenadores	UBS Tradicional	UBS com ESF
Ampliação do acesso	“Processo que amplia o acesso, favorece a continuidade do cuidado e fortalece vínculo entre equipe e usuário.”	“Atendimento porta aberta.”	“Maneira de estratificar e pensar no cuidado garantindo acesso a todos de maneira qualificada e com equidade.”
	“Ampliação do Acesso dos munícipes tentando resolver as queixas agudas no dia e orientar quanto aos processos de saúde.”	“Atender hoje o que é de hoje”. É a possibilidade de o usuário acessar sua equipe para além da linha de cuidado e do cuidado programado.”	“O Acesso Avançado serve para reduzir a demanda reprimida de atendimentos, reduzir também o absenteísmo e ampliar o acesso aos usuários do SUS.”
	“A UBS estar com as portas abertas para o paciente que procura a unidade, ouvindo suas queixas e procurando a melhor forma de prestar o atendimento.”	“Facilita o atendimento ao paciente; diminui o absenteísmo.”	“Acesso Avançado é uma forma de se ampliar o acesso do serviço de saúde através de uma escuta inicial e o direcionamento de casos com maior demanda para os profissionais adequados realizarem o cuidado.”
	“Aumenta e facilita o acesso. Exige mais da postura e do comprometimento dos profissionais bem como sua maior integração e divisão de saberes. Porém, a falta de profissionais fica evidenciado neste modelo o que aumenta o desgaste da equipe prejudicando sua saúde e o atendimento. O vínculo com a população e com os funcionários é fundamental para o sucesso do modelo. Bem como o apoio da gestão. Sua implantação é gradual e deve ser constantemente revista.”		
	“Uma consulta breve, porém, direcionada e resolutiva que permite o acesso a todos os usuários sem restrição. Abre a porta da unidade facilitando o atendimento ao usuário.”		
	“É uma proposta de trabalho para aumentar a resolutividade e melhorar o Acesso na Atenção Básica		

	a fim de diminuir ao máximo os agendamentos; atender a todos no mesmo dia ou em até 48hs, pensando nas necessidades dos pacientes e oferecendo além de consultas (urgentes, rotinas ou prevenção) também as ofertas da carteira de oferta da UBS.”		
	“Abrir a porta da Unidade para que o atendimento se aproxime ao máximo da disponibilidade e comodidade do paciente.”		
	“Melhoria no acesso.”		
Escuta Qualificada	“Escuta qualificada, entender a demanda do munícipe e dentro da nossa carteira ofertada atender à necessidade e acompanhamento do munícipe.”	“É um método que visa um acolhimento ágil visando uma melhor qualidade de saúde dos munícipes;”	“É fazer a escuta do paciente e encaminhá-lo de acordo com a necessidade dele.”
	“Escuta qualificada da ESF para acolhimento da demanda espontânea: queixa, orientação, receita vencida, orientação, medicação, LME, encaminhamentos, conversa ...”	“Na minha opinião, é um método inovador, visando acolher da melhor forma, o munícipe, direcionando e promovendo a saúde;”	“Atendimento (escuta) imediata para possível solução da demanda.”
	“Acolher os usuários e direcioná-las nas suas necessidades inclusive com a carteira de saúde.”		
	“Escuta qualificada. Direcionamento das queixas agudas.”		
	“A oportunidade de diálogo do usuário com sua equipe de referência para citar suas necessidades e ter a resolução dos seus problemas/demandas no mesmo dia ou em até 48hs.”		
Fortalecimento do vínculo	“O acesso avançado fortalece o vínculo paciente x equipe, pois, este é atendido sempre pelos mesmos profissionais e no dia e horário em que precisa, seja para um atendimento mais complexo ou uma orientação.”		“É um atendimento que encurta a distância entre paciente e a unidade. Entre a queixa e solução, ele consegue ser atendido mais rápido e assim a sua saúde é reabilitada mais rápido.”

Método de agendamento	<p>“Acesso Avançado corresponde a um método de agendamento que permite maior absorção de demanda espontânea e tem como objetivo "fazer o trabalho de hoje, hoje" com o intuito de facilitar o Acesso dos usuários aos cuidados em saúde. Esse sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em 48h favorecendo a continuidade do cuidado, reduzindo filas, diminuindo o absenteísmo.”</p>	<p>“Acesso Avançado é um atendimento breve para demanda simples e pode gerar atendimento para os complexos agendados através da escuta.”</p>	
	<p>“O Acesso Avançado de qualidade é um dos principais aspectos da política em saúde. É um método de organização do agendamento que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência.”</p>		
	<p>“É uma proposta de trabalho para aumentar a resolutividade e melhorar o Acesso na Atenção Básica a fim de diminuir ao máximo os agendamentos; atender a todos no mesmo dia ou em até 48hs, pensando nas necessidades dos pacientes e oferecendo além de consultas (urgentes, rotinas ou prevenção) também as ofertas da carteira de oferta da UBS”.</p>		
	<p>“Sistema de organização de consultas em que os usuários são acolhidos e avaliados, cujo "objetivo" é dar respostas as demandas no próprio dia ou em até 48hs, podendo também ser direcionado para grupos que compõem a carteira de ofertas da UBS. São atendidos pelo médico ou enfermeiro de suas respectivas equipes buscando: reduzir a demanda reprimida de atendimentos, absenteísmo, ampliar</p>		

	acesso aos usuários, diminuir tempo de espera para consultas.”		
Resolutividade	“Resolver as demandas com rapidez”		
	“Atendimento no mesmo dia ou agendamento para até 48hs ou encaminhamento para grupos”		
	“Acesso avançado é um atendimento breve para demandas simples e pode gerar atendimento para os casos complexos agendados através da escuta.”		

Segundo São Bernardo Do Campo (2019) o Acesso Avançado não é atendimento como de consulta tradicional, é escuta qualificada para a resolução de necessidades leves como troca de receitas de pacientes compensados, orientações, pedido ou avaliação de exames e avaliações de queixa leves. Fortalecendo assim a inserção dos usuários nos grupos de orientação e prevenção da carteira de serviços.

Ao analisarmos as falas contidas no quadro 8, referente ao entendimento dos multiprofissionais por Acesso Avançado, verifica-se que no geral eles consideram esta ferramenta positiva.

O Acesso Avançado trouxe consigo a ampliação do acesso dos usuários aos serviços prestados pela UBS, se utiliza da escuta qualificada para acolher as necessidades de saúde dos usuários, promoveu o fortalecimento do vínculo entre equipe e população, funciona como um método de agendamento e apresenta-se resolutivo para com as demandas existentes.

Precisa levar-se em consideração que a equipe trabalha com a visão da clínica ampliada, que segundo Agreli et al (2016), integra a PNH e descreve a necessidade de ampliar o objeto de trabalho da clínica, de modo a contemplar a subjetividade dos envolvidos. Amplia-se, também, a finalidade do trabalho clínico, que, além de buscar a cura, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, passa a contribuir para o aumento da autonomia dos usuários, tendo como eixo norteador a integralidade.

Quando se fala de ampliação de acesso, pode-se perceber na frase a seguir que outras preocupações são trazidas pelos multiprofissionais, como a necessidade de um comprometimento do profissional em acolher adequadamente esta demanda e o desgaste sofrido por eles ao se depararem com um quadro de RH reduzido que sofre desgaste físico e emocional para atender uma grande demanda:

“Aumenta e facilita o acesso. Exige mais da postura e do comprometimento dos profissionais bem como sua maior integração e divisão de saberes. Porém, a falta de profissionais fica evidenciado neste modelo o que aumenta o desgaste da equipe prejudicando sua saúde e o atendimento. O vínculo

com a população e com os funcionários é fundamental para o sucesso do modelo. Bem como o apoio da gestão. Sua implantação é gradual e deve ser constantemente revista.”

