

Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade

Implementation of the advanced access model in health units: acceptability, feasibility and sustainability

Implementación del modelo de acceso avanzado en establecimientos de salud: aceptabilidad, factibilidad y sostenibilidad

Recebido: 06/03/2022 | Revisado: 14/03/2022 | Aceito: 15/03/2022 | Publicado: 23/03/2022

Gabriela Ferreira Granja

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0911-2346>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: Gabigranja@alumni.usp.br

Katyucia Oliveira Crispim de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-4459>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: katyucia@usp.br

Brenno Henrique Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9391-5549>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: brennohsoares@usp.br

Anna Luiza de Fatima Pinho Lins Gryschek

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5012-5977>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: gryschek@usp.br

Lucia Yasuko Izumi Nichiata

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6515-4404>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: izumi@usp.br

Lislaine Aparecida Fracolli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: lislaine@usp.br

Resumo

Objetivo: Apresentar resultados preliminares da implantação do modelo de Acesso Avançado em unidades de saúde da família. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de implementação. O cenário do estudo foi a Coordenadoria Sul do município de São Paulo, os sujeitos foram profissionais de saúde e gestores das 13 UBS envolvidas com a implantação do modelo de Acesso Avançado. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, analisados com base na análise de conteúdo e organizados segundo as percepções de aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Resultados:** Os resultados apontaram que o modelo de Acesso Avançado tem aceitabilidade positiva, já a sustentabilidade do modelo é questionada pelos médicos e a viabilidade pelos enfermeiros e gestores. **Conclusão:** Para que a implantação desse modelo se torne uma melhoria é preciso investir na: 1) utilização de prontuários eletrônicos e de protocolos clínicos mais resolutivos para os enfermeiros; 2) incorporação de estratégias para assistência remota; 3) mudança dos paradigmas dos profissionais de saúde e dos usuários sobre a relação entre agenda e continuidade da assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Objective: To present preliminary results of the implementation of the Advanced Access model in family health units. **Methods:** This is an implementation survey. The study setting was the South Coordination of the city of São Paulo, the subjects were health professionals and managers of the 13 UBS involved with the implementation of the Advanced Access model. Data were collected through semi-structured interviews, analyzed based on content analysis and organized according to perceptions of acceptability, feasibility and sustainability. **Results:** The results showed that the Advanced Access model has positive acceptability, while the sustainability of the model is questioned by physicians and its feasibility by nurses and managers. **Conclusion:** For the implementation of this model to become an improvement, it is necessary to invest in: 1) the use of electronic medical records and more effective clinical protocols

for nurses; 2) incorporation of remote assistance strategies; 3) changing the paradigms of health professionals and users about the relationship between the agenda and continuity of care.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health services accessibility.

Resumen

Objetivo: Presentar resultados preliminares de la implementación del modelo de Acceso Avanzado en unidades de salud de la familia. **Métodos:** Esta es una encuesta de implementación. El escenario de estudio fue la Coordinación Sur de la ciudad de São Paulo, los sujetos fueron profesionales de la salud y gestores de las 13 UBS involucradas en la implementación del modelo de Acceso Avanzado. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, analizados a partir del análisis de contenido y organizados según percepciones de aceptabilidad, factibilidad y sostenibilidad. **Resultados:** Los resultados mostraron que el modelo de Acceso Avanzado tiene aceptabilidad positiva, ya que la sustentabilidad del modelo es cuestionada por los médicos y su factibilidad por los enfermeros y gestores. **Conclusión:** Para que la implementación de este modelo se convierta en una mejora, es necesario invertir en: 1) el uso de historias clínicas electrónicas y protocolos clínicos más resolutivos para los enfermeros; 2) incorporación de estrategias de asistencia remota; 3) cambiar los paradigmas de los profesionales y usuarios de la salud sobre la relación entre la agenda y la continuidad del cuidado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Accesibilidad a los servicios de salud.

1. Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada oficialmente a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e tem a Estratégia de Saúde da Família como mecanismo prioritário para a organização desse âmbito de atenção (Ministério da Saúde, 2017). Espera-se que a APS e as equipes de saúde da família, sejam acessíveis e resolutivas frente às necessidades de saúde da população. Todavia, limites ao acesso a esses serviços de APS tem sido identificado e reportado como vinculados a: fatores sócio econômicos; barreiras geográficas e as crescentes demandas/necessidades de saúde da população (Stein & Ferri, 2017).

Como solução para este desafio, países desenvolvidos vêm propondo modelos de organização do acesso na APS, tais como: Acesso Aberto (*Open Access*), *Book On The Day*, *Supersaturate*, *Carve-out* e Acesso Avançado (Rocha, et al., 2016; Knight & Lembke, 2013). O Acesso Avançado, também descrito como *Advanced Access* ou *Same-Day Appointment*, ou ainda *Advanced Access* (AA) tem seu modelo de organização descrito como “o equilíbrio entre a demanda e a capacidade de oferta para atender essa demanda”. O objetivo do modelo de AA é iniciar o trabalho com as consultas suficientes para a demanda do dia, não restringir consultas futuras e dar prioridade para a continuidade dos atendimentos com base na sensibilização do usuário (Rocha, et al., 2016; Knight & Lembke, 2013).

Neste modelo de agendamento, não há acúmulo negativo de trabalho, e também não há diferenciação na qualidade assistencial entre consultas para queixas agudas e consultas de seguimentos crônicos (ou de continuidade); todas são agendadas para o mesmo dia. Este modelo requer um tempo mínimo para ser implementado pois necessita preparo e mudanças, na divisão do trabalho da equipe, para acabar com o “backlog” e adequar a capacidade do serviço à demanda diária. “Para manter o acesso avançado é necessário liderança, apoio administrativo e cooperação dos médicos.” (Rocha, et al., 2016).

No Brasil, este desafio é composto por uma busca por um modelo de organização que amplie o acesso, frente a uma demanda crescente e uma oferta limitada pelo quantitativo de profissionais, bem como atender aos princípios de um Sistema Único de Saúde, universalidade, equidade e integralidade. Deste modo, sabemos que o modelo de organização do Acesso Avançado atende parte dos objetivos, mas necessitamos de aprofundamento e recorte deste modelo para a realidade brasileira, assim como acompanhar sua evolução e analisar seus efeitos (Ecco, et al., 2021).

Na região sul do município de São Paulo a intenção de implantar um novo modelo para facilitar o acesso dos usuários às equipes de ESF iniciou em 2016, com base na situação- problema que apresentava uma agenda para atendimento com tempo médio de espera de 44 dias podendo chegar até 80 dias e uma taxa de absenteísmo, em média, de 30%. Tal condição acarretava profissionais ociosos por longos períodos do dia aguardando a próxima consulta e usuários insatisfeitos por terem que esperar

mais de um mês para realizar seu atendimento com sua equipe de referência. É preciso esclarecer que neste intervalo de espera os usuários procuravam outros serviços (dentro e fora da UBS) para resolução de queixas agudas. Contudo esse tipo de solução gerava um ciclo vicioso de absenteísmo, resolução parcial e inadequada do problema, e mais demanda para o atendimento ESF (Castro, 2021).

Diante desta problemática a coordenação da UBS propôs a implantação do modelo de AA como forma de reorganizar o trabalho com fins de melhorar o acesso, visualizando nessa proposta uma maneira de possibilitar o acesso a pessoas diferentes, prioritariamente com sua equipe de referência, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado, indo ao encontro de dos atributos da APS e a tornando mais resolutiva. Em pouco tempo essa proposta se espalhou para todas as Unidades de Saúde da região sul do município de São Paulo, administradas pela parceria com o IIRSAE (Castro, 2021).

Implantar o modelo de AA se configurou, logo de início, em um grande desafio técnico-administrativo. Para a implantação do modelo de Acesso Avançado seriam necessárias mudanças como: Usar agendas abertas ao invés de fragmentadas por grupos temáticos (gestantes, diabéticos, crianças e etc.), pois as agenda fragmentadas dificultam ou até impedem o acesso de quem não se encaixa nestes temas; Evitar agendamentos a médio e longo prazo para evitar absenteísmo, Preparar toda a equipe para atender a população em suas necessidades, quando eles precisam e não quando profissionais de saúde (ou a burocracia) , achar que eles precisam; Levar os profissionais de saúde a refletir quem naquele momento se beneficiaria mais de seu atendimento; ter uma equipe muito atenta às necessidades da população a ela adscrita (Castro, 2021).

