

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Larissa Silva Soares

A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade de atenção básica à saúde

UBERLÂNDIA

2021

Larissa Silva Soares

A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade de atenção básica à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família vinculado ao Polo Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Acesso na Atenção Básica a Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Coorientador: Prof. Dr. Nilton Pereira Junior

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S676 2021	<p>Soares, Larissa Silva, 1989- A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade de atenção básica à saúde [recurso eletrônico] / Larissa Silva Soares. - 2021.</p> <p>Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira. Coorientadora: Nilton Pereira Junior. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde da Família. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.143 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Junqueira, Marcelle Aparecida de Barros, 1979-, (Orient.). II. Pereira Junior, Nilton , 1980-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Larissa Silva Soares

A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade de atenção básica à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família vinculado ao Polo Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 23/02/2021

Banca Examinadora

Profa. Dra. Rosuita Fratari Bonito
Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira
Departamento de Enfermagem
Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO
Universidade Federal de Rondônia – UNIR

Profa. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (Orientadora)
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia

UBERLÂNDIA

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha família, aos colegas da Residência de Medicina de Família e Comunidade, do Departamento de Saúde Coletiva e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Agradeço a equipe do Centro de Saúde Escola Jaraguá e aos meus colegas de Mestrado. Cada um de vocês faz parte dessa história.

RESUMO

Uma das diretrizes da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil é o primeiro contato da pessoa no sistema de saúde. O acesso ou a acessibilidade é um atributo essencial da ABS que teve avaliação ruim em pesquisas brasileiras que utilizaram o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. O sistema de agendamento certamente influencia o acesso nas unidades de saúde, e o modelo por acesso avançado (AA) tem sido implantado no Brasil, e vem obtendo melhores resultados que modelos tradicionais de agendamento. O objetivo do presente estudo é compreender a percepção de profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Uberlândia-MG (Centro de Saúde Escola Jaraguá), sobre a implementação do AA. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o grupo focal e análise de conteúdo, em que foram delimitadas as seguintes unidades temáticas: Desafios na consolidação da ABS e investimento em equipes mínimas; Tensionamentos quanto ao aumento na demanda de atendimentos individuais e sobrecarga de trabalho; Educação e saúde: intersecções necessárias entre ensino, serviço, gestão e comunidade. Concluiu-se que o CEJAR apresentou particularidades com a implementação do AA por ser uma unidade de ensino, por não ter Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolidada e pela sobrecarga de trabalho advinda com essa agenda, o que pode contribuir para o planejamento de outras equipes que tenham interesse pelo AA, e para o desenvolvimento de Políticas Públicas sobre acesso.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Percepção. Profissionais. Agendamento de Consultas.

ABSTRACT

One of the guidelines of Primary Health Care (ABS) in Brazil is the person's first contact with the health system. Access or accessibility is an essential attribute of ABS that has been poorly assessed in Brazilian surveys using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The scheduling system certainly influences access in health units, and the model for advanced access (AA) has been implemented in Brazil, and has been getting better results than traditional scheduling models. The objective of the present study is to understand the perception of professionals who work in a basic health unit in Uberlândia-MG (Centro de Saúde Escola Jaraguá) about the implementation of AA. It is a qualitative study that used the focus group and content analysis, in which the following thematic units were delimited: Challenges in the consolidation of ABS and investment in minimal teams; Tensions regarding the increase in the demand for individual assistance and work overload; Education and health: necessary intersections between teaching, service, management and community. It was concluded that CEJAR presented particularities with the implementation of AA for being a teaching unit, for not having a consolidated Family Health Strategy (FHS) and for the work overload resulting from this agenda, which can contribute to the planning of other teams that are interested in AA.

Keywords: Primary Health Care. Access to health services. Perception. Professionals. Appointment scheduling.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de territorialização e conhecimento da população adscrita
- Quadro 2 Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de capacitação em relação ao Acesso Avançado
- Quadro 3 Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de envolvimento da gestão com a implementação do Acesso Avançado
- Quadro 4 Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de participação social
- Quadro 5 Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de instrumentos dialógicos para lidar com os usuários

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEJAR	Centro de Saúde Escola Jaraguá
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEPU	Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia
FAMED	Faculdade de Medicina
GF	Grupo focal
HC	Hospital de Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família

SB	Síndrome de Burnout
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1.1	<i>Atenção primária à saúde e seus atributos</i>	14
1.1.2	<i>Atributo essencial da atenção primária à saúde: acesso</i>	15
1.1.3	<i>Sistemas de agendamento e o acesso avançado</i>	16
1.2	<i>Justificativa.....</i>	19
2	METODOLOGIA.....	20
2.1	<i>Tipo de estudo.....</i>	20
2.2	<i>Cenário de estudo.....</i>	20
2.3	<i>Participantes.....</i>	21
2.4	<i>Coleta de dados</i>	22
2.5	<i>Análise de dados.....</i>	25
2.6	<i>Aspectos éticos.....</i>	26
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
3.1	<i>Características dos participantes do grupo focal</i>	27
3.2	<i>Desafios na consolidação da atenção básica e investimento em equipes mínimas.....</i>	27
3.2.1	<i>Tensionamentos quanto ao aumento na demanda de atendimentos individuais e sobrecarga de trabalho.....</i>	34
3.2.2	<i>Educação e saúde: intersecções necessárias entre ensino, serviço, gestão e comunidade.....</i>	38
3.3	<i>Plano de intervenção</i>	43
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS.....	51

APRESENTAÇÃO

Trajetória profissional

Iniciei como médica de família e comunidade em 2016 na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dom Almir em Uberlândia-MG, área bastante vulnerável e dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as agendas eram sempre lotadas e havia muita demanda reprimida. Lá contava com um enfermeiro experiente em Atenção Básica à Saúde (ABS), que resolvia grande parte dos problemas que não exigiam diretamente cuidado médico no acolhimento, e que também fazia consultas clínicas, principalmente pré-natal. Mesmo assim, o acesso era um desafio.

Depois de dois anos, fui para o Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), unidade de atenção básica da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), na qual, além de assistente, sou médica preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC). No início, as agendas eram relativamente vazias: seis pacientes por turno para cada um dos três médicos residentes do primeiro ano. Todos os pacientes eram agendados, não havia espaço para a demanda espontânea. Depois de cerca de três meses de preceptoria presencial, abrindo espaço para demandas espontâneas e gerando mais retornos de pacientes crônicos, as agendas já tinham uma espera de cerca de sessenta dias por consulta médica.

No CEJAR, encontrei modelos de atenção compartilhados. Uma funcionando como Unidade Básica tradicional (com clínico, ginecologista e pediatra), e outra implementando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém ainda sem equipe mínima (até o momento presente não temos agentes comunitários de saúde – ACS). Enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogas, nutricionista e administrativos eram compartilhados entre essas duas equipes, e estavam aprendendo, na prática, a trabalhar na lógica da ESF sem capacitação prévia. Ainda houve a saída de uma das enfermeiras para o Hospital de Clínicas (HC) da UFU e chegada de outra vinda do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A enfermagem na ESF tem papel central de gerência e resolve grande parte das diversas demandas dos usuários, sejam administrativas, sejam clínicas. Nenhuma das duas enfermeiras do CEJAR tinha trabalhado antes com ESF.

Nós da equipe multiprofissional, os residentes de MFC e os usuários estavam tensos com aquelas agendas lotadas na equipe da ESF. As reclamações eram cada vez mais frequentes. A gestão do CEJAR (também em transição), sugeriu que o sistema de agendamento da ESF fosse

modificado para o moderno acesso avançado (AA), tão falado em congressos de MFC. UBSFs de Florianópolis, Belo Horizonte e do Rio de Janeiro, cidades reconhecidas nacionalmente pela extensa cobertura e eficiência da ABS, estavam tendo sucesso em absorver a demanda reprimida com o AA.

Eu procurei materiais, estudei sobre o AA, e apresentei à equipe em uma reunião o que seria, como seria o processo de implementação do AA e verifiquei também a disponibilidade e interesse de todos em fazer isso. Os profissionais responderam um questionário (já pronto do material consultado sobre AA, de uma oficina realizada em Belo Horizonte), e as respostas demonstraram que, apesar do receio do novo e certa desconfiança, a disponibilidade para tentar algo novo era grande diante do problema do acesso.

Estudamos a quantidade das demandas por cada serviço (consultas médicas, vacinas, curativos, aferição de pressão arterial, consultas com psicólogas, consultas com nutricionistas, papanicolau, serviços administrativos, entre outros), colocamos em planilhas, paramos de marcar consultas médicas e tentávamos absorver toda esta parte da demanda na hora que o usuário chegava na unidade (atendíamos cerca de 30 a 40 pessoas por turno), no intuito de diminuir o que estava reprimido e deixar agendado somente os casos que assim o exigiam (pré natal, puericultura e casos crônicos muito complexos). Depois de cerca de um mês, conseguimos, as agendas estavam “vazias” (duas a quatro pessoas por turno), o restante que chegava era atendido na hora ou até em dois dias. Mas conseguimos com muitos transtornos: equipe altamente sobrecarregada, população confusa quanto a mudanças no agendamento e fluxos da unidade, equipe da unidade tradicional funcionando ainda em sistema de agendamento tradicional, aumento do número de hiperutilizadores.

Na revisão da literatura sobre o AA, os estudos mostravam tantos benefícios (diminuição de faltas, aumento da satisfação da equipe e dos usuários, menor tempo gasto no acolhimento, aumento da longitudinalidade do cuidado), e por que nós do CEJAR, depois de um ano de implementação, ainda estávamos com tantas dificuldades? Percebi a equipe insatisfeita, sobrecarregada, e repensando no sistema de agendamento. Procurava na literatura as desvantagens do AA e encontrava poucas. Foi por isso que decidi pesquisar sobre a percepção dos profissionais do CEJAR diretamente envolvidos com a implementação do AA

1 INTRODUÇÃO

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 *Atenção primária à saúde e seus atributos*

Em 1978, definiu-se a Atenção Primária à Saúde (APS), na declaração da Conferência de Alma-Ata, como cuidados primários e essenciais de saúde, cientificamente embasados e socialmente aceitos, que devem ser disponibilizados a todos os indivíduos e famílias das comunidades. Estes devem ter participação plena, e o país deve ter condições de manter o custo do desenvolvimento da APS, a qual faz parte e representa o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde (DECLARATION OF ALMA-ATA, 1978).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define a APS como estratégia de organização dos Sistemas de Saúde, de modo a possibilitar o “acesso universal aos serviços” e a “atenção integral e integrada ao longo do tempo” (MACINKO, a, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no Brasil no início da década de 1990, sendo um evento histórico e inovador para a organização da saúde no país. Na segunda metade da década, foram adotadas várias medidas para que a Atenção Básica à Saúde (ABS) se fortalecesse, incorporando os princípios básicos de universalidade, descentralização e participação popular. O modelo biomédico e hospitalocêntrico, vindo da medicina previdenciária, passava a dar espaço para o Programa de Saúde da Família (PSF), passo inicial para o modelo de atenção escolhido para ordenar a ABS (SCOREL et al., 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, em seu artigo segundo, traz a definição de Atenção Básica como “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p. 2). Cabe aqui ressaltar que nesta pesquisa os termos Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS) serão utilizados como sinônimos. A divergência quanto à nomenclatura refere-se ao fato de que, em português, “básico” tem o sentido de essencial, primordial, fundamental, distinto de “primário” (utilizado internacionalmente), que pode significar primitivo, simples, fácil, rude (MICHAELIS, 2000). Salientamos que não há dúvidas sobre a fundamental importância da ABS/APS na organização dos diversos sistemas de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem representado, desde 1994, o modelo

organizacional escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) para o estabelecimento da ABS e a ordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998).