Ao falar-se em escuta qualificada, pode-se aqui diferenciar o Acesso Avançado do Acolhimento realizado anteriormente nas UBS mediante ao fato de que o Acesso se utiliza do atendimento por profissionais por equipe e o acolhimento se utilizar dos multiprofissionais no geral:

“A oportunidade de diálogo do usuário com sua equipe de referência para citar suas necessidades e ter a resolução dos seus problemas/demandas no mesmo dia ou em até 48hs.”

Quando a palavra vínculo foi citada, ela veio acompanhada de a importância do atendimento ao usuário ser realizado sempre pela equipe de referência. O que ocasiona proximidade e confiança no profissional que se torna conhecido pelo usuário e cria-se então um vínculo:

“O acesso avançado fortalece o vínculo paciente x equipe, pois, este é atendido sempre pelos mesmos profissionais e no dia e horário em que precisa, seja para um atendimento mais complexo ou uma orientação.”

Aparece ainda a consideração do Acesso Avançado ser um modo ou sistema de organização de agendamento para todas as demandas de uma equipe:

“Sistema de organização de consultas em que os usuários são acolhidos e avaliados, cujo "objetivo" é dar respostas as demandas no próprio dia ou em

até 48hs, podendo também ser direcionado para grupos que compõem a carteira de ofertas da UBS. São atendidos pelo médico ou enfermeiro de suas respectivas equipes buscando: reduzir a demanda reprimida de atendimentos, absenteísmo, ampliar acesso aos usuários, diminuir tempo de espera para consultas.”

Deve-se prestar atenção em uma das falas em que se refere a resolutividade:

“Resolver as demandas com rapidez.”

O profissional não pode confundir resolutividade com rapidez de atendimento para simplesmente “tocar fila” e esvaziar o local rapidamente. O fato de ser resoluto nem sempre está ligado a agilidade no atendimento, mas sim ao fato de apresentar uma resposta à necessidade de saúde do usuário independentemente do tempo que leve.

Quadro 11. Descrição do passo a passo de como é realizado o Acesso Avançado nas UBS

Categories	Coordenadores	UBS Tradicional	UBS com ESF
Local de realização da escuta do usuário	“Organização inicial de cada equipe dentro de cada data e horário determinado inicialmente e passado para recepção. Após, é encaminhado via sistema para a sala do Acesso Avançado para uma escuta qualificada, após será direcionado para médico, enfermeiro e grupos.”		“Paciente se identifica na recepção, é inserido no sistema e quando chamado através do painel entra na sala da triagem.”
	“Como ainda não temos ESF, trabalhamos o acesso no acolhimento. Temos ofertas de consultas para atender demandas com prioridades e na escuta observamos a necessidade e importância de participação em grupos educativos.”		
Quantitativo dos períodos de Acesso Avançado	“Tem dois horários de acesso pela manhã e tarde onde ocorre a escuta qualificada e o direcionamento para o profissional médico ou enfermeiro ou direcionamento para grupos ofertados pela UBS.”		“Acesso avançado do paciente tem horário/dia correto de escuta. Acolhe-se por profissional. Resolutiva imediata ou agendada.”
	“Cada equipe tem 2 horas de acesso, de manhã e à tarde todos os dias. Os casos não resolvidos no dia são agendados pela própria equipe de acordo com a disponibilidade do paciente.”		
	“Cada equipe oferta o período de 4hs em diferentes horários. Médicos ESF, matriciadores, enfermeiras realizam os atendimentos no dia ou agendado. A escuta é feita por profissional da enfermagem que		

	direciona para atendimento, cardápio de ofertas ou orientação.”		
Acesso Avançado em implantação	“Estamos planejando o Acesso.”		
Profissional que realiza a escuta do usuário	“Dois profissionais são escalados por período, independente da equipe que esteja no acesso daquele período. Os profissionais são variados, multiprofissionais que vão direcionando o paciente conforme demanda, como atendimento médico, NASF, enfermagem ou agendamento de determinado grupo.”	“Paciente deixa a carteirinha com a ACS na receptiva, é feito o levantamento dos prontuários, estes prontuários são deixados de forma única na recepção e o médico e a enfermeira da equipe vão pegando o prontuário aleatoriamente. Sempre fica uma enfermeira de suporte.”	“O Acesso Avançado funciona como um direcionamento, distribuindo então as necessidades de cada paciente para o profissional correto. Como por exemplo, uma tomografia (exame) deve ser encaminhada para o médico da ESF.”
	“Escuta qualificada, encaminhamento interno para resolução das demandas para grupos e consultas.”		
	“Estamos em processo de implantação da escuta onde a equipe realiza o primeiro contato com o paciente para identificar sua necessidade e este é direcionado para o atendimento no dia ou agendado conforme sua necessidade.”	“Chegada do usuário. Identificação do usuário e demanda (escuta inicial), atendimento (médico ou enfermeira).”	“As equipes têm dias e horários definidos para o atendimento do paciente que passa no acesso. O técnico de enfermagem ouve sua queixa e diante disso ele é direcionado para atendimento sendo médico, enfermeira ou alguém da equipe multidisciplinar.”
	“Paciente é recepcionado, passa pela escuta inicial com a técnica de enfermagem onde pega o prontuário e passa para a doutora ou enfermeiro.”	“De acordo com as agendas dos médicos, nós (ACS), recebemos o munícipe e os recepcionamos, direcionamos para que ele seja atendido, da melhor maneira possível e em menos tempo.”	“Usuário é inserido no sistema pela receptiva. Técnico de enfermagem juntamente com outro profissional realiza escuta da demanda e direciona (médico, enfermagem, NASF) ou realiza agendamento para breve.”
	“Paciente é recepcionado para realizar a escuta qualificada para resolução da demanda no mesmo dia em consultas breves do médico ou do enfermeiro. Na consulta, o médico ou o enfermeiro decidem através de suas condutas	“Por ser Tradicional é realizado segmento por especialidade médica. Há horário para acesso do clínico, ginecologista e pediatra. Estamos divulgando horários para população,	

	o que será resolvido na hora e o que será agendado para consulta programática.”	acolhemos via ACS e equipe atende entre médicos, enfermeiras ou compartilhados.”	
	“Paciente passa pela escuta qualificada da equipe, geralmente técnico de enfermagem, equipe NASF e ACS. Encaminhado para médico ou enfermeiro ou para grupos de orientação ou de atendimento.”	“É realizada uma "fila" de atendimento de acordo com a ordem de chegada, o atendimento é realizado pelo médico e enfermeiro onde cada profissional chama o paciente por ordem de chegada, se necessário a enfermeira e o médico encaminham o paciente para outros serviços profissionais.”	
	“Usuário chega na Unidade no horário de acordo com sua equipe de referência. A recepção recepciona e pede para o usuário aguardar na sala de espera. O ACS em momentos de fluxo intenso ajuda a dialogar e sinalizar a sala que que será feito o acesso pelo médico ou enfermeiro. Após a escuta o usuário tem sua demanda marcada para o mesmo dia ou em até 48hs.”	“A equipe (médico, enfermeira e ACS) acolhemos o paciente da melhor maneira possível em tempo ágil.”	
	“O paciente é recepcionado por uma escuta qualificada, depois ele é direcionado ao enfermeiro de sua equipe, então será ouvido pelo enfermeiro que resolverá suas necessidades: consulta médica no mesmo dia ou quando for melhor para ele; consulta com o enfermeiro, carteira de oferta da UBS ou ainda questões da própria clínica do enfermeiro permite resolução na hora deste atendimento.”		
	“Ao chegar os pacientes são recepcionados de acordo com suas equipes, passam pela escuta qualificada onde será analisada a queixa e de		