O caminho para as mudanças efetivas nos processos de trabalho precisa ser “pavimentado”, e começa por se revisar a cultura institucional, para depois se chegar a atitudes, valores e finalmente em novos “comportamentos”. Ainda para esse autor existem diferentes tipos de processos de mudanças, mas quase todos trazem em si a necessidade de envolvimento dos atores e gestores em um processo de compreensão da necessidade da mudança, o descongelamento do instituído; a transição que move os atores para um estado de planejamento; e a institucionalização do novo, o recongelamento (Mendes, 2012).

Considerando o processo em curso de “descongelamento e reconstrução” do modo de se promover o acesso, optou-se por mapear e conduzir esse processo de mudança através de uma pesquisa de implementação.

A pesquisa de implementação busca entender porque e como as intervenções funcionam (ou não). Compreender e acompanhar a implementação de “tecnologia” significa buscar compreender e (re)significar um processo de mudança institucional, além de entender as condições reais do contexto. A pesquisa de implementação tem a seu dispor diversas abordagens teóricas que lhes permite alcançar melhor sua forma de construir o conhecimento que precisa. O que essas abordagens devem ter em comum para respeitar uma pesquisa de implementação é possibilitar a articulação entre abordagens quantitativas, qualitativas e translacionais (Treichel. et al., 2019).

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar resultados preliminares da implantação do modelo de Acesso Avançado em unidades ESF na região sul de São Paulo/SP.

2. Metodologia

Tipo de Estudo

Nesta pesquisa utilizou-se o “modelo de melhoria”. A escolha dessa abordagem teórica que aposta na gestão da clínica para promover a mudança, não foi uma escolha do pesquisador, mas sim a opção que os serviços de saúde adotaram para conduzir seu processo de mudança rumo a ampliação do acesso nas UBS da região sul de São Paulo. Este “modelo de melhoria” opera a partir do chamado “microsistema clínico” que é por definição um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas para prover cuidados e indivíduos que recebem esses cuidados e que são reconhecidos como uma subpopulação discreta de pessoas (profissionais de saúde, usuários e suas famílias) (Nelson et al., 2007).

Esse subsistema clínico tem como características: 1) possuir uma população com necessidades de saúde diversas; 2)

possuir processos interligados clinicamente, principalmente através de uma equipe multiprofissional; 3) possuir um ambiente de informações compartilhadas, através de estrutura e processos definidos e 4) possuir uma produção de serviços medidos em termos de resultados de desempenho (necessidades da população atendidas) (Godfrey, 2004).

A função desse “microssistema clínico” é responder às necessidades dos profissionais de saúde e da população por ele atendida. Esse “modelo de melhoria” traz implícito que toda melhoria requer mudança, mas nem toda mudança resulta em melhoria. Aponta ainda que para compreender se uma “mudança” se tornou uma melhoria é preciso verificar se esta alterou a maneira como o trabalho é realizado ou a se alterou a composição de um produto; se produziram diferenças visíveis e positivas nos resultados esperados; e se tiveram impacto duradouro (Godfrey, 2004).

A implementação de uma “melhoria” segundo esse modelo precisa seguir os seguintes princípios: a) entender porque se precisa mudar; b) dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo, c) desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, d) testar uma mudança antes de implementá-la em escala e e) implementar a mudança (Godfrey, 2004).

Local de Estudo

O cenário desse estudo foi a região sul do município de São Paulo, local onde a parceria entre Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP) atua, mais especificamente na região da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Sul, de São Paulo. Nessa região existem 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 87 equipes de Saúde da Família (eSF), 30 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2021). Todas as 13 UBS/ESF integraram esse estudo.

Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram gerentes de UBS, enfermeiros, médicos e usuários alocados nessas 13 UBS/ESF, quais sejam: UBS Jd Mitsutani; UBS Alto do Umarama; UBS Arrastão; UBS Jd Helga; UBS Campo limpo; UBS Jd Olinda; UBS Paraisópolis 1; UBS Jd Palmas; UBS Pq Regina; UBS Pq Arariba; UBS Paraisópolis 2; UBS Paraisópolis 3.

Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com médicos, enfermeiros e gerentes de UBS. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os discursos analisados com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Os discursos foram organizados de maneira a responder as questões relativas ao modelo de melhorias (Mendes, 2011), assim foram organizados em categorias que explicitam a compreensão sobre a necessidade de mudança e a percepção sobre a qualidade da mudança implementada.

Aspectos Éticos

Conforme assegura à resolução 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob parecer de número 3.453.098.

3. Resultados

Com relação ao perfil dos profissionais a tabela 1 abaixo mostra que na sua maioria os profissionais e gerentes entrevistados são na sua maioria mulheres, adultos jovens, estão há mais de 5 anos neste posto de trabalho e possuem algum tipo de formação na área de APS.

Tabela 1. Caracterização da amostra, São Paulo, SP, Brasil, 2022.

		Enfermeiros	
	Variável	Frequência (n=13)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	1	8%
	Feminino	12	92%
Formação em Saúde da Família	Sim	10	77%
	Não	3	23%
Tipo de Formação	Graduação	0	0%
	Outros	13	100%
Tempo de Atuação na APS	Menor de 10 anos	9	69,23%
	11 a 16 anos	4	30,77%
	16 a 20 anos	0	0%
Tempo de Atuação na UBS	Até 6 meses	2	15,39%
	De 6 meses a 3 anos	6	46,15%
	De 6 a 8 anos	3	23,07%
	Acima de 9 anos	2	15,39%
		Médicos	
	Variável	Frequência (n=13)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	8	61%
	Feminino	5	39%
Formação em Saúde da Família	Sim	10	77%
	Não	3	23%
Tipo de Formação	Graduação	3	23%
	Outros	10	77%
Tempo de Atuação na APS	Menor de 10 anos	9	69,23%
	11 a 16 anos	4	30,77%
	16 a 20 anos	0	0%
Tempo de Atuação na UBS	Até 6 meses	2	15,39%
	De 6 meses a 3 anos	8	61,54%
	De 6 a 8 anos	3	23,07%
	Acima de 9 anos	0	0%
		Coordenadores	
	Variável	Frequência (n=12)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	1	8,33%
	Feminino	11	91,67%
Formação em Saúde da Família	Sim	9	75%
	Não	3	25%
Tipo de Formação	Graduação	11	91,67%
	Outros	1	8,33%
Tempo de Atuação na APS	Menor de 10 anos	2	16,67%
	11 a 16 anos	6	50%
	16 a 20 anos	4	33,33%
Tempo de Atuação na UBS	Até 6 meses	7	58,33%
	De 6 meses a 3 anos	1	8,33%
	De 6 a 8 anos	3	25%
	Acima de 9 anos	1	8,33%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os achados dos discursos presentes nas entrevistas foram organizados em duas categorias: compreensão sobre as necessidades de mudança: viabilidade e aceitabilidade e percepções sobre a qualidade da mudança implementada: sustentabilidade, tentando com isso responder aos princípios do modelo de melhoria, indicando se a mudança implantada (até o presente momento) se conforma em melhoria (ou seja se ampliou o acesso mantendo a longitudinalidade da assistência) ou se precisa de ajustes para tal.

Compreensão sobre as necessidades de mudança: viabilidade e aceitabilidade

Nessa categoria organizou-se os conteúdos dos discursos que apontavam como os profissionais e gestores compreendiam a necessidade de revisar a forma como o acesso dos usuários estava estruturado. Os discursos apontam que

embora os profissionais e gestores compreendessem a importância de se realizar mudanças para melhorar o acesso, o modelo de AA lhes parecia ter pouca viabilidade e baixa aceitabilidade.