Coloca-se como um modelo que garante a integralidade das ações em saúde, servindo como porta de entrada do sistema e trabalhando com as pessoas e as comunidades em suas singularidades e complexidades. A ABS articula o sujeito individual e coletivo com os determinantes sociais e as necessidades de saúde, favorecendo o princípio da integralidade, trabalhando com o território, a abordagem familiar, o trabalho multiprofissional, o acolhimento, e a intersetorialidade (MATTOS, 2004).

Vários estudos mostram o impacto positivo que a ABS traz aos sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento, como diminuição de custos, facilitação do acesso, efeitos sobre indicadores de saúde (como diminuição das internações hospitalares por causas sensíveis a ABS), aumento da qualidade dos serviços e redução do uso desnecessário da atenção especializada (MACINKO et al., 2009; MOORE et al., 2003; STARFIELD et al., 2005).

A médica americana Barbara Starfield traz ao conceito de APS os atributos essenciais e derivados. Os primeiros se tratam do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação do cuidado. Os segundos são orientação familiar, orientação comunitária, e a competência cultural. O acesso seria a entrada do indivíduo no sistema de saúde; a longitudinalidade refere-se ao seguimento horizontal do usuário (é seguido em todas as fases da vida, desde que nasce até quando morre); a integralidade diz respeito a cuidar da pessoa em seus diversos aspectos (orgânicos, sociais, culturais, econômicos, comunitários, espirituais, psicológicos); já coordenar o cuidado significa monitorar a trajetória do usuário na rede de atenção à saúde, fazendo referências e recebendo contrarreferências, principalmente. Os atributos derivados referem-se ao fato de ser levado em consideração, no cuidado, que o usuário está inserido em uma comunidade, em uma família, e tem uma cultura própria (STARFIELD, 2004).

1.1.2 Atributo essencial da atenção primária à saúde: acesso

O acesso é condição primordial para que a ABS garanta seus outros atributos de orientação familiar e comunitária, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade. Vários são os aspectos para oferecer acesso ao usuário: profissionais e infraestrutura não bastam se o indivíduo não consegue deles usufruir. O horário de funcionamento do serviço e os meios para se chegar até ele (transporte, barreiras geográficas, distância), precisam ser adequados ao perfil do usuário. Até a comunicação e fatores culturais influenciam no acesso (STARFIELD, 2004). O acesso avançado diz respeito apenas à marcação de consultas médicas, ou seja, traz à tona apenas um dos diversos aspectos relacionados ao acesso do usuário.

A ESF tem como diretriz a garantia do acesso, no entanto, normas claras e objetivas para o acesso oportuno nunca foram definidas em âmbito nacional ou local (NORMAN et al., 2015; TESSER et al., 2014).

Estudos brasileiros sobre acesso e acolhimento foram publicados, mostrando que a ESF ampliou o acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2013; SOUSA, 2008; TEIXEIRA et al., 2005). No entanto, fica claro que este ainda é um problema de saúde do Brasil (AZEVEDO et al., 2010), porque mesmo com a cobertura por ESF já ampliada em algumas localidades (BARBOSA, 2013; LUZ, 2009; SILVA, Simone et al., 2015), as pesquisas com metodologia qualitativa demonstram dificuldade no acesso, como demora para conseguir marcar serviços (de uma a várias semanas) (AZEVEDO et al., 2010; LUZ, 2009; PAULA et al., 2016; SANCHES MARIN et al., 2013; SISSON et al., 2011). Já estudos que utilizaram a metodologia quantitativa mostraram as mesmas dificuldades de acesso (VAN STRALEN et al., 2008). O instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, já validado para uso no Brasil (BRASIL, 2010), foi usado nestes estudos, mensurando os atributos essenciais e derivados citados por Barbara Starfield (STARFIELD, 2004). O atributo essencial do acesso foi o que recebeu pior avaliação, com ABS orientada por ESF ou não (CASTRO et al., 2012; CESAR et al., 2014; CHOMATAS et al., 2013; FERREIRA et al., 2016; MACINKO et al., 2007; PAULA et al., 2016; SILVA, Simone et al., 2015; VAN STRALEN et al., 2008).

Assim, o acesso ainda é considerado um desafio na ABS brasileira. Um dos motivos para isso seria a quantidade excessiva de pessoas vinculadas a uma única equipe de atenção básica (CONILL, 2008), que idealmente giraria em torno de 3 mil pessoas (BRASIL, 2017). Outro motivo seria a centralidade do cuidado no médico (CAMPOS et al., 2014), e não nas demais categorias profissionais da equipe. O sistema de agendamento das unidades de ABS também pode significar um entrave ao acesso do usuário, pela demora na marcação dos serviços (AZEVEDO et al., 2010; SANCHES MARIN et al., 2013; SISSON et al., 2011).

1.1.3 *Sistemas de agendamento e o acesso avançado*

A satisfação do usuário cai muito quando o mesmo não consegue acesso oportuno, fazendo com que essa experiência negativa gere angústia e até aumente a procura por pronto-atendimentos. Faz-se necessário a implementação de mudanças nos processos de trabalho das unidades de ABS para que o acesso seja facilitado, diminuindo o tempo de espera por atendimentos (PROTASIO et al., 2017).

O tipo de agendamento de consultas pode aumentar o acesso à ABS (RYU et al., 2017). Se efetivo, aumenta a satisfação de profissionais e usuários, melhorando o ambiente de trabalho, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (KNIGHT et al., 2013).

Diversos tipos de agendamento já foram citados em publicações com o tema (KNIGHT et al., 2013; MURRAY et al., 2000; MURRAY et al., 2003; VIDAL et al., 2019). É um exemplo o caso de Florianópolis, onde há o agendamento por *carve-out*, em que metade das consultas médicas diárias são destinadas para a demanda espontânea, enquanto a outra metade se destina ao atendimento de consultas programadas. A espera por essas consultas varia de cinco a dez dias úteis. Há também o agendamento tradicional: todas as consultas médicas estão programadas, não existe reserva para as demandas espontâneas (“encaixes”), o que acarreta *double-booking*, ou seja, duplicidade de agendamentos em um mesmo horário. A média do tempo de espera por uma consulta nessa agenda pode ultrapassar um mês. Neste estudo catarinense, a unidade de saúde que utilizava o acesso avançado apresentou, por meio da medida de qualidade dos serviços do *PCATool-Brasil*, o maior escore geral de 7,04 (*carve-out* semanal obteve escore 6,26; *carve-out* quinzenal obteve 5,87; agenda tradicional obteve 6,29) (VIDAL et al., 2019).

A agenda tradicional ocasiona sobrecarga do médico, já que podem surgir urgências em meio aos atendimentos já programados. Tentando reduzir a demanda, o médico pode criar regras e restrições para sua agenda (vagas para saúde da mulher, saúde do homem, retorno para diabéticos e hipertensos, consultas de rotina), o que acaba por restringir ainda mais o acesso.

Smoller (1992 apud MURRAY; TANTAU, 2000) descreveu também o agendamento por “sistema com vagas”. Ele cita que a demanda espontânea decresce de segunda a quarta-feira, assim os médicos deveriam reservar vagas conforme essa lógica (mais vagas para demanda espontânea na segunda-feira, agenda tradicional na sexta-feira, por exemplo). Há melhorias do agendamento tradicional para o sistema com vagas, no entanto: o trabalho é adiado para pacientes que não apresentam urgências; alguns usuários não apresentarão urgências, mas também não poderão esperar o agendamento em data futura; continua existindo a incerteza para reserva de vagas espontâneas, e a precisão para eficiência da agenda é importante (vagas reservadas podem ficar ociosas em determinados dias); as pessoas geralmente são agendadas em datas futuras, dificultando a previsão de demanda para os dias seguintes; alguns usuários que não necessitam de atendimento urgente podem exigir marcação em vagas reservadas para demanda espontânea, retornando ao modelo tradicional e saturado de agenda (MURRAY; TANTAU, 2000).

O presente estudo trata do sistema do agendamento por Acesso Avançado, no qual não é feita distinção entre demanda programa e demanda espontânea. Os usuários são atendidos no mesmo dia em que chegam ao serviço, se assim o quiserem, independente do motivo da consulta. O lema é fazer o trabalho do dia no mesmo dia (MURRAY; BERWICK, 2003; MURRAY; TANTAU, 2000;), pois a maioria das vagas estão reservadas para demanda espontânea (65% a 90%) (VIDAL et al., 2019).

Em tese, isso evitaria filas, pois o serviço estaria apto a absorver a demanda de usuários do dia, desde que o número da população adscrita por médico seja adequado (MURRAY; TANTAU, 2000). Além disso, o acesso avançado em si não considera a lógica da equidade (as consultas são marcadas independentemente do motivo), mas o acolhimento, que é uma ferramenta das unidades de ABS e de humanização do SUS (BRASIL, 2009), auxilia para que as consultas sejam organizadas por prioridades, classificações e/ou complexidades.

Trata-se da agenda em que mais se reduz o tempo de espera por consulta em serviços de ABS (ANSELL et al., 2017), trazendo maior satisfação à equipe de saúde (HUDEC et al., 2010; FOURNIER et al., 2015), melhora da longitudinalidade, da segurança do paciente (FOURNIER et al., 2015), redução do número de faltas (HUDEC et al., 2010; ROSE et al., 2011) e do uso desnecessário de pronto-atendimentos (FOURNIER et al., 2015; HUDEC et al., 2010), além de redução do tempo utilizado para classificação de risco dos pacientes de demanda espontânea (HUDEC et al., 2010), e do acúmulo de consultas originadas de trabalho não realizado no mesmo dia (ANSELL et al., 2017; ROSE et al., 2011).

O acesso avançado permite que o usuário seja consultado no dia ou em até 48 horas, podendo agendar para depois se assim preferir (MURRAY; TANTAU, 1999). Não há diferença entre consultas programadas e de demanda espontânea (MURRAY; TANTAU, 2000), dando-se ênfase à horizontalidade das ações em saúde (MURRAY; TANTAU, 1999).

Desde 2014, o acesso avançado vem sendo implantado em algumas unidades de ABS, como iniciativas locais, para melhor atender a demanda populacional (PEREIRA, Nayana, 2018). O estudo catarinense recente já citado demonstrou o efeito positivo do acesso avançado na qualidade dos cuidados ofertados em unidades de ABS, por se tratar de um modelo de agendamento mais adequado às necessidades de saúde das pessoas (VIDAL et al., 2019).

Uma revisão sistemática americana de 2011 investigou o impacto do agendamento por acesso avançado em relação ao número de faltas, satisfação do paciente, dentre outros. O tempo de espera para consulta diminuiu consistentemente com o acesso avançado, embora poucos estudos tenham demonstrado acesso no mesmo dia. No geral, o acesso avançado rendeu pequenas melhorias nas taxas de falta e satisfação do paciente, enquanto os efeitos sobre os

resultados clínicos foram mistos. Os estudos incluídos nesta análise raramente tiveram metodologia rigorosa. Apenas um era um ensaio clínico randomizado e apenas seis outros tiveram um grupo controle. A ampla variedade de ambientes de prática combinada com a escassez de dados sobre a maioria dos resultados foi obstáculo para distinguir quais efeitos eram atribuíveis ao próprio acesso avançado versus contexto local e variabilidade em implementação (ROSE et al., 2011).