	acordo com as demandas são encaminhadas para as equipes para atendimento ou consulta.”		
	“Eles são acolhidos, direcionados para enfermeiro ou médico de acordo com as necessidades ou encaminhados para marcações de consultas, grupos etc.”		
	“Primeiro o paciente chega e é recepcionado pelo ACS que recolhe as carteirinhas e retira os prontuários, depois esse paciente passa por uma escuta com a técnica de enfermagem da equipe para ser direcionado se vai ser atendido naquele momento pelo médico ou enfermeiro da equipe ou se vai ser agendada uma consulta ou se vai agendar para um grupo.”		
	“Usuário é inserido no sistema pelo receptivo; técnico de enfermagem juntamente com outro profissional realiza escuta da demanda e direciona -o (médico, enfermeiro, NASF ou realiza agendamento para breve.”		
	“Escuta qualificada, encaminhamento interno para resolução das demandas para grupos e consultas.”		
	“Por ser tradicional, é realizado segmentado por especialidade médica. Há horários para acesso do clínico, ginecologista e pediatra. Estamos divulgando horário para população, acolhemos via ACS e equipe atende entre médicos, enfermeiros ou compartilhados.”		

	"Pacientes são ouvidos, (profissional é previamente escalado) e encaminhado para resolução da queixa."		
Escuta qualificada	"Escuta qualificada."		

Levando em consideração que São Bernardo Do Campo (2019) orientou a prática do Acesso Avançado em 2 horas, toda equipe de referência precisa estar mobilizada e alinhada para receber o usuário já com prontuário dele em mãos. Esta equipe escuta e direciona o paciente ao médico ou enfermeiro no consultório. Se necessário o enfermeiro aciona o médico. Casos leves serão resolvidos no dia e os complexos poderão ser agendados em até 48h.

Ao analisarmos o quadro 9, referente a descrição do passo a passo de como é realizado o Acesso Avançado nas UBS, pode-se verificar que os multiprofissionais relataram em suas escritas o local em que é realizada a escuta do paciente, o quantitativo dos períodos de Acesso Avançado e os profissionais que realizam este dispositivo.

Um coordenador colocou uma frase de que é realizada uma “escuta qualificada” e outro de que a UBS ainda se encontra em implantação do Acesso Avançado.

Para ilustrar o quantitativo de períodos de Acesso Avançado orientado pelo DAPS, segue o modelo de agenda:

Figura 1. Agenda do médico e enfermeiro para o Acesso Avançado em SBC

Agenda Médico/Enfermeiro					
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	2 horas (Demanda Espontânea)	2 horas (Demanda Espontânea)	Visita Domiciliar*	2 horas (Demanda Espontânea)	2 horas (Demanda Espontânea)
	Agenda	Agenda		Agenda	Agenda
TARDE	2 horas (Demanda Espontânea)	2 horas (Demanda Espontânea)	Reunião Equipe e Grupos*	2 horas (Demanda Espontânea)	2 horas (Demanda Espontânea)
	Agenda	Agenda		Agenda	Agenda

*Podendo acontecer em qualquer outro dia da semana

50% Demanda Espontânea

50% Agendamentos - Priorizar: Pré Natal e Puericultura

Fonte: Documento orientador do Acesso Avançado em SBC, 2012.

Quanto aos períodos em que o Acesso Avançado é realizado podemos verificar que existe oferta em períodos diferentes pela manhã e pela tarde e dentro de 2 ou 4 horas. Pode-se verificar também a participação de

multiprofissionais como: recepção, médicos, enfermagem, NASF e ACS não aparecendo a odontologia. Talvez por se tratar de profissionais que não atuem com tanta frequência no Acesso.

“Cada equipe tem 2 horas de Acesso, de manhã e à tarde todos os dias. Os casos não resolvidos no dia são agendados pela própria equipe de acordo com a disponibilidade do paciente.”

“Cada equipe oferta o período de 4hs em diferentes horários. Médicos ESF, matriciadores, enfermeiras realizam os atendimentos no dia ou agendado. A escuta é feita por profissional da enfermagem que direciona para atendimento, cardápio de ofertas ou orientação.”

Chama a atenção a descrição de que o usuário é encaminhado a uma sala de “triagem” para ser ouvido. Já que alguns profissionais como os ACS não podem realizar a triagem quando esta palavra for considerada realização de procedimentos para verificação de sinais vitais (aferição de pressão arterial ou medição glicemia capilar) por não serem capacitados para tais atividades. Talvez estes multiprofissionais confundam a palavra triagem com escuta ou acolhimento.

“Paciente se identifica na recepção, é inserido no sistema e quando chamado através do painel entra na sala da triagem.”

Enfim, pode-se considerar que o Acesso Avançado e o Acolhimento precisam trabalhar em conjunto para que ocorram com qualidade. Visto como um modelo de agendamento que se enquadra nos princípios e diretrizes do SUS, na PNH e nos atributos da APS, o Acesso Avançado seria positivo quando bem planejado, estruturado, implantado e monitorado

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se as questões disparadoras que originaram este trabalho: Como os profissionais da Atenção Primária se apropriaram do Acesso Avançado em seu cotidiano de trabalho? De que maneira a equipe se organizou para lidar com a demanda originada por esse dispositivo? pode-se notar através da percepção dos multiprofissionais que eles incorporaram o Acesso Avançado na rotina diária das UBS e obtiveram grande adesão da população.

A realização do estudo da demanda, assim como das educações permanentes e discussões do processo de implantação e prática do AA, segundo a percepção dos entrevistados possibilitaram a reorganização dos processos de trabalho e ajudaram as equipes a se apropriarem do Acesso Avançado em seu cotidiano de trabalho.

Visto que a capacitação das equipes sobre o funcionamento do AA, ficou sob responsabilidade dos coordenadores de UBS e de um multiprofissional multiplicador, cada equipe se desenvolveu de uma maneira, deixando claro que as educações permanentes e diálogos sobre este assunto são primordiais para o bom andamento desse dispositivo, possibilitando o acerto de fluxos e comunicações entre equipes e população.

Segundo os entrevistados, para lidar com a organização da demanda gerada pelo Acesso Avançado garantindo acesso aos usuários e a saúde dos funcionários, foram realizadas as seguintes práticas: cobertura de funcionários faltantes por meio de escalas; atendimento da demanda fora do espaço da UBS; valorização dos grupos e de atendimentos multiprofissionais visando desconstruir a cultura de procura pelo médico e substituí-la pelo conhecimento e aceitação do atendimento prestado pela ESF onde os multiprofissionais possuem sua importância particular nos atendimentos; e uso e potencialização de tecnologias leves como a escuta qualificada que gera resolutividade e a criação de vínculo.

Levando-se em consideração que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia do COVID-19, pode-se verificar no site covid.saude.gov.br (2020), que em 24/10 do ano de 2020 havia 5.380.635 casos confirmados da doença e 156.903 mortes notificadas no Brasil. Pandemia esta, que modificou o modo de agendamento e atendimento em todas as UBS de SBC, extinguindo o Acesso

Avançado presencial e adotando outros modos de Acesso na modalidade virtual, por meio de teleatendimentos e WhatsApp.