*“...eu já li em literatura embasada em evidência científica é que, o modelo do acesso é um modelo que funciona em uma unidade de até 2500 usuários, que não é a nossa realidade, eu tenho aproximadamente quatro mil e depende da equipe né, mas cada equipe é 4 mil e como a gente é uma unidade que é centralizada a gente atende aí uns dezesseis mil pacientes para bem mais, assim pacientes não cadastrados acabam vindo, então é um número muito maior...”
(Med 6)*

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

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

A análise dos discursos mostrou que segundo a percepção dos profissionais envolvidos as mudanças na estrutura organizacional que buscam viabilizar o modelo de AA foram capazes de aumentar o acesso dos usuários ao serviço de APS, fato esse demonstrado pelo aumento no número de cadastros de “primeira consulta”. A facilidade de acesso veio acompanhada da possibilidade de as pessoas serem atendidas segundo suas necessidades e pela sua equipe ESF de referência.

Os discursos apontam que a estratégia de “Equipe Irmã” foi o recurso que facilitou esse acesso com “qualidade” e este processo melhorou o vínculo entre profissional de saúde-usuário do serviço. Os discursos mostraram ainda que a implantação do modelo de AA organizou o fluxo e evitou longas filas de espera e demonstrou a aceitabilidade e viabilidade da interconsulta como estratégia para utilização de toda potencialidade clínica de enfermeiro.

Nos discursos aparecem como positividade a possibilidade de o profissional fazer a gestão de sua agenda e a viabilidade de se organizar os atendimentos para o mesmo dia ou no dia seguinte. Dessa forma, podemos afirmar que as questões individuais influenciam no modo como os processos de uma implementação são percebidos. Os resultados evidenciam essas diferentes perspectivas, a partir do sentido que a mudança tem, seja positivo ou negativo, evidenciando a maneira como a mudança é percebida e como pode influenciar a aceitabilidade e adoção de uma nova estratégia.

Percepções sobre a qualidade da mudança implementada: sustentabilidade

Nessa categoria ficaram alocados os discursos que apontavam a maneira como a mudança na organização do acesso foram desenvolvidos e a maneira como os profissionais se sentiram no interior da mesma, e as percepções que os entrevistados possuíam sobre a sustentabilidade dessas mudanças.

“Comunicação não ser tão efetiva, por exemplo: o sistema informatizado que a gente usa é muito falho. Né! Ele faz seguimento pontual, a gente não consegue ver o desdobramento, continuidade e acompanhar, por exemplo, com um prontuário único o paciente aqui, no especialista, em outra rede, né! Muitos serviços com diversos modelos de

organização; um lugar tem prontuário manual em outro eletrônico, então existe muita falha de comunicação.”
(Coord O)

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

“...eu chego pra fazer o atendimento de manhã cedo, teve dias que na minha agenda toda, se você fosse pegar, 70, 80% eram pacientes que não são da minha equipe. Então eu comecei a atender gente que não era da minha equipe. Porque chegou, pegou as vagas, preencheu, vai chegando, vai preenchendo e colocando nas equipes irmãs...” (Med 9)

Nessa perspectiva os discursos analisados deixaram bastante claro como os profissionais estavam se sentindo inseguros com a aplicação desse novo “modelo” de acesso. Na percepção de alguns grupos UBS com menos equipes ESF se sentiram sobrecarregadas com esse modelo, pois por serem “menores” também não possuíam estrutura física adequada, tinham mais pacientes cadastrados do que as diretrizes da PNAB preconizavam e eram bastante dependentes do atendimento exclusivamente presencial.

Também houveram discursos que apontavam que a cultura organizacional (excessivamente burocrática e com alta rotatividade de profissionais médicos principalmente) e a cultura do paciente (de gostar de estar agendado) se constituíram em entraves importantes para a sustentabilidade do modelo. Além disso, apontam que melhorar a capacitação clínica dos profissionais e implantar prontuários eletrônicos são imperativos para o sucesso do modelo de AA. Alguns discursos apontam que os protocolos de enfermagem são pouco resolutivos e revelam muitas dificuldades para acompanhamento longitudinal dos usuários.

Mendes (2015) apresenta o ponto da equipe, afirmando a necessidade de se conhecer as pessoas que compõem a equipe de saúde, assim como os processos de trabalho. O autor propõe diversas questões a serem levantadas e respondidas de modo a entender quem são esses profissionais e os processos de trabalho (Mendes, 2015).