Um estudo inglês de 2007, mostrou que o acesso avançado forneceu consultas um pouco mais rápido do que outros tipos de agendamento, sem nenhuma evidência de que havia qualquer diferença na capacidade total de atendimentos, carga de trabalho ou continuidade de cuidado. Assim, a introdução deste tipo de agendamento na Inglaterra parece estar associada a poucas melhorias, e uma das possíveis justificativas é que o sistema de saúde inglês já oferecia acesso rápido a cuidados primários para a maioria das pessoas, diferentemente do sistema de saúde americano (onde o acesso avançado foi criado) (SALISBURY et al., 2007).

1.2 Justificativa

No Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), unidade de ABS da Universidade Federal de Uberlândia, o acesso avançado foi adotado de dezembro de 2018, com o intuito de diminuir a espera por consultas médicas programadas (que variava, na época, em torno de 45 dias), e consequente insatisfação do usuário. O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos profissionais quanto à implantação do acesso avançado no CEJAR.

O acesso à Atenção Básica à Saúde é ainda motivo de insatisfação entre os usuários, principalmente pela demora na marcação e espera por consultas médicas. O sistema de agendamento por acesso avançado vem contribuindo com diminuição da demora por consultas, à medida que “o trabalho de hoje é feito hoje”. A percepção de indivíduos que já vivenciam o acesso avançado contribuirá para o conhecimento sobre o tema no Brasil, e poderá ter implicações em futuras ações de saúde relacionadas ao sistema de agendamento na Atenção Básica à Saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com metodologia qualitativa, a qual trabalha com subjetividades e percepções: “[...] a fala dos sujeitos de pesquisa é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...]” e por isso mesmo é tão rica e reveladora (MINAYO, 2004, p. 204).

A realidade é múltipla e subjetiva na pesquisa qualitativa. O sujeito constrói, por meio de suas experiências pessoais, uma realidade com o pesquisador. Este não é neutro, já que influencia e é influenciado durante o estudo. O conhecimento da pesquisa qualitativa surge do específico e se amplia para o geral, ou seja, é indutivo. Sua base está na filosofia naturalista, tangenciando os paradigmas construtivistas e interpretativistas (CRESWELL, 1994; CRESWELL, 2014; MORROW, 2005; NEWMAN; BENZ; RIDENOUR, 1998).

A investigação qualitativa inclui, além de subjetividades, perspectivas históricas e culturais. O pesquisador é ativo, precisa de habilidades criativas e imaginativas, articulando sua base teórica ao fenômeno observado. Ao invés de tabular dados, necessita desenvolver o cientista produtor de conhecimento em si (ROSSATO; MARTÍNEZ, 2017). Compreender a realidade investigada é um processo de construção contínuo, sempre será inacabado (MINAYO, 2004).

2.2 Cenário de estudo

Este estudo foi realizado no município de Uberlândia, interior de Minas Gerais, que tem uma população estimada de 700 mil pessoas, sendo a maioria adultos jovens. Cerca de 98% das casas tem esgotamento sanitário adequado, e 33% dos domicílios urbanos tem urbanização adequada (bueiro, calçada, pavimentação, meio-fio). A taxa de mortalidade infantil média é cerca de 9 para 1.000 nascidos vivos, e as internações por diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes. O índice de desenvolvimento humano municipal de 2010 é de 0,789 (IBGE, 2020). A cidade possui cerca de 221 equipes de APS (BORGES; DIAS, 2020), com 41% de cobertura populacional estimada (LIMA et al, 2018).

O CEJAR foi fundado em 1982 como uma das Unidades Didáticas Avançadas (UDA) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU), em um convênio com a Prefeitura Municipal de Uberlândia e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU). As UDAs eram configuradas como cenários de prática para

a graduação, majoritariamente da Disciplina de Medicina Preventiva e Comunitária (MPC). O CEJAR iniciou seu funcionamento como um ambulatório, no formato de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional (com clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra). Em 1999, criou-se o Centro de Referência Macrorregional no Serviço de Dermatologia Sanitária e Hansenologia do Hospital de Clínicas (HC/UFU), que funcionou no CEJAR até 2018, juntamente à UBS. Em 2012, a Residência Multiprofissional do HC/UFU é inserida no CEJAR. De 2014 a 2016, uma Unidade de Saúde da Família funcionou no CEJAR, com uma médica cubana vinda do Programa Mais Médicos pelo Brasil. Em 2018, a Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) também é inserida no serviço, com a contratação de duas médicas de família e comunidade para a implementação de um novo modelo de gestão. Quando a Residência de MFC entra no CEJAR, o Serviço de Dermatologia Sanitária e Hansenologia sai e ainda permanece o funcionamento da UBS tradicional. Isto não durou muito tempo, pois a clínica geral e o obstetra se aposentaram, e os serviços prestados pelos mesmos passaram a ser cobertos pelas médicas e residentes de MFC. Dessa maneira, hoje o CEJAR ainda é uma unidade de APS, que está em processo de implementação da ESF (ainda não conta com agentes comunitários de saúde), que recebe graduandos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, além de residentes multiprofissionais e de MFC.

O CEJAR está localizado no bairro Jaraguá, no setor Oeste da cidade de Uberlândia-MG. Sua área de abrangência é referente a todo o bairro Jaraguá e parte do bairro Tubalina. De acordo com os dados de 2010 da Prefeitura Municipal de Uberlândia (IBGE, 2010), todo o bairro Tubalina abrange uma população de cerca de 8960 habitantes, com 3283 domicílios. Já o bairro Jaraguá tem uma população de 8.083 habitantes, com 2.918 domicílios. A maioria da população está na faixa etária adulta e idosa. O perfil socioeconômico é considerado de classe média a classe média-baixa. As casas são de alvenaria, possuem rede de esgoto e energia elétrica, água encanada e coleta de lixo. O CEJAR possui acesso relativamente fácil ao centro da cidade de Uberlândia, com uma distância média de 3km. A área de abrangência adscrita ao CEJAR é dividida em seis microáreas, sendo quatro no bairro Jaraguá e duas no bairro Tubalina. Cada microárea tem um residente de MFC responsável. O atual painel populacional é desconhecido, mas estima-se que seja de quatro mil pessoas, visto que recadastramentos feitos em 2018 e 2019 por alunos geraram dados pouco confiáveis.

2.3 Participantes

Os participantes, convidados mediante apresentação de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foram funcionários do CEJAR: duas auxiliares administrativas, duas enfermeiras, uma médica assistente e preceptora da Residência de Medicina da Família e Comunidade, além de três residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – uma mulher e dois homens. Os participantes foram escolhidos por terem vivido com proximidade o período de implementação do AA, ou seja, este era o critério de inclusão e, assim, a amostra era intencional. Apenas uma auxiliar administrativa não participou do grupo focal (GF) por estar de férias. Os pesquisadores não participaram do grupo, a fim de evitar possíveis interferências no debate, afinal, uma das pesquisadoras é médica de família e comunidade no CEJAR e foi uma das encorajadoras para a implementação do AA. Outros profissionais do CEJAR e pessoas do meio acadêmico (graduandos, residentes médicos e multiprofissionais, docentes) que não vivenciaram diretamente o período de implementação do AA foram excluídos do grupo focal.

2.4 Coleta de dados

Os grupos focais permitem que os pesquisadores investiguem opiniões, valores, atitudes, crenças, influências grupais, gerando hipóteses, instrumentos e teorias. O ator principal é o grupo, e não individualidades. Ajudam na implementação de programas e no diagnóstico e avaliação de serviços, gerando ideias novas (GONDIM, 2002, a). É uma técnica pertinente para valorizar e compreender a percepção de indivíduos envolvidos diretamente com o objeto de estudo (WESTPHAL, 1992). O GF faz com que a temática seja mais problematizada em relação a entrevistas individuais, criando reflexões coletivas e críticas quanto à implantação de programas na APS (TRAD, 2009).

O autor Morgan (MORGAN, 1992), cita as vantagens do GF comparando-o com entrevistas individuais: os sujeitos costumam dar respostas “prontas” e pensam melhor em suas próprias ideias quando colocados em grupo. Quando compara o GF com a observação, cita que o primeiro é mais rápido diante de objetos de estudo muito complexos.

Para um número semelhante de entrevistados, o GF seria mais eficaz, já que ajuda a obter consensos, fornece o panorama de como os indivíduos lidam com as divergências, interesses comuns são construídos por meio do compartilhamento de conflitos e de experiências, o que não seria obtido com um único sujeito (GASKELL, 2002).

No GF, os pesquisadores interferem pouco na opinião dos participantes (MORGAN, 1992, 1998; RALLIS; ROSSMAN, 2011), dando liberdade aos mesmos e permitindo que os

estudiosos compreendam questões complexas de modo mais abrangente (BARBOUR; KITZINGER, 1999; TEMPLETON, 1994). O GF é flexível, já que o moderador pode incentivar a participação dos sujeitos e questões não previstas são exploradas, além de ser barato e permitir que resultados sejam obtidos mais rapidamente (GOMES; BARBOSA, 1999; GREENBAUM, 1998; RALLIS; ROSSMAN, 2011).

No entanto, o GF também tem suas desvantagens: a frequência dos participantes não pode ser garantida (CARLINI-COLTRINI 1996), nem seu completo anonimato, o moderador pode influenciar com suas próprias opiniões, e o debate pode ser dominado por algumas pessoas. Por isso, é importante selecionar bem os sujeitos da pesquisa e o moderador do grupo, e interpretar as falas sempre levando-se em consideração a circunstância grupal (TRAD, 2009). O GF não gera causalidades precisas entre fatos, já que há pouco controle de variáveis, e sua amostra intencional limita generalizações (GONDIM, 2002), o que na verdade está presente na maioria das técnicas qualitativas.

Sugere-se que o GF tenha entre seis e quinze indivíduos, e que todos consigam de fato participar da discussão (PIZZOL, 2004). O ambiente também precisa ser devidamente preparado para que os participantes se sintam confortáveis e que fatores externos influenciem menos o debate, e a duração sugerida é de 90 a 110 minutos, a depender do tema (TRAD, 2009).

O moderador do GF tem como função iniciar e manter a discussão do tema, enfatizando que não há respostas certas para as questões norteadoras, encorajar para que todos expressem suas opiniões, aprofundar questões importantes, sentir o ritmo do grupo e observar linguagem não verbal dos sujeitos (SCRIMSHAW; HURTADO, 1987). Não deve influenciar o grupo com suas próprias opiniões (MINAYO, 2004) e deve ter capacitação técnica para conduzir o mesmo, com habilidade para lidar com conflitos (TRAD, 2009). Deve conduzir uma breve apresentação dos participantes no início do grupo e estabelecer um “contrato” para o bom seguimento do mesmo, garantindo também que todos assinem o TCLE e tirem suas dúvidas (GONDIM, 2002).

O observador ou redator tem a função de apontar comportamentos importantes dos participantes, anotando reações verbais e não verbais, organizando a identificação dos sujeitos, e dando apoio em relação ao ambiente, gravadores e organização do grupo (GOMES, 2005).

As questões que norteiam o GF devem ser em número reduzido, abertas, flexíveis e relevantes para o objeto de estudo. As primeiras devem ser “fáceis” e gerais, para depois serem abordados tópicos polêmicos ou específicos, obedecendo uma sequência lógica e concatenada. Evitar que as pessoas sejam defensivas não utilizando “por que” no início das questões também é sugerido (GOMES; BARBOSA, 1999).