Mediante análise dos resultados apresentados nesse trabalho, pode-se considerar que o Acesso Avançado, quando ocorria no município ou quando voltar a acontecer precisará receber atenção dos praticantes em alguns pontos que serão abordados adiante.

Segundo Brasil (2017), o acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população. Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados.

Baseado nas experiências exitosas de alguns municípios brasileiros, SBC decidiu implantar o Acesso Avançado nas 34 UBS. Para que este processo ocorresse com sucesso, os participantes da pesquisa sinalizaram que ele foi fortalecido através de educações permanentes, reuniões gerais de equipes, técnicas e com as UPA, rodas de conversas, grupo de trabalho de Acesso Avançado com o DAPS e diálogos com conselho local de saúde e população.

Quando se refere aos multiprofissionais das UBS, nota-se uma participação de grande parte deles na prática do Acesso Avançado através de suas percepções. Fato que não ocorria na prática do Acolhimento, antes focado na enfermagem. O estudo de demanda possibilitou a criação, reorganização ou a ampliação das carteiras de serviços para atender as necessidades de saúde trazidas pelos usuários pertencentes a cada UBS respeitando e adequando-se as suas particularidades.

Analisando-se os resultados do estudo, nota-se que mesmo diante de alguns dificultadores como a alta rotatividade de funcionários, defasagem do quadro de RH, espaço físico insuficiente ou inadequado, reclamação por uma parte dos usuários pelo tempo de espera por atendimento nos períodos de Acesso Avançado e fragilidade na articulação com outros serviços da rede, é possível identificar uma mudança positiva e a aceitação da população através da diminuição do absenteísmo, produção e fortalecimento do vínculo, grande demanda nos períodos de Acesso Avançado, ampliação do acesso de novos usuários, alto índice de resolutividade, o aumento da procura e participação em grupos ofertados pela UBS e entendimento e aceitação pelas consultas multiprofissionais.

Para enfrentarem os desafios e limitações, as equipes contribuíram com o desenvolvimento de práticas que foram desde a reorganização dos fluxos e processos de serviços, passando pela utilização de instrumentos como mapas de salas e reorganização da carteira de serviços da UBS até levarem o atendimento da equipe para perto do paciente em um local no território envolvendo assim todos os multiprofissionais na prática deste dispositivo e ajudando a população a enxergar e entender a importância dos seus atendimentos.

Fato este que se deu devido ao grande empenho da gestão da Unidade e dos multiprofissionais que compõem as equipes das Unidades, os quais perceberam que mais do que um dispositivo, o Acesso Avançado é uma mudança de comportamento no cuidado aos usuários, uma postura ética.

Considerando todas as limitações e desafios descritos pelos profissionais de saúde sobre a prática do Acesso Avançado, de um modo geral o visualizam positivamente garantindo a equidade, integralidade, a clínica ampliada e a estratificação de risco ao usuário.

A percepção trazida por um dos profissionais participantes deste trabalho, chama a atenção ao fato de que a equipe deve tomar o cuidado de utilizar o Acesso Avançado de maneira adequada realizando sempre uma escuta qualificada para que sua prática não descaracterize o cuidado proposto pela ESF.

Segundo Giovanella et al (2020), a ESF caracteriza-se pela busca em aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrar vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS.

Esta visão sugere a importância de um estudo aprofundado, visto que a descaracterização do cuidado ofertado pela ESF através da prática do Acesso Avançado apareceu superficialmente neste trabalho, todavia, ela pode alavancar ou travar a prática deste dispositivo sendo um ponto de partida importantíssimo para sua construção e realização.

Quanto a gestão central, verifica-se a necessidade de realizarem a intensificação e a permanência da qualificação dos profissionais e da promoção

de articulação de rede para que a Atenção Primária continue cumprindo seu papel de ordenadora do cuidado. Visto que mais de 30% dos profissionais saem e entram na rede a cada ano, seria positivo se pensar em ações de valorização dos trabalhadores de modo a tentar fixá-los no serviço. Faz-se necessário também pensar em constantes realizações de ações voltadas ao cuidado da saúde mental do profissional de saúde de modo a evitar seu adoecimento.

Mesclando a opinião de Giovanella et al (2020) e a minha visão de coordenadora mediante experiência de 14 anos, enfatizamos a ocorrência de retrocessos do modelo assistencial da ESF nas políticas de Atenção Primária desde a publicação da PNAB 2017, a qual permitiu estabelecer equipes com apenas 1 ACS e médicos com carga horária mínima de 10 horas.

Dizemos ainda que junto ao fato da realização do corte do credenciamento e financiamento do NASF, a ideia de existência de multiprofissionais e interdisciplinaridade deixa de ser incentivada e sugere a existência de futuras equipes compostas somente por médicos e enfermeiros. Fato este que coloca por terra todo o trabalho construído em torno do Acesso Avançado no município de SBC. O AA depende da existência de uma equipe multiprofissional rica em saberes e disposição para trabalhar em equipe devendo ser liderada por um coordenador empoderado pelos saberes de formação e de experiência profissional, assim como pela empatia.

Devemos considerar que o programa Saúde na Hora, o qual prioriza o cuidado individual e a demanda espontânea, tende a transformar a UBS em pronto atendimento caso não siga o que preconiza a ESF. Lembramos que a carteira de serviços também recebeu duras críticas por seguir uma lógica de contratualização de serviços privados.

O novo modelo de financiamento da APS que substitui o PAB fixo e variável por metas de cadastros e atendimentos, gerará perdas de recursos financeiros significativas para muitos municípios, o que possivelmente acarretará desassistência à população não cadastrada. Fato esse que rompe com os princípios do SUS de universalidade e equidade.

Diante de todas estas análises pode-se observar que para a aplicabilidade positiva do Acesso Avançado não basta uma determinação protocolar de implantação para que ele tenha sucesso e sim uma gestão participativa, alinhada aos princípios do SUS e que incentive, capacite, valorize, cuide de seus

funcionários de modo a acolhê-los perante as dificuldades. Depende também da atuação dos gestores em adotar medidas para fortalecer o modelo de Atenção pautado na ESF e frear o desmonte ainda que localmente. Mediante necessidade, é necessário que a gestão esteja disposta a modificar fluxos aceitando sugestões de quem está envolvido diariamente com os processos de trabalho, funcionários e usuários.

O que se importantes sugeridas pelos profissionais das UBS durante a prática observa, na prática, é a tendência à falta de abertura da gestão central para incorporar algumas modificações do AA. Não se pode engessar um processo de trabalho, assim como foi feito com o AA no município, pois, para planejá-lo e realizá-lo, faz-se necessário considerar as particularidades de cada população adscrita a cada território de saúde, UBS e até mesmo equipes distintas dentro de uma mesma Unidade.

Outro ponto a se pensar é relacionado ao número mínimo de 4000 cadastrados por equipe de ESF que requisita o novo modelo de financiamento. Diante do quantitativo exacerbado de pessoas ficou evidente a não funcionalidade do AA.

Quanto aos funcionários, eles precisam se sentir parte desta construção para que assim acreditem e incorporem a mudança trazendo para a prática o que lhes faz sentido sem necessidade de imposição. Aqui encontra-se o desafio do coordenador de UBS que ficou responsável por coordenar e capacitar a equipe para implantar o Acesso Avançado na Unidade de atuação.