4. Discussão

Os dados de gênero mostram um número maior de mulheres entre os respondentes. Vale destacar que estudos têm demonstrado um aumento da participação feminina na área da saúde (Ávila, 2014). Outro aspecto a ser destacado refere-se à formação e rotatividade da força de trabalho em saúde no Brasil, motivada principalmente por fatores como: as condições de trabalho, à organização do trabalho; à localização, que agrega motivos referentes à localidade ou região em que se encontra a unidade de saúde ou o município; à carreira; ao suporte externo, em que se podem considerar fatores atrelados ao apoio dos outros níveis de complexidade da rede de saúde (Pierantoni, et al., 2015).

A alta rotatividade citada relaciona-se com o tempo de atuação dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde. Médicos e enfermeiros, em sua maioria, tinham apenas de 6 meses a 3 anos de atuação, enquanto os coordenadores tinham em sua grande parte até 6 meses de trabalho na instituição. A maioria dos profissionais entrevistados possuíam formação em saúde da família (75-77%), o que é corroborado por estudo realizado em Minas Gerais, que concluiu avanços na especialização e capacitação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), com cerca de 40% de especialização na área (Barbosa, et al., 2019).

Esse princípio se refere a necessidade de antes de implementar a mudança de modelo de agendamento, deve-se ter uma sólida compreensão do tamanho de sua população de pacientes, o nível de demanda do paciente para consulta, e o número de espaços disponíveis para o agendamento. A PNAB define esse quantitativo como população adscrita, ou seja, população que está presente no território da UBS e recomenda (Ministério da Saúde, 2017):

“i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.”

As diferentes falas nos remetem a realidade brasileira e a discussão do aprofundamento nessas questões quanto à oferta e demanda na perspectiva de compreender a real necessidade do território e de que forma as políticas se relacionam e estão diretamente ligadas a processos de implementação de inovações nos serviços de saúde. A questão da resolutividade das consultas no modelo de Acesso Avançado se constitui em uma preocupação dos pesquisadores, mas as dificuldades de mensuração dessa resolutividade têm sido consideradas uma limitação da análise do modelo, pois em tese quanto maior for o grau de resolutividade das consultas, menor será a necessidade do número de consultas por pessoa para resolver seus problemas de saúde (Vidal, 2013).

A implementação do modelo de Acesso Avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia e num maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios, tais como o método centrado na pessoa, por exemplo, ou seja, é importante se ter uma expectativa realista de seus benefícios. Outra questão a ser analisada é que a capacidade instalada nas equipes de ESF municipais precisa ser bastante cuidada para não sobrecarregar e desgastar ou agudizar a alta rotatividade dos profissionais de saúde da APS, uma vez que o elevado número de pessoas por ESF preconizado pela PNAB já praticamente inviabiliza a realização de um trabalho de qualidade em APS (Vidal, 2013).

São necessárias mudanças para que alcancem melhorias ao acesso à atenção primária à saúde, devido a necessidade de humanização do atendimento e ampliação da oferta à demanda espontânea (Chazan & Dias-da-Costa, 2021). A própria implementação e concretização da ESF é constatada como uma forma de promover o acesso igualitário à população em tais serviços (D'avila, 2021). A implementação do Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde em um município brasileiro, que oferece reorganização dos processos de trabalho na APS, também foi uma das mudanças que aumentaram a cobertura de acesso na APS e ESF, assim como melhorou a integração na Rede de Atenção à Saúde (Ranzi, 2021).

Contudo, existe uma baixa aceitabilidade dessas mudanças, decorrentes especialmente de certa resistência dos profissionais de saúde presentes na atenção primária. As questões e compreensões individuais sobre como deve-se organizar o serviço de saúde tem influência no processo e na tomada de decisão acerca de possíveis alterações, como citado em um estudo que avaliou a percepção de enfermeiros supervisores nesses serviços. A pesquisa identificou falas que citavam essa resistência de profissionais considerados desacreditados, o que faz com que a viabilidade dessas modificações se torna ainda mais difícil (Farah, et al., 2017). As críticas sobre a baixa viabilidade do acesso avançado à saúde presentes nesse estudo demonstram essa fragilidade.