O GF foi utilizado para coletar dados a partir da discussão e interação em grupo acerca do AA, estimulado pelas seguintes questões norteadoras:

1. O que você conhecia o sobre acesso avançado antes de sua implementação no Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR)?
2. Como está sendo o processo de implementação do acesso avançado no CEJAR?
3. Quais mudanças vocês percebem nos processos de trabalho da unidade com o acesso avançado?
4. Quais os aspectos positivos o acesso avançado trouxe para os processos de trabalho do CEJAR? E quais os aspectos negativos?
5. Quais sugestões você daria para melhorar o funcionamento do acesso avançado no CEJAR?

Por responderem questões em grupo, os participantes vivenciaram um momento de descontração, que facilitou trocas, aproximações, descobertas (DEBUS, 1994; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Além disso, os participantes compartilham o mesmo local de processos de trabalho, o que facilitou a discussão sobre experiências com o AA.

Foi realizado um grupo focal, com duração de cerca de 90 minutos, marcado com antecedência e com a autorização da chefia imediata. Os profissionais participaram do grupo durante sua jornada de trabalho em horário de reunião de equipe, no segundo semestre de 2020, no final do turno da manhã. A sala de reunião foi devidamente preparada, limpa, ventilada e iluminada para que o grupo ocorresse. Havia um lanche para os participantes. As cadeiras foram dispostas de modo circular, todos podiam se ver.

Cabe aqui ressaltar que o AA ocorreu, de fato, no CEJAR de dezembro de 2018 a fevereiro de 2020, até a ocorrência da pandemia do COVID 19, o que traz um prejuízo relacionado à memória dos participantes. Os agendamentos passaram a ocorrer, a partir de março de 2020, de acordo com a Matriz de Gerenciamento para o Atendimento da Rede de Atenção à Saúde durante a Pandemia do COVID 19, da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia. O primeiro semestre de 2020 foi muito conturbado no CEJAR, assim como em todo o mundo, e o receio de realizar-se uma aglomeração de pessoas com o grupo focal impediu que o mesmo ocorresse. Já no segundo semestre de 2020, com a falta de previsão do término da pandemia e relativa segurança quanto ao uso de máscaras, distanciamento de 2 metros entre os indivíduos, ambiente ventilado e uso de álcool em gel para higienização das mãos, o grupo focal pôde ocorrer.

O áudio foi gravado e foi feita a observação e relatoria de pontos considerados importantes. O grupo em círculo auxiliou a interação. Havia uma moderadora e uma relatora, colaboradoras

da pesquisa, previamente capacitadas e com experiência em grupos focais. A transcrição do áudio foi realizada pela mesma relatora do grupo, sendo as falas dos participantes indicadas por números aleatórios, preservando o anonimato dos mesmos. A conferência dos dados transcritos com os coletados (integridade dos dados), foi feita pelos pesquisadores que não participaram do grupo.

2.5 Análise de dados

Bardin configura a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977), ocorrendo tanto análise dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999). Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo (FRANCO, 1986), a qual conta com várias etapas que serão brevemente descritas e foram sistematicamente realizadas nessa pesquisa: pré-exploração do material ou leitura flutuante (contato com os documentos e contexto, gerando impressões e orientações) (BARDIN, 1977); seleção das unidades de análise ou unidades de significados (orientada pelas questões da pesquisa, incluindo palavras, sentenças, frases, parágrafos (DOWNE-WAMBOLDT, 1992) - análise temática, que pode ser feita a partir de assuntos que ocorrerem com mais frequência (KITZINGER; FARQUHAR, 1998; MINAYO, 2004); e categorização de temas, que expressem significados e elaborações importantes de acordo com os objetivos de estudo. Nesta etapa, a codificação é importante, pois é por meio dela que os dados são organizados em categorias e surgem as características relevantes do conteúdo (FRANCO, 1986). A categorização de temas foi feita manualmente, levando-se em consideração elementos de representatividade, homogeneidade, pertinência, convergências e divergências.

Depois da indexação dos dados, cada assunto foi analisado e interpretado, utilizando-se como base a revisão da literatura (RESSEL et al., 2008) sobre AA. A fase final de validação foi feita pela triangulação de teorias, na qual se analisa os dados tomando por base várias teorias e tenta-se encontrar validade intrínseca pelo embasamento de cada uma delas (CAMPOS et al., 2004).

Os resultados serão discutidos com a equipe do CEJAR assim que os agendamentos voltarem a ocorrer sem restrições devido a pandemia do COVID 19, o que não ocorreu até a presente data.

2.6 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado (Número do Parecer: 3.959.822/ CAAE 21117219.5.0000.5152) pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia. A resolução base para pesquisa envolvendo humanos são as Resoluções Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, e Nº. 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os TCLEs foram devidamente assinados em duas vias, e serão arquivados por cinco anos. Nenhum evento adverso ocorreu durante a pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foi feita uma caracterização dos participantes do GF, seguida da análise aprofundada dos dados produzidos, baseada na literatura sobre SUS, ABS, ESF E AA. As falas foram apresentadas de acordo com as categorizações temáticas, o referencial teórico, as inferências e as interpretações feitas pelos pesquisadores.

3.1 Características dos participantes do grupo focal

Mais que 70% dos participantes era do gênero feminino. Cerca de 28% com faixa etária entre 20 e 30 anos, 28% entre 30 e 40 anos, 28% entre 40 e 50 anos, e 14% com mais de 50 anos.

Em relação ao tempo de formação, 42% tinham menos que 5 anos de formados, 14% entre 5 e 10 anos, 28% entre 10 e 20 anos, e 14% entre 20 e 30 anos de formados.

Em relação ao tempo de atuação na ABS, 42% estava há menos que 5 anos, 14% entre 5 e 10 anos, e 44% entre 10 e 20 anos. Em relação à atuação na ESF, 85% estava há menos que 5 anos, e 15% entre 5 e 10 anos.

Em relação à pós-graduação, 28% tinha mestrado e 72% não.

Vinte e oito por cento era servidor público, 28% tinha vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 44% era bolsista do Ministério da Educação.

Portanto, os participantes são predominantemente do gênero feminino, adultos jovens, com pouca experiência profissional e em ESF. As falas desses indivíduos foram submetidas à análise de conteúdo, sendo geradas as seguintes categorias temáticas: Desafios na consolidação da AB e investimento em equipes mínimas; Tensionamentos quanto ao aumento na demanda de atendimentos individuais e sobrecarga de trabalho; Educação e saúde: intersecções necessárias entre ensino, serviço, gestão e comunidade.

3.2 Desafios na consolidação da atenção básica e investimento em equipes mínimas

Com a Declaração de Alma-Ata em 1978, os países iniciaram buscas de estratégias para o nível primário de atenção à saúde, reconhecendo o âmbito local como fundamental para suas ações. Alguns estados do Brasil responderam à essa necessidade com o agente comunitário de saúde (ACS). O Ceará foi o primeiro estado que institucionalizou o Programa de Agentes de Saúde (PAS), contribuindo para o que viria a ser no futuro o Programa de Agentes Comunitários

de Saúde (PACS). A APS foi difundida no Ceará na década de 1980 pelos ACS, com ações de baixo custo, contribuindo com a melhoria de indicadores de saúde, obtendo reconhecimento internacional relacionada à queda da mortalidade infantil (ÁVILA, 2012).

O PACS foi oficialmente criado pelo Ministério da Saúde em 1991, como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de sua população. Os ACS surgiam como uma nova categoria profissional de saúde oriunda da própria comunidade e que trabalhava para a mesma. A proximidade e o vínculo têm o objetivo de promover uma assistência baseada no que se conhece dos usuários e do meio onde vivem, fazendo com que as decisões sejam melhor tomadas nos processos saúdeXdoença (FARIA et al., 2010).

O PACS foi o precursor do Programa da Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo governo, com o intuito de redefinir o modelo de atenção à saúde, aperfeiçoando-o. Além dos ACS, a equipe passa a contar com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, podendo ainda ser ampliada com dentista, auxiliares em saúde bucal, e até psicólogos e assistentes sociais (SOUSA, 2009).

O PSF, em 2006, passa a ser chamado de ESF, visando reforçar a implantação de um novo modelo de atenção, voltado para o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, com foco em prevenção e promoção de saúde. Sendo o Brasil um país com diferentes realidades socioeconômicas e culturais, a implantação e a manutenção da ESF são desafiadoras, pois exige de profissionais e gestores posturas flexíveis e criativas frente a diversidade dos usuários em suas realidades diversas (SOUZA et al., 2020).

No que tange à expansão e consolidação da ESF no país, um estudo de 2016 apontou aumento na cobertura da ESF, passando de 50,9%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) em 2008, para 53,4% segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013. Os dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2013, assim como os da PNS, mostraram que cerca de 56% dos domicílios brasileiros estão cadastrados em equipes de ESF (MALTA et al., 2016).

Outro estudo de 2020, demonstrou o aumento de 14 vezes mais equipes implantadas no Brasil: 3.062 equipes em 1998 comparadas a 42.975 equipes em 2018. (SOUZA et al., 2020).

Em relação ao financiamento da APS, na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 (BRASIL, 1996), instituiu-se o Piso de Atenção Básica (PAB), que a partir de um valor per capita, estabelecia a transferência regular de recursos para a ABS, conforme critérios da Lei 8080 (BRASIL, 1990). Os municípios que aderissem ao Programa de Saúde da Família (PSF)

ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também recebiam um valor adicional de recursos junto ao PAB (PAB variável) (BRASIL, 1997).

Atualmente, o Brasil tem um novo modelo de financiamento da APS chamado “Previne Brasil”, que foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), alterando o repasse financeiro para os municípios. Agora, capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas são os critérios para repasse. O objetivo da mudança de financiamento foi aumentar o acesso e o vínculo entre população e equipe de APS, induzindo a responsabilização dos profissionais e gestão em relação aos usuários. Hoje, o que importa é o número da população cadastrada (alterações podem ser feitas em relação à vulnerabilidade, faixa etária e se a zona é rural), e o desempenho das equipes (alguns exemplos dos indicadores de 2020 são a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal e a realização de exames de sífilis e HIV, a cobertura de papanicolau, a cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida a cada seis meses e o percentual de diabéticos com hemoglobina glicosilada). Além dos citados, existem incentivos específicos, como para horário de atendimento ampliado (Programa Saúde na Hora), informatização (Informatiza APS), e equipes que recebem Programas de Residência, entre outros.

Segundo a PNAB de 2017, a ABS deve ter como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. A equipe mínima de ESF deve ser composta por médico, enfermeiro (estes preferencialmente especialistas em saúde da família), auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS (BRASIL, 2017).

O agente de combate às endemias (ACE), o cirurgião-dentista e o auxiliar/técnico em saúde bucal também podem compor a equipe. O número de ACS por equipe pode variar de acordo com características locais, sendo que em áreas de grande risco social, é recomendada cobertura total da população, com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

São exemplos de atribuições comuns a todos os profissionais da ABS a participação do processo de territorialização e mapeamento da área, cadastramento atualizado dos indivíduos no sistema de informação da ABS, realização do cuidado integral à saúde da população adscrita, garantia de atendimento da demanda espontânea e da realização das ações de vigilância em saúde, participação do acolhimento, e responsabilização pelo acompanhamento da população ao longo do tempo (BRASIL, 2017).