Diante de tal importância, o coordenador deve ser capacitado, experiente e conseguir exercer liderança junto à equipe. Isto corrobora com as determinações do BID, que ao financiar as reformas das UBS de SBC, exigiu que todos os coordenadores passassem por processo de especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde. Outro fato primordial é o de que o coordenador precisa possuir autonomia para gerenciar os processos de trabalho junto à equipe, situação ainda pendente em muitos municípios, e sem a qual a prática do AA fica prejudicada.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F; P, M; S, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Botucatu: Interface, 2016.p.905-916.

AIM, J.S. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L V.C; NORONHA, J.C, CARVALHO, A.I. et al. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap15. p.547-574.

AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In*: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v.1. p.49-83.

BARBOSA, S.I.M; BOSI, M.L.M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**: Rio de Janeiro, vol.27, n.4, pp.1003-1022, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. n. 28, Volume I, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2019, Ed. 220, Seção 1, p.97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. **Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2020.

CASTRO, C.P. **Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e cogestão**. Campinas, 2011.

COOPER, D.R; SCHINDLER, P.S. **Método de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORONAVIRUS BRASIL. Disponível em covid.saude.gov.br. Acesso em 24 de out. 2020.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas: EDITORA: Hucitec, 2004.

CUNHA, H.R.C; HARZHEIM, E; MEDEIROS, L.O; D'AVILA, P.O; MARTINS, C; WOLLMANN, L; FALLER, A.L; Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde

Bucal no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** v.25. n.4. p.1313-1326 Rio de Janeiro: 2020.

CURITIBA (Cidade). Secretaria de Saúde. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde.** Curitiba: 2014a.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. **Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for Health Care.** MA, Harvard University Press, 1973.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 164-17, 2007.

FARIA, M.N. **Proposta de intervenção para a organização da agenda médica programada e demanda espontânea da ESF Palmeiras em Bom Sucesso-Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2017.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; NORONHA, L.V.C.L.J.C; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro:Fiocruz;2012.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; NORONHA, L.V.C.L.J.C; CARVALHO, A.I. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. *Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for Health Care.* MA, Harvard University Press, 2012.

GIOVANELLA, L; FRANCO, C.M; ALMEIDA, P.F. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, 25(4): 1475-1481, 2020.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz;1997.132p.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama São Bernardo do Campo –SP. 2019. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-docampo/panorama>>. Acesso em: 06 maio 2019.

KAUTH, R.D; VÍCTORIA, C. Orientações básicas para pesquisa qualitativa. In: GUSSO, G; LOPES, J.M.C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. p. 488-494.

KNIGHT, A; LEMBKE, T. Appointments 101-- How to shape a more effective appointment system. **Aust. Fam.Physician**, v.42, n.3, p.152-156, 2013.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.V. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas; 2011.

MERHY, E.E. **Aula da especialização em saúde coletiva**. Aracaju: Universidade Estadual de Sergipe, 2005.

MERHY, E.E. **A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. São Paulo: Xamã, 1998.

MELO, E.A; MENDONÇA, M.H.M; OLIVEIRA, JR; ANDRADE, G.C.L. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate, Rio de Janeiro V. 42, n.1, p 38-51, 2018.

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

MITRE, S.M; ANDRADE, E.I.G; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema único de saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. ver. Ciên. Saúde Col., Rio de Janeiro v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOTTA, P.R. **A ciência e a Arte de ser Dirigente**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MOSTÉRIO, R.J; O trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades na região de Cidade Ademar do município de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

MURRAY, M; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Revista Family Practice Management, v. 7, p. 45-50, 2000.

MURRAY, M; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. Revista **JAMA**, EUA, v.289, n.8, p. 1035-40, 2003.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.22, supl.2, 2018.

REIS, E.A; REIS, I.A. **Análise descritiva de dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG.2002. [internet]. Disponível em: <http://www.est.ufmg.br>

RODRIGUES, J. B. **O Acolhimento na Atenção Básica**: desafios e avanços no Município de São Bernardo do Campo – São Paulo, 2018.

SAMPAIO, L.F.R; MENDONÇA, C.S; JUNIOR, N.L. Atenção primária à saúde no Brasil. In: GUSSO, G; LOPES, J.M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família**

e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. V.2, p. 28 - 41.

SANT'ANA, A.M. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. **ver. Bras. de Medicina Fam. Comunidade**, Curitiba, v.12, n.39, p.1-9, 2017. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1459](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1459).

SANTOS, F.S.A. Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo -SP: um estudo sobre as atribuições dos coordenadores de Unidade Básica de Saúde. (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo: São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (Município). Secretaria de Saúde. **Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo.** Documento Norteador. 2. ed. São Bernardo do Campo, 2014.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (Município). Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão - 2017.** São Bernardo do Campo: 2018a.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (Município). Secretaria de Saúde. **Boletim de Informação em Saúde número 9.** São Bernardo do Campo, 2018b.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (Município). Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. **Demanda Espontânea na Atenção Básica, Acesso Avançado.** São Bernardo do Campo, 2018c.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (Município). Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. **Orientações: acesso avançado da demanda espontânea na atenção básica.** São Bernardo do Campo, 2019.

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

SPINK, M.J. **Linguagem e produção de sentidos do cotidiano.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

TANAKA, L.H; SANTANA, C.L.A. **Grupo focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde.** In: TOLEDO, R.F; ROSA, T.E.C; KEINERT, T.M; CORTIZO, C.T. (Org.). **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 203-239.

TIPOS DE ESTABEECIMENTOS. Disponível em cnes.datasus.gov.br. Acesso em 16 ag. 2020.

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

VIDAL, T.B; ROCHA, A.S; TESSER, C.D; HARZHEIN; et al. **Modelos e acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde.** In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C; LEDA, E. D. A. C; et al. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Art.

ANEXO I**QUESTIONÁRIO – COORDENADORES DE UBS**

Nome da UBS: _____

1) **TEMPO** na Gerência desta UBS (EM ANOS):
 até 01 entre 01 e 03 acima de 03 até 05 mais de 5
2) **TEMPO** em Cargos / Funções de Gestão na área da Saúde dentro ou fora de SBC (EM ANOS):
 até 01 entre 01 e 03 acima de 03 até 05 mais de 5
3) **MARQUE UM (X) E NOMEIE TODAS as FORMAÇÕES** acadêmicas do coordenador da UBS: Graduação. Nome do curso: _____ Especialização. Nome do curso: _____ Residência multiprofissional. Nome do curso: _____ Mestrado. Nome do curso: _____ Doutorado. Nome do curso: _____ Outras: _____4) De um **MODO GERAL, COMO VOCÊ AVALIA O CONHECIMENTO** dos profissionais da UBS em que atua em relação ao Acesso Avançado **ANTES DE SER IMPLANTADO**. Utilize a escala a seguir e atribua uma nota média para cada categoria profissional, onde:

- **0** significa: “Nunca haviam ouvido falar em Acesso Avançado anteriormente”.
- **1** significa “Já haviam ouvido falar em Acesso Avançado, mas não conheciam o funcionamento”.
- **2** significa: “Já haviam ouvido falar, conheciam o funcionamento, mas nunca trabalharam com Acesso Avançado”.
- **3** significa: “Já trabalharam com Acesso Avançado”.
- **NA** significa: “Não se Aplica”.