Apesar das falas demonstrarem a percepção de que o AA é pouco exequível na realidade, algumas pesquisas demonstram a efetividade dessa estratégia de organização. Estudo realizado no município de Diadema, localizado no estado de São Paulo, concluiu a ampliação do acesso à população a esses serviços de saúde que adotaram essa nova organização produtiva. Além do próprio acesso, a agenda e o processo de trabalho entre as equipes multidisciplinares presentes nesses serviços também foram fortalecidos por consequências positivas do acesso avançado à saúde (Cirino, et al, 2020).

Outro estudo realizado no interior de São Paulo corrobora a efetividade dessa organização de agenda proposta pelo acesso avançado a saúde, que também promoveu melhorias relacionadas ao maior número de atendimentos e

encaminhamentos a especialidades, menor tempo de espera entre procura e atendimento, além da redução das taxas de absenteísmo da população às consultas (Pires, et al., 2019).

Além das diferentes concepções pessoais a respeito dessas estratégias, o conceito de sustentabilidade, especialmente na APS, deve ser discutido como um ponto de necessidade a se melhorar. Força de trabalho capacitada e qualificada e estratégias que garantam essa condição são necessárias para sustentar o serviço de saúde. No Brasil, especialmente na atenção básica, houve dificuldades de manutenção dos profissionais e também alta rotatividade destes, surgindo inconsistências e maiores desafios a aceitação dos próprios profissionais acerca da necessidade e motivação para modificar as estratégias do serviço de saúde (OPAS, 2018).

Alguns dos profissionais presentes nessas instituições também relataram insegurança presente no trabalho e todo o processo circundante. Um estudo realizado na Paraíba, com o objetivo de identificar e caracterizar a equipe da atenção básica, identificou algumas restrições e limitações neste município, e uma delas era a insegurança, seja em relação aos vínculos de trabalho ou a problemas estruturais das unidades básicas de saúde (Pedraza, et al., 2018).

A insegurança promove fragilidades, que conseqüentemente, afetam negativamente a aceitabilidade e a visão de aceitabilidade sobre a implementação de mudanças, como o acesso avançado à saúde. Outro fator que influencia negativamente a situação é a sobrecarga de trabalho entre esses profissionais. Existe uma autopercepção em número elevado desses trabalhadores em relação ao estresse e sobrecarga desenvolvido pelo trabalho (Ferreira & Anderson, 2020). Existe, então, a necessidade de promover aprimoramentos de vínculos, segurança e estratégias que possibilitem a compreensão da efetividade e dos resultados positivos da implementação do acesso avançado à saúde.

5. Considerações Finais

Considerando os resultados da implantação do modelo de AA no âmbito dos profissionais, pode-se afirmar que alterações realizadas na maneira como o trabalho é desenvolvido, ou seja, utilizar agendas abertas ao invés de fragmentadas por grupos temáticos; evitar agendamentos a médio e longo prazo para evitar absenteísmo; preparar toda a equipe para atender a população em suas necessidades; ter uma equipe muito atenta às necessidades da população a ela adscrita; foram bem aceitas e se apresentam como viáveis e sustentáveis ao longo do tempo no modelo de AA.

Pode-se dizer que houveram também resultados da implementação no âmbito do serviço. Estes podem ser expressos através das diferenças visíveis e positivas na maneira como as mudanças realizadas no cotidiano das UBS/ESF tem agora sido discutidas no âmbito da escalabilidade e das adaptações que se fazem necessárias para a efetivação da implementação do modelo de AA.

A tarefa que fica para abordagens futuras refere-se à necessidade de se identificar novas variáveis que devem ser incluídos na análise do impacto desse novo modelo de acesso, variáveis estas que nos remetam a analisar: resolutividade, longitudinalidade e atenção às doenças crônicas, num processo de trabalho “com agenda aberta”.

Também se faz importante superar as limitações teóricas que apontam a fragilidade de modelos técnico - assistenciais “importados” de outras realidades e sua aplicabilidade ao SUS. Até o momento, o que se pode afirmar é que o modelo de AA tem se mostrado capaz de ampliar o acesso aos serviços sem abrir mão dos cinco princípios fundamentais da APS.