No CEJAR, a ESF foi pensada para o acolhimento da Residência de MFC, que estava sem campo de atuação em ABS devido ao fechamento da Rede de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, e não propriamente como um desejo da equipe. Os profissionais da UBS tradicional não foram incorporados formalmente à ESF. Os demais também não receberam capacitação teórica nem prática sobre ESF, sendo que nenhum tinha experiência na área. Na verdade, também não houve interesse em capacitação quando novos profissionais vindos da ESF chegaram. Todo o processo ocorreu paralelamente à equipe antiga, com pouco diálogo e interação com a gestão.

Citando um exemplo de experiência exitosa, o Distrito Federal teve uma ampliação de 28 para 69% da cobertura por ESF de 2016 a 2018, mas contou, para isso, com um planejamento sistemático de transição. Houve reordenamento dos profissionais de saúde que já atuavam na APS, capacitação teórica e prática dos profissionais, realização de concursos públicos para enfermeiros de família e comunidade, reorganização das equipes de Saúde Bucal na APS (CORREA et al., 2019), o que não ocorreu no CEJAR.

Várias fontes custeiam o funcionamento do CEJAR: Prefeitura Municipal de Uberlândia (responsável por exames laboratoriais e alguns complementares, sistema eletrônico de regulação de encaminhamentos para nível secundário e terciário, além de uma funcionária da psicologia), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Hospital de Clínicas (HC) da UFU e Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia - FAEPU (cada um responsável por certos recursos humanos e de infraestrutura). Todas essas fontes são insuficientes para investimento em cargos de ACS, já que também são subfinanciadas. Ainda há o fato de o CEJAR não estar credenciado pelo Ministério da Saúde (nem como equipe de APS), o que causa mais déficit sobre seus recursos financeiros.

Mas cabe ressaltar que o AA foi criado em clínicas de ABS nos EUA, onde não há ESF nem ACS. Entretanto, no Brasil, a implementação do AA esteve intimamente ligada à ESF, como estratégia de melhoria de acesso. Na realidade brasileira, o ACS é responsável pela proximidade com a comunidade, servindo de ponte de comunicação com a unidade de saúde e consequente resolução de diversas demandas que às vezes são solucionadas no próprio domicílio dos usuários, por um profissional que eles conhecem e tem vínculo. Quando não solucionadas, as demandas são levadas à unidade de saúde de modo mais selecionado, organizado, “filtrado”. Se o usuário encontra seu ACS na própria unidade, este profissional o ajuda melhor na resolução do problema por conhecer seus problemas de saúde, sua realidade, sua família.

Dessa maneira, implementar o AA em uma equipe que não tem ainda identidade com seu modelo de gestão e que não tem profissionais inseridos na comunidade/território prejudicou o funcionamento desse sistema de agendamento. O fato de o CEJAR estar em processo de transição de uma modelo tradicional para a ESF e ainda não contar com ACS, além de estar falho em relação à territorialização e adscrição de clientela, atrapalhou a implementação do AA, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Pessoa 5: A falta de uma equipe completa de uma quantidade de funcionários completa [...] acho que isso também complica com um pouco [...] Eu acho que uns dos grandes problemas que a gente teve durante esse processo é de a gente não ter o cadastramento, o fato da gente não ter uma área descrita, cadastrada, definida, a gente não conhece bem a população [...] começou a vir gente que a gente nunca tinha visto antes, a gente não sabe se realmente a pessoa era da área [...] o processo é esse, se você tiver cadastrado e definido uma área que você conhece, você consegue organizar bem e atender bem.

Pessoa 2: era impossível o acolhimento que pode ser feito por um ACS, um técnico, podia ser feito por muita gente ficou concentrado só na enfermagem e isso era um problema, e sem o acolhimento não tem acesso [...] e é isso contratar equipe por uma questão óbvia que precisa ter ACS [...] sem é impossível

Pessoa 7: [...] à demanda não é só responsabilidade da enfermagem do médico quando a gente tem uma equipe toda que tem muitas coisas que às vezes poderia ser resolvido pelo fisioterapeuta pelo nutricionista pelo agente comunitário e que daria uma enxugada nessa demanda que a gente tem né [...]

A territorialização consiste em conhecer a área de abrangência da equipe por meio de visitas de campo, identificando desde elementos naturais (relevo, bacia hidrográfica, solo, arborização) até elementos socioeconômicos (casas de alvenaria ou barracos, invasões, abastecimento de energia e água encanada) (SOUZA et al., 2020).

Durante a territorialização, podem ser identificados elementos benéficos ou não para as condições de saúde na população que ali reside, como número de escolas e unidades de saúde, pontos de venda e consumo de drogas ilícitas, praças, academias populares, entre outros (FARIA, 2013).

Mapear e territorializar são ações que aumentam a qualidade dos serviços prestados pelas equipes de APS, já que estas estarão munidas de informações para adotarem medidas que atendam às necessidades de saúde dos indivíduos da área de abrangência (SOUZA et al., 2020).

A adscrição de clientela, ou seja, o cadastro dos usuários à equipe de referência, geralmente feita pelos ACS em visita domiciliar, é outro ponto fundamental para que as pessoas conheçam o cardápio do serviço de saúde e possam aproximar-se dele. O território adscrito é um local geograficamente definido para o qual a equipe dedica suas ações de promoção e prevenção de saúde, bem como tratamento e reabilitação. Tudo isso baseado em um “estudo de campo”, que permite definir condições geográficas, sociodemográficas, econômicas, culturais, ambientais, epidemiológicas, mapeando áreas de risco e de equipamentos sociais (FARIA, 2013).

O trabalho da APS deve se basear na territorialização, com o intuito de elencar e atuar nos problemas mais prevalentes e/ou mais graves da área, causando consequências positivas no acesso aos serviços de saúde (SILVA JUNIOR et al., 2010).

A territorialização, portanto, não se trata apenas de uma coleta sistematizada de dados, mas de interpretações que geram diagnósticos situacionais de saúde, devendo ser constantemente atualizada para adoção de estratégias de saúde pertinentes a cada período e contexto (BRASIL, 2008).

No CEJAR, houve momentos de visita domiciliar de médicos, residentes e enfermeiros que permitiram conhecer o território de maneira parcial. Como o cadastramento da população foi feita por acadêmicos de Medicina, mestrandos da Saúde do Trabalhador e estagiárias de um curso de ACS, pessoas que não participam efetivamente da equipe, o conhecimento das famílias se deu de modo indireto, pouco aprofundado. Não houve discussão após essa coleta de dados, a classificação de risco das famílias foi iniciada por estudantes de enfermagem, mas interrompida com a troca frequente de estágios. O processo ficou fragmentado. Além disso, durante o cadastramento, a população não teve a oportunidade de conhecer membros da equipe nem de iniciar vínculos. Muitas vezes, os usuários tinham dúvidas sobre o CEJAR que os próprios “cadastrantes” não tinham condições de responder.

Implementar o AA é tarefa desafiadora, majoritariamente onde são atendidas grandes quantidades de usuários. Manejar lista de pacientes, readaptar oferta de serviços de saúde e de diferentes categorias profissionais, usar da telemedicina, construir fluxos de atendimento são exemplos do que deve ser repensado, o que exigirá planejamento, sistematização e suporte da gestão (PEREIRA, Nayana, 2018).

Um estudo de 2020 traz recomendações para que a APS brasileira se fortaleça, sendo que a primeira se refere a “ampliar e consolidar a ESF com ênfase nos atributos essenciais da APS”, e a segunda refere-se a “ampliar formas de acesso à APS, como AA, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial

entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos)” (TASCA et al., 2020)

Nas falas a seguir, vê-se que o CEJAR não conta com algumas tecnologias que facilitariam a implementação da ESF e do AA, como prontuário eletrônico voltado para a APS (apesar de ter acesso ao prontuário eletrônico hospitalar - SIH). Ferramentas digitais auxiliariam na geração de relatórios de atendimentos, na compilação de dados de cadastramento da população, e por conseguinte no diagnóstico situacional da unidade. Sem a sistematização dos dados da equipe, qualquer ação a ser implementada fica prejudicada.

Pessoa 7: [...] grande problema que a gente tem é que a gente não tem prontuário eletrônico

Pessoa 6: É uma coisa que a gente sentiu falta seja para implementar o que for, é uma coisa moderna é uma falta de instrumento tecnológico instrumento de uso que facilite a nossa vida agenda, prontuário eletrônico, uma agenda eletrônica nossa isso dificultou e dificulta até hoje o nosso serviço

Além disso, o trabalho em equipe é elemento fundamental para organização da demanda e dos processos de trabalho. As unidades de saúde podem melhorar sua capacidade de atendimento se suas enfermeiras e outros profissionais de saúde forem capacitados para lidar com cuidados preventivos e com a rotina de doentes crônicos, sem o envolvimento necessariamente do médico. Algumas clínicas, após adotarem essa “divisão de tarefas”, tiveram aumento de sua produtividade e da satisfação da equipe (GHOROB; BODENHEIMER, 2013). Na ESF há atribuições e atividades específicas e comuns às diferentes categorias profissionais, mas sua principal característica está na interdisciplinaridade, no trabalho colaborativo, com envolvimento de todos os membros da equipe para as ações em saúde (BRASIL, 2011). Por exemplo, o ACS identifica um idoso em situação de vulnerabilidade, passa o caso para a enfermeira, que marca uma consulta médica. O médico identifica necessidade de monitoramento de pressão arterial, acionando a técnica de enfermagem, e uso incorreto e irregular de medicações, acionando a enfermeira. Em reunião de equipe, todos esses profissionais discutem o caso do idoso e decidem elaborar um Projeto Terapêutico Singular.

Na saúde, a interprofissionalidade traz perspectivas interdisciplinares, sendo elemento para trabalhos coletivos, agindo holisticamente nos modos de saber e educar, como uma prática de transformação (PEREIRA, Marcio, 2018).

Os diferentes conhecimentos dos membros da equipe de APS se complementam, facilitando o planejamento e a gestão de ações em saúde, favorecendo pontos de vista sobre o conceito ampliado de saúde (SOUZA et al., 2020).

No entanto, a formação dos profissionais de saúde ainda é majoritariamente feita em separado, mesmo tendo que no futuro trabalhem em conjunto (COSTA, 2016).

Na prática colaborativa, o que se espera é que relações desequilibradas de poder sejam substituídas por interação de conhecimentos, preservando a autonomia relativa de cada profissão, diminuindo a competitividade no ambiente de trabalho (D'AMOUR et al., 2008) e fortalecendo parcerias e responsabilidades compartilhadas (KHALILI et al., 2014).

O foco da prática colaborativa são as necessidades de saúde das pessoas, na atenção centrada no paciente (ACP), e não nos profissionais, o que gera mais qualidade dos serviços e melhor manejo de custos nos sistemas de saúde (AGRELI et al., 2016).

Pessoa 6: [...] eu achei que foi muito importante é que a gente começou a trabalhar mais como equipe multidisciplinar [...] a gente ter conhecimento do serviço do outro, que até então fica muito centrado no médico [...] aí junto realmente é uma equipe multi, onde você tem um médico, uma enfermeira, um fisioterapeuta [...]

Pessoa 2: Criou uma ideia de equipe

A quinta recomendação do estudo para a APS brasileira mais forte, é de “ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível” (TASCA et al., 2020). Assim, o trabalho colaborativo e multiprofissional retira o foco do cuidado no modelo biomédico, e distribui responsabilidades e funções para os diferentes membros da equipe, a qual dialoga entre si e se apoia.