Coordenador de UBS	
Médicos Generalistas	
Médicos Clínicos Gerais	
Médicos Pediatras	
Médicos Ginecologistas	
Médicos Residentes	
Médicos Estagiários	
Enfermeiros/as	
Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem	
Agentes Comunitários de Saúde	
Dentistas	
Auxiliares e/ ou técnicos de odontologia	
Recepcionistas	
NASF	

ACESSO AVANÇADO NA UBS5) **QUANDO** foi implantado o Acesso Avançado na UBS em que atua? (MM/AAAA)

____/____

6) Avalie os itens relacionados ao **ESPAÇO FÍSICO E SALUBRIDADE** em sua UBS de atuação destinados a realização do **ACESSO AVANÇADO**, onde:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

Quantidade de consultórios é suficiente	
Sons/Ruídos na(s) sala(s) de espera são adequados.	
O tamanho do espaço físico da sala de espera para Acesso Avançado é adequado.	
A quantidade de salas de espera para Acesso Avançado é suficiente.	
Ventilação na(s) sala(s) de espera é adequada.	
Quantidade de cadeiras para acomodação dos usuários na(s) sala(s) de espera é suficiente.	
Iluminação na(s) sala(s) de espera é adequada.	

7) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

O Acesso Avançado GARANTE o acesso dos usuários à UBS/equipes?	
O Acesso Avançado ESTRATIFICA RISCO (classificando prioridade de atendimento) dos usuários ao acessarem UBS/equipes?	
O TEMPO DE ESCUTA durante o Acesso Avançado é adequado para o cuidado num primeiro momento?	
O Acesso Avançado consegue ser RESOLUTO na maioria dos casos atendidos?	
O Acesso Avançado CONTRIBUI para a criação e manutenção do VÍNCULO ao serviço/equipe?	
O Acesso Avançado CONTRIBUI para a CO-RESPONSABILIZAÇÃO em outras ações com todos os profissionais da equipe?	
O Acesso Avançado CONTRIBUIU para a CO-RESPONSABILIZAÇÃO do usuário com seu autocuidado?	
O Acesso Avançado AUMENTOU a quantidade de pacientes superutilizadores?	
O Acesso Avançado DIMINUIU a quantidade de pacientes superutilizadores?	
O Acesso Avançado NÃO ALTEROU a quantidade de pacientes superutilizadores?	
O Acesso Avançado funcionou POSITIVAMENTE como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	
O Acesso Avançado funcionou NEGATIVAMENTE como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	
O Acesso Avançado funcionou NÃO INFLUENCIOU como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	

8) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”

- **0** significa “Não Concordo”

O Acesso Avançado IMPACTOU consideravelmente na ampliação e demanda do CARDÁPIO/CARTEIRA DE OFERTAS disponíveis aos usuários.	
A partir do Acesso Avançado houve uma AMPLIAÇÃO da participação dos usuários nos GRUPOS, ATIVIDADES COLETIVAS e DEMAIS AÇÕES ofertadas pelo serviço.	
Os profissionais da equipe multidisciplinar (NASF, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, MÉDICOS, ACS etc.) PARTICIPAM frequentemente do Acesso Avançado.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede SOFREU IMPACTO POSITIVO.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede SOFREU IMPACTO NEGATIVO.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede NÃO SOFREU IMPACTO POSITIVO NEM NEGATIVO.	
O Acesso Avançado CONTRIBUI POSITIVAMENTE na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado.	
O Acesso Avançado NÃO CONTRIBUIU na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado.	
Existe RESTRIÇÃO da quantidade de pacientes a serem acolhidos/ouvidos nos períodos de Acesso Avançado.	
EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NA PRIMEIRA hora de realização do Acesso Avançado.	
EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários NAS DUAS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado.	
EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários nas TRÊS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado.	
NÃO EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários na realização do Acesso Avançado.	

9) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

As equipes CONHECEM os USUÁRIOS de sua área de abrangência assim como as características socioculturais das famílias/comunidade.	
Os usuários CONHECEM os PROFISSIONAIS de sua área de abrangência.	
As equipes CONHECEM o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (condições de saúde) do território adscrito.	
As equipes realizaram ESTUDO DE DEMANDA do território adscrito para planejamento de ações/cardápios de oferta.	
As equipes costumam UTILIZAR seu conhecimento sobre os usuários e território para fazer o PLANEJAMENTO no Acesso Avançado.	
O ATENDIMENTO aos usuários, no Acesso Avançado é realizado pelos PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA.	

As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). OBS: SÓ RESPONDA ESTA PERGUNTA SE A UBS EM QUE ATUA FOR ESF.	
As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos médicos matriciadores (Clínicos Gerais, Pediatras e /ou Ginecologistas).	
Os usuários têm GARANTIA de retorno para a CONTINUIDADE do cuidado na UBS quando gestantes e crianças menores de 2 anos.	
O TEMPO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia GERA reclamações por parte deles.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 1 hora.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 2 horas.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 3 horas.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 4 horas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 48 horas	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 1 semana.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 2 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 3 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em mais de 3 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 48 horas (utilizando a carteira de ofertas)	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 1 semana (utilizando a carteira de ofertas)	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em mais de 2 semanas (utilizando a carteira de ofertas)	

10) Quais **ESPAÇOS** são utilizados pelas equipes para REFLEXÃO e DISCUSSÃO sobre PROCESSO DE TRABALHO E ACESSO AVANÇADO:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

Reuniões Gerais		Reuniões Técnicas	
Reuniões de Equipe		Educação Permanente	
Encontros com usuários (incluindo reuniões com Conselho Gestor Local)		Rodas de conversas na UBS	
Grupo de Trabalho de Acesso Avançado (GT de Acesso) com Departamento de Atenção Básica		Outros (especificar)	

11) **QUAIS** os **INSTRUMENTOS** utilizados para **REGISTRO** da demanda espontânea do Acesso Avançado, EXCETO as fichas do e-SUS AB e SIASUS (produção do Hygia)? **Assinale uma ou mais alternativas:**

- () Livros/Cadernos.
 () Planilhas.
 () Outros. Quais? _____
 () Não se Aplica

12) Caso utilizem, **QUAIS** dados/informações são coletados(as) nos instrumentos mencionados acima?

Assinale uma ou mais alternativas:

- () Nome. () Idade. () Sexo.
 () Matrícula.
 () Cartão Nacional de Saúde.
 () Endereço.
 () Equipe territorial responsável.
 () Profissional(s) responsável(s) pelo Acolhimento.
 () Demanda/Queixa.
 () Conduta/Encaminhamento.
 () Data e hora para retornar em consulta caso paciente necessite ou prefira.
 () Outros. Quais? _____

13) Existe **IMPORTÂNCIA** dos dados/informações coletados(as) durante o Acesso Avançado para ajudar na(o):

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

Reconhecimento e/ou conhecimento do território	
Identificação das principais demandas	
Planejamento das agendas/ofertas para até 48 horas	
Planejamento de ações locais de formação/educação permanente	
Planejamento / Diagnóstico de Situação de Saúde	
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (modo de intervenção em casos discutidos pela equipe)	
Promoção de Ações Intersetoriais (que ocorrem em rede, e com outras áreas como a educação e assistência social)	
Criação de Vínculo	
Continuidade do cuidado	
Integralidade	
Equidade	

14) Assinale todos os profissionais que participam do processo de **ESCUITA E/OU ATENDIMENTO** do Acesso Avançado:

Médico/a Generalista	ACS	
Médico/a Clínico Geral	Dentista	
Médico/a Pediatra	Técnico/a e/ou auxiliar de odontologia	
Médico/a Ginecologista	Recepcionista	
Enfermeiro/a	NASF	
Técnico/a ou Auxiliar de Enfermagem	Alunos/residentes multiprofissionais	

15) Nas férias e nas faltas programadas ou não dos profissionais médicos, de enfermagem, NASF e odontologia, **COMO** as equipes se organizam para efetuar a **COBERTURA DA ESCALA** dos atendimentos ofertados pela UBS e Acesso Avançado? **Assinale apenas uma das alternativas:**

- () As equipes se cobrem através das equipes “irmãs” (são equipes que se organizam em duplas e se cobrem em todas as ações caso necessário) se planejando com antecedência.
- () A cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido sem planejamento prévio.
- () A cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido com planejamento prévio.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são remarcados.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são encaminhados ao Acolhimento Geral da UBS.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são orientados a retornarem na próxima data do Acesso Avançado da sua equipe de referência.