Ainda é possível afirmar que a implementação desse modelo de acesso mostrou boa “aceitabilidade” por parte dos profissionais e coordenadores, mas sua “viabilidade e sustentabilidade” foram muito questionadas. Os principais argumentos para as questões de “viabilidade” referem-se ao fato do número de população/equipe ESF apontando que se esse numerador for muito grande e muito vulnerável em termos socioeconômicos o modelo de AA fica inviável. Em termos da “sustentabilidade” a questão colocada refere-se às instabilidades em termos da cultura institucional e administrativa que dificultam o rompimento das questões instituídas.

Referências

- Ávila, R. C. (2014). Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38 (1), 142-149. doi:10.1590/S0100-55202014000100019.
- Barbosa, L. G. et al. (2019). Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 27 (3), 287-294. 10.1590/1414-462X201900030084.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Castro, D. M. (2021). Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS.
- Chazan, C. P. S & Dias-da-Costa, J. S. (2021). Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 29 (1), 98-109. 10.1590/1414-462X202129010362.
- Cirino, F. M. S. B, Schneider Filho, D.A, Nichiata, L. Y. I., & Fracolli, L. A. (2020). O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15 (42), 2111. 10.5712/rbmf15(42)2111.
- D'ávila, O. P. (2021). Use of Health Services and Family Health Strategy Households Population Coverage in Brazil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 26 (9), 3955-64. 10.1590/1413-81232021269.11782021
- Ecco Canuto, L., Silva, A. F. L da, Pinheiro, L. S. P, Canuto Júnior, J. C. A & Santos, N. L. P dos. (2021). Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16 (43), 2378. doi.org/10.5712/rbmf16(43)2378.
- Farah, B. F, Dutra, H. S, Sanhudo, N. F., & Costa, L. M. (2017). Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Revista Cuidarte*, 8 (2), 1638-55. 10.15649/cuidarte.v8i2.398.
- Ferreira, M. S. G., & Anderson, M. I. P. (2020). Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15 (42), 2188. 10.5712/rbmf15(42)2188.
- Godfrey, M. M. (2004). *Clinical microsystem action guide*. Hanover: Trustees of Dartmouth College.
- Knight, A. & Lembke, T. (2013). Appointment 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust. Fam. Physician*, 42 (3), 152-6. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23529528/>
- Mendes, E. V. (2015). *A construção social da atenção primária à saúde*. 1st ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasil: Organização pan-americana de saúde. *As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica: A gestão da clínica*; p. 293-437.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2017). Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Nelson, E., Batalden, P. & Godfrey, M. (2007). *Quality by design: a clinical system approach*. Jossey-Bass Publishers.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS.
- Pedraza, D.F, Queiroz, D. de, Vendas, M. C., & Menezes, T. N de. (2018). Caracterização da atuação do enfermeiro e profissional de saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica à Saúde. *ABCS Health Sciences*, 43 (2), 77-83. 10.7322/abcshs.v43i2.993.
- Pierantoni, C. R. et al. (2015). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, 39 (106), 637-647. 10.1590/0103-110420151060003006.
- Pires, L. A. S., et al. (2019). Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, 43 (121), 605-613. 10.1590/0103-1104201912124
- Ranzi D. V. M. (2021). Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 26 (6), 1999-2011. 10.1590/1413-81232021266.02922021.
- Rocha, S. A., et al. (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*, 26 (1), 87-111. 10.1590/S0103-73312016000100007
- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. (2018). *Atuação com a prefeitura de SP: Unidades Básicas de Saúde (UBS)*. <https://www.einstein.br/responsabilidade-social/atuacao-com-a-prefeitura-de-sp/unidades-basicas-de-saude-ubs>.
- Stein, A. T., & Ferri, C. P. (2017). Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12 (39), 1-4. 10.5712/rbmf12(39)1586.
- Treichel, C. A, et al. (2019). Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde em Debate*, 43 (2), 35-47. 10.1590/0103-11042019S203.
- Vidal, T. B. (2013). *O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde* [Dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pós-graduação em epidemiologia.