3.2.1 Tensionamentos quanto ao aumento na demanda de atendimentos individuais e sobrecarga de trabalho

As equipes de ABS lidam com dois tipos de demandas, a programada e a espontânea. A demanda programada se refere às pessoas previamente agendadas, as quais a unidade espera receber naquele dia e horário para consultas médicas e não médicas. Há uma espécie de preparo prévio para este tipo de atendimento. A demanda espontânea se refere aos usuários que chegam sem agendamento anterior, com sintomas agudos, com doenças crônicas descompensadas, com necessidade de renovação de receita, confecção de relatórios ou pedido de exames para o mesmo dia, por exemplo. O desafio das equipes é conciliar esses dois tipos de demanda para que não haja sobrecarga dos profissionais e eles sejam capazes de resolver, pelo menos parcialmente, as necessidades trazidas pelos indivíduos. Se a demanda espontânea é muito

maior que o habitual, naturalmente equipe e usuários ficam estressados, a primeira por exceder suas capacidades, os segundos pela falta de resolutividade em relação aos seus problemas.

Com a chegada da Residência de Medicina de Família e Comunidade no CEJAR em 2018, começaram os atendimentos à demanda espontânea:

Pessoa 7: [...] praticamente não tinha atendimento de demanda espontânea era praticamente só na forma de agendamento, o que tava nos angustiando muito porque o paciente nos procurava com queixa e que às vezes precisava ser resolvido na hora e que a gente não tinha disponibilidade de atendimento [...]

Os participantes do GF demonstraram extremo cansaço durante a implementação do AA com um aumento significativo da demanda espontânea, como pode ser visto nos trechos abaixo:

Pessoa 7: o que chegava a gente estava atendendo no mesmo momento mas foi uma loucura por que a gente achou que essa demanda não fosse tão grande [...] então assim foi realmente estressante [...] a dificuldade que eu então vejo que a população é muito maior do que o que a gente dá conta

Pessoa 6: Isso é porque se ela atendia 20, eu e a pessoa 5 atendia 40, filtrava 20 e atendia 40, entendeu?

Cerca de cinquenta por cento dos profissionais da APS estão sujeitos a terem algum tipo de sofrimento mental devido ao trabalho, como por exemplo a Síndrome de Burnout - SB (MARTINS et al., 2014; SILVA, Salvyana et al., 2015).

Como afeta o trabalhador, a SB também pode influenciar de modo negativo a qualidade dos serviços prestados, sendo um risco potencial para a população (MAIA et al., 2011).

Cuidando da saúde do trabalhador, deixando-o mais satisfeito, aumentaríamos a qualidade dos serviços de saúde, o que atualmente está trazendo à tona a discussão sobre o conceito de “Prevenção Quinquenária” (SANTOS, 2019).

Um grupo de apoio à saúde do trabalhador no Rio de Janeiro, teve como um dos principais temas a sobrecarga de trabalho, fora as dificuldades de se lidar com o sofrimento humano, e com as situações de violência (ameaças, agressões verbais). Nele, os trabalhadores também discutiram sobre a “falta de educação” da população em relação aos fluxos da APS e da unidade de saúde, o que vai de encontro aos que os profissionais de CEJAR também relataram (FERREIRA; ANDERSON, 2020).

Outro estudo de 2018 também discorre sobre a sobrecarga imposta às equipes de saúde da família, seja pela elevada demanda da população por consultas, seja por pressão dos gestores (SOARES et al., 2018).

O trabalhador é população de risco ao lidar com sobrecargas psicossociais e físicas em condições laborais ruins (LACERDA et al., 2014).

As próprias características específicas do serviço na APS expõem os profissionais ao sofrimento e a doenças. Fatores como remuneração baixa, vínculos empregatícios frágeis, longas jornadas de trabalho e condições precárias, geram adoecimento e possivelmente a SB (PERETTI et al., 2013).

Para evitar ou diminuir os efeitos da SB, sugere-se pausas durante o trabalho, utilização de tecnologias, estratégias de educação permanente e apoio psicológico (SILVA, Salvyana et al., 2015).

Uma das justificativas para o aumento da desproporcional da demanda e consequente sobrecarga da equipe é o desconhecimento do número da população do CEJAR, já que os dados mais confiáveis são do Censo/IBGE e da Prefeitura Municipal de Uberlândia de 2010. Cadastros da UBSF do Programa Mais Médicos de 2014, única época em que houve ACS na unidade, mas que também não correspondem à área total de abrangência atual, foram indevidamente descartados. No segundo semestre de 2018 e primeiro semestre de 2019, houve uma iniciativa de recadastramento da área de abrangência por graduandos de Medicina do primeiro ano, por estagiários de um curso de Agentes Comunitários de Saúde e por alunos da Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da UFU. No entanto, a coleta de dados atendeu somente um terço dos domicílios da área, a qualidade dos dados coletados foi baixa, tampouco houve organização dos dados em plataforma ou prontuário eletrônico. As médicas e residentes de MFC, a partir de 2018, fizeram planilhas em Excel de acordo com populações prioritárias atendidas (hipertensos, diabéticos, gestantes, pacientes da saúde mental, acamados, pacientes de puericultura), tanto para quantificação, quanto para classificação de risco. O número aproximado de pessoas nessas planilhas, até dezembro de 2019, era de 2500 pessoas. No entanto, ressalta-se que essa é a população que procura o CEJAR, não tendo-se conhecimento dos habitantes da área que não usam a unidade, ou que usam outros serviços de saúde, ou que não fazem parte das populações prioritárias citadas.

“Certifique-se de que cada médico tenha um tamanho de painel gerenciável, com base em seu escopo de prática clínica, diversidade de pacientes e tempo gasto no consultório” (MURRAY; TANTAU, 2000). O painel se refere ao perfil e ao número de pacientes atendidos, e conhecê-lo é fundamental. Um estudo canadense mostrou que um grande número de pessoas vinculados ao mesmo médico de família pode estar associado a queda no acesso, na longitudinalidade e na qualidade técnica do atendimento aos indivíduos, transferindo custos para outros níveis do sistema de saúde (MULDOON et al., 2012).

A PNAB vigente (BRASIL, 2017) recomenda que uma equipe de ABS tenha cerca de três mil pessoas em seu painel, número maior que o indicado para realidades socioeconômicas menos

desiguais como a dos Estados Unidos, da Inglaterra e de alguns países europeus (VIDAL, 2019). Demora por consultas, aumento de insatisfação dos pacientes e prejuízo da longitudinalidade são gerados por painéis excessivamente grandes. O número apropriado de população atendida é a chave para gerenciar carga de trabalho e fornecer atendimento de alta qualidade (MURRAY; DAVIES; BOUSHON, 2007).

Se os painéis forem muito grandes, a demanda irá sobrecarregar a capacidade de prestar atendimento e o acesso rápido será impossível de ser alcançado. Para lidar melhor com o tamanho do painel, as práticas clínicas precisam ser adaptadas, como com consultas por e-mail, atendimentos em grupo, consultas de enfermagem e de outros profissionais de saúde. Várias consultas pouco profundas também devem ser substituídas por consultas mais completas (resolver demandas agudas, gerenciar doenças crônicas, aplicar rastreamentos, renovar receitas, tudo em uma mesma ocasião), o que pode aumentar o intervalo entre consultas de acompanhamento quando clinicamente apropriado (GHOROB; BODENHEIMER, 2013).

Com a pandemia do COVID 19, teleconsultas passaram a ocorrer e realmente otimizaram o serviço: casos simples que demandam apenas orientações, pedido de exames de rotina para doentes crônicos assintomáticos e bem controlados, confecção de atestado de afastamento para contactantes de coronavírus assintomáticos, entre outros. Esses serviços não eram realizados sem a presença dos usuários, no entanto, já se percebe a necessidade de se ter um período específico para os teleatendimentos. Dessa forma, de certo modo, o AA continuou ocorrendo mesmo com as restrições da pandemia.

Pessoa 7: [...] a pandemia fez com que a gente fizesse um pouco de acesso avançado [...] porque apesar da gente não estar atendendo toda a população a gente está sendo resolutivo com quem vem [...] quem chega de na porta às vezes não passa pela consulta mas a gente resolve, a gente conversa e resolve, paciente que liga a gente tenta resolver pelo telefone, o paciente que vem para o respiratório a gente tenta resolver, ele chega ali na frente para triagem a gente já resolve, aí é um pedido de Beta HCG não precisa passar consulta a gente já resolve, o paciente que vem para pegar a receita ele já pega quase receita quase que na hora [...]

Como o painel populacional do CEJAR ainda é desconhecido, não havia certeza de que realmente a população que estava demandando era da área de abrangência, ainda mais com a falta de ACS. No entanto, isso também prova como o acesso foi facilitado com o AA: muitas pessoas desconhecidas estavam frequentando a unidade, como mostram os trechos:

Pessoa 2: Eu acho que deu acesso a gente que não tinha acesso antes, isso então mudou o perfil de gente que era atendido, veio gente que não vinha [...]

Pessoa 3: Eu acho que de positivo realmente melhorou bastante acesso, ninguém tem dúvida sobre isso [...]

Pessoa 5: o acesso avançado ele abre as portas para você ser atendido, ou agendado pelo menos, qualquer dia, qualquer horário, é lógico que pra população foi muito positivo

3.2.2 *Educação e saúde: intersecções necessárias entre ensino, serviço, gestão e comunidade*

O “Baylor Family Medicine” demonstrou com sua experiência que o agendamento por AA pode ser implementado em um ambiente acadêmico tradicional com benefícios para todos os envolvidos, porém alguns ajustes precisaram ser feitos. As vagas da agenda ao longo da semana variam de acordo com os alunos/preceptores e seus horários (são feitos relatórios diários para confirmar essa disponibilidade), e foi dado ênfase à educação cuidadosa dos pacientes e da equipe quanto ao novo sistema de agendamento adotado. Pesquisas feitas após a implementação mostraram que os pacientes estavam satisfeitos com o AA nesse ambiente de ensino (STEINBAUER, et al., 2006).

No CEJAR, foram ressaltados alguns pontos relacionados a implementação do AA em uma unidade de ensino:

Pessoa 6: o Jaraguá é escola isso não pode se perder, nós temos um posto de PSF, nós trabalhamos com alunos residentes, são alunos e eles trocam de dois em dois anos, eles têm outras coisas para fazer [...] a gente é uma escola, aprendendo a trabalhar com outro, com a especialidade do outro, o quanto é importante o outro [...]

Pessoa 7: [...] uma das coisas que estava acontecendo muito no acesso avançado é perder vinculação com o residente [...] é um rodízio muito grande [...] a gente ganha muito quanto à aprendizado, divisão de conhecimento e a gente perde no sentido de organização do serviço, a gente tem que ter alguma coisa mais sólida

Sempre que possível, os pacientes devem ser atendidos pelo mesmo médico. A longitudinalidade melhora os resultados clínicos do paciente e auxilia a diminuir a demanda por atendimento, afinal, consultas com pessoas diferentes geram planos terapêuticos diferentes. Em algumas clínicas, os médicos até preferem o agendamento de maior número de pacientes que o programado para o turno, desde que sejam “seus” pacientes, para melhorar a horizontalidade do cuidado (GHOROB; BODENHEIMER, 2013).

No CEJAR, nem sempre essa horizontalidade do cuidado é possível, visto que os estágios dos graduandos acabam geralmente em um semestre, os residentes só ficam por dois anos na unidade, e os horários deles variam mensalmente. Se a equipe fideliza os pacientes somente a ela mesma, os alunos perdem a oportunidade de aprendizado nos atendimentos, principalmente em se tratando dos residentes, que devem desenvolver autonomia no seu processo de aprendizado. Nem sempre há relatórios detalhados dos alunos que estarão no CEJAR

divulgados para toda a equipe, no sentido de adaptar o serviço. Apesar disso, lidar com acadêmicos e pós-graduandos traz à unidade entusiasmo, ideias inovadoras, espaços de aprendizado para novos conhecimentos, questionamentos e sugestões para os fluxos do serviço, além de fortalecimento para o trabalho interdisciplinar.