16) Descreva o que você entende por Acesso Avançado?

17) Descreva passo a passo como é realizado o acesso avançado na UBS em que você atua?

18) Cite os quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

19) Cite as consecutivas soluções encontradas pelas equipes para solucionar os entraves citados acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

20) Cite três principais “pontos positivos” para a realização do Acesso Avançado.

- 1) _____

- 2) _____
- 3) _____

21) Cite três principais “avanços” no cuidado ao usuário ou na organização do processo de trabalho com a realização do Acesso Avançado.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ANEXO II**QUESTIONÁRIO – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

1) **MARQUE com UM (X)** sua **FUNÇÃO** nesta UBS:

Médico/a Generalista	<input type="checkbox"/>	ACS	<input type="checkbox"/>
Médico/a Clínico Geral	<input type="checkbox"/>	Dentista	<input type="checkbox"/>
Médico/a Pediatra	<input type="checkbox"/>	Técnico/a e/ou auxiliar de odontologia	<input type="checkbox"/>
Médico/a Ginecologista	<input type="checkbox"/>	Recepcionista	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/>	NASF	<input type="checkbox"/>
Técnico/a ou Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	Alunos/residentes multiprofissionais	<input type="checkbox"/>

2) **TEMPO** na função exercida nesta UBS (EM ANOS):

() até 01 () entre 01 e 03 () acima de 03 até 05 () mais de 5

ACESSO AVANÇADO NA UBS

3) **QUANDO** foi implantado o Acesso Avançado na equipe em que atua? (MM/AAAA)

____/____

4) Avalie os itens relacionados ao **ESPAÇO FÍSICO E SALUBRIDADE** em sua **EQUIPE** (se for UBS com Estratégia Saúde da Família) ou **UBS** (se for UBS sem Estratégia Saúde da Família) de atuação destinados a realização do **ACESSO AVANÇADO**, onde:

- **2** significa “**Concordo Plenamente**”
- **1** significa “**Concordo Parcialmente**”
- **0** significa “**Não Concordo**”

Quantidade de consultórios é suficiente	<input type="checkbox"/>
Sons/Ruídos na(s) sala(s) de espera são adequados.	<input type="checkbox"/>
O tamanho do espaço físico da sala de espera para Acesso Avançado é adequado.	<input type="checkbox"/>
A quantidade de salas de espera para Acesso Avançado é suficiente.	<input type="checkbox"/>
Ventilação na(s) sala(s) de espera é adequada.	<input type="checkbox"/>
Quantidade de cadeiras para acomodação dos usuários na(s) sala(s) de espera é suficiente.	<input type="checkbox"/>
Iluminação na(s) sala(s) de espera é adequada.	<input type="checkbox"/>

5) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “**Concordo Plenamente**”
- **1** significa “**Concordo Parcialmente**”
- **0** significa “**Não Concordo**”

O Acesso Avançado GARANTE o acesso dos usuários à UBS/equipes?	<input type="checkbox"/>
O Acesso Avançado ESTRATIFICA RISCO (classificando prioridade de atendimento) dos usuários ao acessarem UBS/equipes?	<input type="checkbox"/>

O TEMPO DE ESCUTA durante o Acesso Avançado é adequado para o cuidado num primeiro momento?	
O Acesso Avançado consegue ser RESOLUTO na maioria dos casos atendidos?	
O Acesso Avançado CONTRIBUI para a criação e manutenção do VÍNCULO ao serviço/equipe?	
O Acesso Avançado CONTRIBUI para a CO-RESPONSABILIZAÇÃO em outras ações com todos os profissionais da equipe?	
O Acesso Avançado CONTRIBUIU para a CO-RESPONSABILIZAÇÃO do usuário com seu autocuidado?	
O Acesso Avançado AUMENTOU a quantidade de pacientes hiperutilizadores?	
O Acesso Avançado DIMINUIU a quantidade de pacientes hiperutilizadores?	
O Acesso Avançado NÃO ALTEROU a quantidade de pacientes hiperutilizadores?	
O Acesso Avançado funcionou POSITIVAMENTE como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	
O Acesso Avançado funcionou NEGATIVAMENTE como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	
O Acesso Avançado funcionou NÃO INFLUENCIOU como dispositivo organizador dos processos de trabalho?	

6) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “**Concordo Plenamente**”
- **1** significa “**Concordo Parcialmente**”
- **0** significa “**Não Concordo**”

O Acesso Avançado IMPACTOU consideravelmente na ampliação e demanda do CARDÁPIO/CARTEIRA DE OFERTAS disponíveis aos usuários.	
A partir do Acesso Avançado houve uma AMPLIAÇÃO da participação dos usuários nos GRUPOS, ATIVIDADES COLETIVAS e DEMAIS AÇÕES ofertadas pelo serviço.	
Os profissionais da equipe multidisciplinar (NASF, ODONTOLOGIA, ENFERMAGEM, MÉDICOS, ACS etc.) PARTICIPAM frequentemente do Acesso Avançado.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede SOFREU IMPACTO POSITIVO.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede SOFREU IMPACTO NEGATIVO.	
Com a realização do Acesso Avançado a articulação em rede NÃO SOFREU IMPACTO POSITIVO NEM NEGATIVO.	
O Acesso Avançado CONTRIBUI POSITIVAMENTE na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado.	
O Acesso Avançado NÃO CONTRIBUIU na DIMINUIÇÃO dos encaminhamentos desnecessários aos serviços internos e externos da UBS que constituem a rede (consultas, exames etc.) para continuidade do cuidado.	
Existe RESTRICÇÃO da quantidade de pacientes a serem acolhidos/ouvidos nos períodos de Acesso Avançado.	
EXISTE RESTRICÇÃO do horário de chegada dos usuários NA PRIMEIRA hora de realização do Acesso Avançado.	
EXISTE RESTRICÇÃO do horário de chegada dos usuários NAS DUAS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado.	

EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários nas TRÊS PRIMEIRAS horas de realização do Acesso Avançado.	
NÃO EXISTE RESTRIÇÃO do horário de chegada dos usuários na realização do Acesso Avançado.	