Os profissionais também destacaram a falta de capacitação em relação a implementação do AA, o que foi feito na unidade de ensino “Baylor Family Medicine”.

Pessoa 3: mas não teve um momento de capacitar a equipe, mas não teve um momento de explicar para a população

Pessoa 5: [...] a equipe não foi bem treinada e preparada

Uma das dicas que Murray e Tantau dão para a implementação do AA é: “implemente o novo sistema mostrando, e não dizendo, aos pacientes como ele funciona. Quando tentamos explicar nossos agendamentos, muitas vezes os tornamos excessivamente complicados” (MURRAY; TANTAU, 2000).

O “Geisinger Health System”, uma grande rede de clínicas americana privada, em sua maioria de APS, implementou o AA. A rede configurou duas clínicas para serem piloto, e criou um grupo de trabalho responsável pela educação, treinamento, apoio e avaliação dos processos de implementação, que durou cerca de 10 semanas. Foram realizadas reuniões da equipe com foco em metas de acesso, identificação de barreiras e elaboração de soluções para a implementação, de acordo com as características locais. A satisfação do paciente depois do AA aumentou 48%. Os esforços de liderança neste complexo processo enfatizam a importância de comunicação, educação e adesão para implementar o AA. Esses componentes principais, junto com feedback oportuno, suporte para a equipe e os recursos necessários, são especialmente significativos quando os resultados e os benefícios não são imediatamente vistos para aqueles diretamente afetados pela mudança (PIERDON et al., 2004).

Nos parágrafos acima, percebe-se que não há um consenso em relação à necessidade de preparação para implementar o AA (projeto com planejamento, acompanhamento e avaliações), mas a equipe do CEJAR sentiu falta de capacitação e apoio. Antes da implementação do AA, apenas duas reuniões de equipe foram feitas: uma para apresentação da proposta e consulta da equipe sobre o interesse nesse sistema de agendamento, e a outra após o estudo de demanda, que mostrou que a equipe seria capaz de absorver a mesma. O Comitê Gestor do Jaraguá deu bastante autonomia para os trabalhadores em relação ao AA, já que para eles o processo era novo também. Isso gerou certa ausência da gestão, e por consequência os profissionais ficaram

“perdidos”, assim como a população, que só foi informada das mudanças, sem antecedência e sem período de transição.

Pessoa 2: [...] antes era um centro especializado e do nada passa pra um UBS um dia, entra estratégia de saúde da família, seis meses depois acesso avançado, então assim não teve tempo para explicar para população, não sei nem se tinha como falar isso com a população, sabe, difícil mesmo.

Pessoa 3: [...] uma pena também é que tudo que a gente mudava a gente causava alguma reação na população que a gente nunca estava preparada, a gente sempre estava um passo atrás

A primeira etapa para que a participação social ocorra de fato no contexto do SUS é o acesso aos serviços de saúde. A fim de que os brasileiros ajudem na tomada de decisões do sistema de saúde, devem ser feitas campanhas pelos próprios serviços (que influenciam a atuação dos usuários) para que a população seja informada sobre seus direitos e sobre o funcionamento do SUS (VASQUEZ et al., 2003).

Os usuários de saúde devem usufruir do controle social em todos os âmbitos de sua relação com o sistema: na participação de Conselhos e Conferências; no planejamento, avaliação e fiscalização de ações em saúde; no conhecimento dos processos de trabalho da sua unidade de referência; no seu contexto comunitário; no seu plano terapêutico e nas suas necessidades individuais de saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

A décima nona recomendação do artigo para uma APS mais forte é “favorecer a participação das pessoas e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não presenciais, ouvidoria, entre outros” (TASCA et al., 2020).

Nas falas a seguir, vê-se que a equipe de saúde e a população apresentaram conflitos importantes na implementação do AA:

Pessoa 5: Então eu acho que a população não foi orientada, educada, e vem de uma cultura [...] a pessoa quer que seu problema seja resolvido hoje, agora, não importa se o do outro é mais urgente ou não, eu quero resolver o meu [...] eu acho que é possível melhorar a partir do momento que você estabelece as regras normas [...]

Pessoa 1: [...] só que lá na frente ele falou não a minha pressão tá descontrolada, eu to passando mal, to com dor de cabeça. Chegava lá, ta sentindo alguma coisa? Não, não, ou seja, eles aprenderam a furar a fila eu tenho essa percepção [...] a sinceridade da pessoa que ta ali é mais uma coisa social, muito mais profunda, de um jeitinho brasileiro.

Pessoa 6: os hiperutilizadores estavam sempre aqui e era sempre as mesmas pessoas, e nós estimulamos que eles poderiam vir em qualquer momento que eles poderiam ser atendidos mesmo [...] a gente aprendeu muito com pandemia a questão de que o paciente não gosta de seguir regras, que o paciente não gosta de ser interpelado, de que o paciente não gosta de normas [...] culturalmente não tem como eu comparar, infelizmente, a população brasileira com a população do Canadá, onde o PSF

funciona, não é só dinheiro gente, é cultura, é a parte social, é muita coisa enraizada [...]

Por mais que um dos pilares do SUS seja a participação social, esta vem sendo permeada historicamente por desafios para a sua execução. A APS deve valorizar e incentivar o controle social, mas ainda vemos muitas relações de poder sendo estabelecidas entre profissionais de saúde e comunidade. A participação dos usuários é necessária para a corresponsabilização na construção de serviços de saúde que efetivamente atendam o contexto local (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

Ainda há uma prática dos profissionais latino-americanos de “evangelização sanitária”, em que há subordinação da população em ações de educação e participação popular. Os usuários são pouco compreendidos em seu modo de lidar com cuidados em saúde e em seu contexto sociocultural (KEIJZER, 2005).

Outro entrave para a participação popular são os modelos institucionalizados, por vezes legalistas e burocráticos, para ouvir os usuários - Conselhos e Conferências de Saúde. A participação não institucionalizada se dá no dia a dia dos usuários, indo além dos espaços formais de controle social (VASCONCELOS, 2009).

Nas origens da APS brasileira, vê-se marcadamente a participação de pessoas da comunidade nas práticas de saúde, por meio da aproximação com movimentos sociais e classes populares. A imersão no contexto local possibilitou ações de saúde mais humanizadas, cidadãs e coerentes com a cultura do povo (OLIVEIRA et al., 2014).

A história mostra que, além de princípio do SUS e diretriz da APS brasileira, a participação popular é constituinte primordial das práticas de saúde locais e das comunidades, não como mero discurso, mas como elemento fundamental para a efetivação das ações de saúde. Interesses, pedidos e vontades dos que moravam no território eram acolhidos, apoiados e inseridos nas discussões dos serviços, respondendo aos desafios sociais e promovendo sua qualidade de vida. A participação social, assim, permite que se estabeleça confiança na equipe, as pessoas se sentem acolhidas, com acesso. Trabalhadores que escutam as necessidades e os interesses comunitários, de modo profundo e resolutivo, que consideram e valorizam as pessoas, estabelecem relações de promoção de saúde, de pertencimento, de afetividade. O serviço deve ser construído por meio de diálogo “fraterno e conflituoso” entre os saberes científicos e os saberes populares, acrescentando-o integralidade. Nenhum conhecimento ou ideia se sobreporá, mas a união, na verdade um novo saber, produto do diálogo de ideias diversas, gerará melhores decisões em saúde para o contexto local (BRUTSCHER; CRUZ, 2020).

Um instrumento dialógico que pode ser útil para a participação social é a “Responsabilidade Relacional” na APS, em que os indivíduos se envolvem e conseqüentemente se responsabilizam pelas ações construídas. Tanto usuários como trabalhadores têm seus saberes, os quais são reconhecidos, e devem ter participação ativa nas decisões a serem tomadas. Todos constroem conjuntamente uma história, se apropriando dela e se responsabilizando por ela de modo relacional. A maneira como profissionais e usuários se relacionam passa a ser mais próxima: trabalhadores atuando não somente por meio de aplicação de técnicas, o que os afastam da comunidade, e pessoas mais ativas nas decisões e intervenções em seus serviços de saúde. O dialogismo nos relacionamentos cotidianos práticos é fortalecido na Responsabilidade Relacional. O conhecimento verdadeiro não está polarizado, está nas interações que ocorrem nas relações, no qual sentidos são ampliados e negociados. As comunicações são baseadas em aproximações, em multiplicidades, não em antagonismos. As mudanças e os sentidos se dão nas relações e não na mente dos indivíduos. Desta maneira, a Responsabilidade Relacional pode ser ferramenta útil para a execução da participação social na APS, em que diversidades ideológicas e culturais sejam ingredientes para a construção de decisões de saúde efetivas e condizentes com a realidade local, gerando espaços de inclusão e união (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

Outra teoria, a Psicologia Comunitária (GÓIS, 1994), pode trazer contribuições para a participação social não institucionalizada, no que tange à temática dos sujeitos como construtores de suas histórias individuais e coletivas. Ela utiliza de metodologias participativas para o desenvolvimento humano e comunitário em benefício dos serviços de saúde: participação de grupos populares locais, avaliação participativa, círculo de cultura (FREIRE, 1980), círculo de encontro (GÓIS, 1994), dinâmica de integração grupal, roda de conversa, mutirão comunitário e caminhada (NEPOMUCENO et al., 2013).

No CEJAR, ações de participação popular não institucionalizadas são ainda tímidas e também não há Conselho Local de Saúde. Grupos de pacientes hipertensos, diabéticos e gestantes já acontecem, porém a perspectiva predominante é a dos profissionais. Um dos únicos meios formais de ouvir o usuário é a ouvidoria de saúde, que na maioria das vezes é utilizada para recebimento de críticas. Foi realizada em meados de 2019 uma Festa Junina na praça, como tentativa de aproximação com a comunidade, com o auxílio do presidente da Associação de Moradores do bairro Jaraguá, porém poucos usuários apareceram e na verdade a interação maior foi entre os trabalhadores da equipe. A implementação do AA no CEJAR não foi decisão tomada junto à comunidade, tampouco houve espaços para a discussão do acesso no serviço. Em um estudo brasileiro de 2003, após análise das falas de nordestinos sobre participação social

em saúde, esta foi pouco relacionada à gestão do serviço, como incluem as políticas públicas de saúde (VÁZQUEZ et al., 2003). Vê-se que o caso do CEJAR vai de encontro a este resultado. Ações que incluam a comunidade, a qual ainda é pouco conhecida, bem como ferramentas de Responsabilidade Relacional e Psicologia Comunitária, devem fazer parte do planejamento do CEJAR, para que os processos de trabalhos correspondam às necessidades e expectativas tanto da equipe quanto das famílias atendidas.