7) Avalie os itens abaixo, anotando no quadro as notas:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

As equipes CONHECEM os USUÁRIOS de sua área de abrangência assim como as características socioculturais das famílias/comunidade.	
Os usuários CONHECEM os PROFISSIONAIS de sua área de abrangência.	
As equipes CONHECEM o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (condições de saúde) do território adscrito.	
As equipes realizaram ESTUDO DE DEMANDA do território adscrito para planejamento de ações/cardápios de oferta.	
As equipes costumam UTILIZAR seu conhecimento sobre os usuários e território para fazer o PLANEJAMENTO no Acesso Avançado.	
O ATENDIMENTO aos usuários, no Acesso Avançado é realizado pelos PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE REFERÊNCIA .	
As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). OBS: SÓ RESPONDA ESTA PERGUNTA SE A UBS EM QUE ATUA FOR ESF.	
As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos médicos matriciadores (Clínicos Gerais, Pediatras e /ou Ginecologistas).	
Os usuários têm GARANTIA de retorno para a CONTINUIDADE do cuidado na UBS quando gestantes e crianças menores de 2 anos.	
O TEMPO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia GERA reclamações por parte deles.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 1 hora.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 2 horas.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 3 horas.	
O TEMPO MÉDIO DE ESPERA dos usuários para serem atendidos no mesmo dia leva até 4 horas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 48 horas	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 1 semana.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 2 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em até 3 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para consulta em mais de 3 semanas.	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 48 horas (utilizando a carteira de ofertas)	

Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em até 1 semana (utilizando a carteira de ofertas)	
Os usuários quando NÃO ATENDIDOS no mesmo dia CONSEGUEM retorno para grupos em mais de 2 semanas (utilizando a carteira de ofertas)	

8) Quais **ESPAÇOS** são utilizados pelas equipes para REFLEXÃO e DISCUSSÃO sobre PROCESSO DE TRABALHO E ACESSO AVANÇADO:

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

Reuniões Gerais		Reuniões Técnicas	
Reuniões de Equipe		Educação Permanente	
Encontros com usuários (incluindo reuniões com Conselho Gestor Local)		Rodas de conversas na UBS	
Grupo de Trabalho de Acesso Avançado (GT de Acesso) com Departamento de Atenção Básica		Outros (especificar)	

9) **QUAIS** os **INSTRUMENTOS** utilizados para **REGISTRO** da demanda espontânea do Acesso Avançado, EXCETO as fichas do e-SUS AB e SIASUS (produção do Hygia)? **Assinale uma ou mais alternativas:**

- () Livros/Cadernos.
 () Planilhas.
 () Outros. Quais? _____
 () Não se Aplica

10) Caso utilizem, **QUAIS** dados/informações são coletados(as) nos instrumentos mencionados acima?

Assinale uma ou mais alternativas:

- () Nome. () Idade. () Sexo.
 () Matrícula.
 () Cartão Nacional de Saúde.
 () Endereço.
 () Equipe territorial responsável.
 () Profissional(s) responsável(s) pelo Acolhimento.
 () Demanda/Queixa.
 () Conduta/Encaminhamento.
 () Data e hora para retornar em consulta caso paciente necessite ou prefira.
 () Outros. Quais? _____

11) Existe **IMPORTÂNCIA** dos dados/informações coletados(as) durante o Acesso Avançado para ajudar na(o):

- **2** significa “Concordo Plenamente”
- **1** significa “Concordo Parcialmente”
- **0** significa “Não Concordo”

Reconhecimento e/ou conhecimento do território	
Identificação das principais demandas	
Planejamento das agendas/ofertas para até 48 horas	
Planejamento de ações locais de formação/educação permanente	
Planejamento / Diagnóstico de Situação de Saúde	

Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (plano de cuidado aos pacientes discutidos com toda a equipe)	
Promoção de Ações Intersetoriais (que ocorrem em rede e com outras áreas como a educação e assistência social)	
Criação de Vínculo	
Continuidade do cuidado	
Integralidade	
Equidade	

12) Assinale todos os profissionais que participam do processo de **ESCUITA E/OU ATENDIMENTO** do Acesso Avançado:

Médico/a Generalista		ACS	
Médico/a Clínico Geral		Dentista	
Médico/a Pediatra		Técnico/a e/ou auxiliar de odontologia	
Médico/a Ginecologista		Recepcionista	
Enfermeiro/a		NASF	
Técnico/a ou Auxiliar de Enfermagem		Alunos/residentes multiprofissionais	

13) Nas férias e nas faltas programadas ou não dos profissionais médicos, de enfermagem, NASF e odontologia, **COMO** as equipes se organizam para efetuar a **COBERTURA DA ESCALA** dos atendimentos ofertados pela UBS e Acesso Avançado? **Assinale apenas uma das alternativas:**

- () As equipes se cobrem através das equipes “irmãs” (são equipes que se organizam em duplas e se cobrem em todas as ações caso necessário) se planejando com antecedência.
- () A cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido sem planejamento prévio.
- () A cobertura é realizada pelos profissionais presentes na UBS no dia do fato ocorrido com planejamento prévio.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são remarcados.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são encaminhados ao Acolhimento Geral da UBS.
- () A cobertura não é realizada e os pacientes são orientados a retornarem na próxima data do Acesso Avançado da sua equipe de referência.

14) Descreva o que você entende por Acesso Avançado?

15) Descreva passo a passo como é realizado o acesso avançado na UBS (se atuar em UBS **sem** ESF) ou Equipe (se atuar em UBS **com** ESF) em que você atua?

16) Cite os quatro principais “entraves” ou “dificultadores” para realização do Acesso Avançado.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

17) Cite as consecutivas soluções encontradas pelas equipes para solucionar os entraves citados acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

18) Cite três principais “pontos positivos” para a realização do Acesso Avançado.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

19) Cite três principais “avanços” no cuidado ao usuário ou na organização do processo de trabalho com a realização do Acesso Avançado.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (Coordenadores de UBS e equipe multiprofissional)

Prezado (a) Senhor (a), convidamos o(a) Sr.(a) a participar da pesquisa “Acesso Avançado na Atenção Primária: desafios e potencialidades no município de São Bernardo do Campo/SP”, que tem por objetivo analisar a percepção das equipes a respeito do Acesso Avançado como arranjo para organização da demanda na Atenção Primária do município de São Bernardo do Campo/SP. O(A) Sr.(a) foi incluído(a) na pesquisa pelo fato de atuar em UBS com Acesso Avançado implantado. Sua participação no estudo consistirá em participar de um questionário com perguntas relativas a mudanças no processo de trabalho de sua equipe em decorrência da prática do Acesso Avançado. A duração do questionário é estimada em 1 hora.

Sua participação é muito importante, voluntária e gerará informações úteis para conhecermos as práticas desenvolvidas pelas equipes para organizar as demandas, as percepções dos profissionais de saúde sobre a proposta do Acesso Avançado e as possíveis contribuições, limitações e desafios encontrados na prática desse dispositivo de modo a nortear a implementação em SBC e em outros municípios brasileiros.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que pode haver incômodo referente ao tempo que o(a) Sr.(a) despenderá para responder o questionário ou constrangimento em responder alguma questão. Todavia, o(a) Sr.(a) tem a liberdade de não responder a todas as perguntas, assim como de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do questionário, ou até mesmo de não participar da pesquisa, não tendo por isso nenhum prejuízo de cunho pessoal ou profissional.

Destacamos que está assegurado o anonimato das suas informações, que não terá nenhuma despesa e que não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o(a) Sr.(a) poderá contatar a coordenadora responsável pelo estudo: Bárbara Navajas de Sá Leite, que pode ser localizada pelo e-mail: barbaranavajas@hotmail.com ou pelo telefone (11) 981089484 às sextas-feiras das 9 às 17hs. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o(a) Sr.(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo e-mail: cepis@isaude.sp.gov.br.

Este termo será assinado em duas vias, pelo(a) senhor(a) e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, esclarecimentos permanentes, isenção de despesas e concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ / ____ / _____

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste convidado da pesquisa para a sua participação neste estudo.

_____ / ____ / _____

Assinatura da coordenadora da pesquisa