3.3 Plano de intervenção

Devido a tantos aspectos negativos sofridos pela equipe do CEJAR no processo de implementação do AA, propõe-se aqui sugestões e medidas que tentem auxiliar os trabalhadores, caso optem por continuar com esse sistema de agendamento. Vários problemas são de ordem macrogerencial (como financiamento insuficiente, falta de ACS, painel populacional inadequado, falta de ferramentas digitais e o fato de ser uma unidade escola), os quais não serão abordados nos planos de intervenção. Quanto aos problemas que podem ser abordados pelos próprios profissionais e gestores de forma direta, são apontados os nós críticos, as ações, bem como o modo de executá-las e avaliá-las, os responsáveis, os prazos, os recursos necessários e a viabilidade das mesmas. A seguir, detalha-se os principais nós críticos/problemas levantados no GF:

- territorialização e conhecimento da população adscrita;
- capacitação em relação ao AA;
- envolvimento da gestão com a implementação do AA;
- participação social;
- instrumentos dialógicos para lidar com os usuários.

Os planos de intervenção serão apresentados didaticamente por meio dos quadros 1, 2, 3, 4 e 5.

Quadro 1 – Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de territorialização e conhecimento da população adscrita.

Nó crítico/ Problema	MetaObjetivo	Ação	Como executar a ação	Responsáveis	Prazos	Recursos	Viabilidade	Avaliação
Falta de territorialização e conhecimento da população adscrita	Conhecer o painel populacional do CEJAR, quantitativa e qualitativamente	Mutirão de cadastramento pelos próprios profissionais do CEJAR e compilação de dados cadastrados	Fazer revezamento entre diferentes categoriais profissionais para cadastramento e compilação de dados	Enfermeiras, para organizar a ordem das ruas a serem cadastradas e fazer escala de profissionais para o cadastramento	Quatro meses	Ficha de cadastramento individual, ficha de cadastramento familiar, prancheta, caneta, crachá, computador com pacote estatístico do Excel (Microsoft), sala de reunião, projetor	Média, pois haverá deficiência de certos profissionais em determinados dias. Se ocorrer cadastramento aos sábados, serão gerados banco de horas extensos, prejudicando o serviço em momentos posteriores.	Discussão com a enfermeira das principais dificuldades após cada cadastramento; Reunião com toda a equipe para discutir as impressões durante o cadastramento; Reunião com toda a equipe para discutir as dificuldades durante a compilação de dados no Excel; Reunião para apresentação dos dados compilados no Excel, por meio de gráficos.

Fonte: A autora

Quadro 2 – Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de capacitação em relação ao Acesso Avançado.

Nó crítico/ Problema	Objetivo	Ação	Como executar a ação	Responsáveis	Prazos	Recursos	Viabilidade	Avaliação
Falta de capacitação em relação ao AA	Equipe capacitada em relação ao AA e sua implementação	Educação permanente em Saúde com a equipe em relação ao AA e sua implementação	Reuniões quinzenais de 60 minutos com toda equipe para explicar conceito do AA, como ele funciona, quais são suas vantagens, quais são suas desvantagens, como lidar com as mesmas, conhecer outras experiências de implementação do AA	Médicas	Sessenta dias	Sala de reunião, materiais sobre o AA, computador, projetor	Grande, mas a unidade deverá ficar fechada durante as reuniões	Nos dez minutos finais das reuniões, a equipe realiza o feedback do que achou da capacitação

Fonte: A autora

Quadro 3 – Plano de intervenção para o nó crítico/ problema Falta de envolvimento da gestão com a implementação do Acesso Avançado.

Nó crítico/ Problema	Objetivo	Ação	Como executar a ação	Responsáveis	Prazos	Recursos	Viabilidade	Avaliação
Falta de envolvimento da gestão com a implementação do AA	Gestão integrada com os profissionais em relação a implementação do AA	Envolver a gestão com a implementação do AA	Pelo menos um representante do Comitê Gestor do Jaraguá deverá participar das reuniões de capacitação em relação ao AA, e das reuniões relacionadas ao cadastramento da população	Um representante do Comitê Gestor, que não faça parte da equipe do CEJAR	Quatro meses	Sala de reunião, computador, projetor	Grande, visto que o Comitê Gestor tem seis componentes que não fazem parte da equipe do CEJAR, e podem revezar entre si	Presença do componente do Comitê Gestor nas reuniões; Nos dez minutos finais das reuniões, o mesmo realiza o feedback do processo de implementação do AA do ponto de vista do Comitê Gestor

Fonte: A autora

Quadro 4 – Plano de intervenção para o nó crítico/problema Falta de participação social.

Nó crítico/ Problema	Objetivo	Ação	Como executar a ação	Responsáveis	Prazos	Recursos	Viabilidade	Avaliação
Falta de participação social	População avaliando e sugerindo soluções para os processos de trabalho de CEJAR, inclusive o AA	Saber a opinião dos frequentadores do CEJAR sobre o funcionamento do mesmo e sobre o AA	Após o cadastramento, aplicar um questionário sobre a satisfação em relação ao modo de funcionamento da unidade e em relação ao AA, com espaço para sugestões de melhorias	Todos os profissionais do CEJAR para aplicar o questionário e compilar seus dados; Técnicas de enfermagem para elaborarem o questionário	Quatro meses	Prancheta, caneta, crachá, computador com pacote estatístico do Excel (Microsoft), projetor, sala de reunião	Média, pois o processo de cadastramento ficará mais lento com a aplicação do questionário	Discussão com a enfermeira das principais dificuldades durante aplicação do questionário; Reunião com toda a equipe para discutir as impressões durante a aplicação do questionário; Reunião com toda a equipe para discutir as dificuldades durante a compilação de dados no Excel; Reunião para apresentação dos dados

Fonte: A autora

Quadro 5 – Plano de intervenção para o nó crítico/ problema Falta de instrumentos dialógicos para lidar com os usuários.

Nó crítico/ Problema	Objetivo	Ação	Como executar a ação	Responsáveis	Prazos	Recursos	Viabilidade	Avaliação
Falta de instrumentos dialógicos para lidar com os usuários	Saber interagir melhor com os usuários, desfazendo relações de poder	Aprender sobre instrumentos dialógicos como Responsabilidade Relacional e Psicologia Comunitária	Educação Permanente sobre os temas citados, quinzenais, de duração máxima de sessenta minutos	Psicólogas do CEJAR	Sessenta dias	Computador, projetor, sala de reunião, papel, caneta, materiais sobre os temas	Grande, mas a unidade deverá ficar fechada durante as educações permanentes	Nos dez minutos finais das reuniões, a equipe realiza o feedback sobre o que aprendeu na educação permanente

Fonte: A autora

Os quadros sintetizam os planos de intervenção propostos, os quais devem preferencialmente acontecer em concomitância. Portanto, antes da implementação efetiva do AA, propõem-se que o CEJAR passe por um processo preparatório que pode durar até um semestre, processo este que beneficiará não somente a implementação o AA, mas a elaboração de diagnósticos situacionais de saúde com consequentes ações de melhorias, a aproximação da equipe do CEJAR com o Comitê Gestor e com a comunidade, e a aquisição de recursos dialógicos que permitam relações interpessoais mais enriquecedoras. Observam-se que quase todos os planos de intervenção dependem de reuniões com a equipe toda, sendo imperioso que a gestão garanta momentos frequentes e constantes de trabalho interno dos profissionais. Faz-se necessário também ressaltar que grande parte do trabalho proposto seria devidamente executado pelo ACS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde ainda é um desafio para o SUS, por mais que a APS e a ESF tenham o ampliado nas duas últimas décadas no Brasil. Vários aspectos permeiam o acesso dos usuários, desde linguagem, humanização, localização geográfica e até a agenda. O AA é uma proposta moderna de agendamento de consultas médicas que deixa o serviço livre a maior parte do tempo para as pessoas que chegam naquele mesmo momento.

No CEJAR, muitas questões influenciaram implementação do AA: não ter equipe mínima de ESF (financiamento insuficiente), com destaque para a falta do serviço do ACS junto à comunidade, territorialização e conhecimento da população adscrita frágeis, painel populacional supostamente inadequado com consequente sobrecarga de trabalho, quase nenhuma capacitação, pouco envolvimento da gestão, falta de ferramentas digitais, horizontalidade do cuidado prejudicado (principalmente por se tratar de uma unidade acadêmica de saúde), não envolvimento da população em relação à escolha desse tipo de agendamento e falta de instrumentos dialógicos para lidar com os usuários. Por outro lado, muitos pacientes, antes desconhecidos, tiveram a oportunidade de frequentar o serviço, o trabalho passou a ser mais colaborativo por parte da equipe multiprofissional, e a pandemia do COVID 19 de certa forma favoreceu o aprendizado quanto ao AA, no sentido de ampliar a resolutividade dos indivíduos que procuravam o serviço em uma só ocasião, ou de facilitar o acesso por outros meios, como por teleconsultas.

O presente estudo ficou limitado metodologicamente em relação à coleta de dados. Talvez a percepção dos profissionais em relação ao AA no CEJAR ficaria mais completa se entrevistas permitissem conhecer opiniões não generalizáveis, e se tivesse sido realizada a observação participante com diários de campo durante a implementação do sistema de agendamento em questão. Como o GF ocorreu a posteriori e durante a pandemia do COVID 19, também existe o viés de memória dos participantes. Entretanto, como contribuição, foi suscitada a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde por meio da agenda das equipes de APS. Foram levantados alguns desafios do AA em uma unidade acadêmica de saúde, em que a ESF não está consolidada, e sobre a sobrecarga da equipe, pontos pouco trabalhados na literatura atual sobre o tema.

Conclui-se que a experiência do CEJAR apresentou particularidades durante a implementação do AA. O acesso foi certamente facilitado, porém às custas de um desgaste grande dos trabalhadores, e várias fragilidades do serviço vieram à tona. Estratégias que melhorem o acesso sempre devem ser levantadas, mas elementos básicos que dão suporte para

essas estratégias devem ser prioridade, como equipes completas, adscrição de clientela, prontuário eletrônico, envolvimento da gestão nos processos de trabalho da unidade e participação social. Outras equipes que também queiram implementar o AA podem usar os nós críticos aqui apresentados para um melhor planejamento dessa agenda. Mais estudos sobre a experiência da implementação do AA em contextos diversos devem ser encorajados para que Políticas Públicas que abordem o acesso do usuário ao sistema de saúde sejam desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 905-916, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n59/905-916/pt/>. Acesso em: 05 set. 2020.

ANSELL, Dominique *et al.* Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 295, 2017. DOI: 10.1186/s12913-017-2219-y. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2219-y>. Acesso em 06 set. 2020.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 159-168, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5020/2067>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2067>. Acesso em 01 set. 2020.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 797-810, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>. Acesso em 01 nov. 2019.

BARBOSA, Simone de Pinho. **Acesso a atenção primária à saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-acesso-a-partir-da-atencao-primaria-a-saude-em-tres-municipios-do-estado-de-minas-gerais-a-otica-dos-profissionais-de-saude/11858>. Acesso em 01 nov. 2019.

BARBOUR, Rosaline; KITZINGER, Jenny. Introduction: The challenge and promise of focus groups. **Developing focus group research: Politics, theory and practice**, p. 1-20, 1999. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781849208857.n1>. Disponível em: <http://methods.sagepub.com/book/developing-focus-group-research/n1.xml>. Acesso em: 01 out. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. [s.l.]

BORGES, Vanessa; DIAS, Cleomar. **Experiências de Cajamar, Uberlândia e Niterói mostram a potência da Atenção Primária na resposta à pandemia**. Brasília, 15 de agosto de 2020. Portal: Inovação na Gestão do SUS. Disponível em: <https://apsredes.org/experiencias-de-cajamar-uberlandia-e-niteroi-mostram-a-potencia-da-atencao-primaria-na-resposta-a-pandemia/>. Acesso em: 05 de out. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 20, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde: gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 União**, Brasília, DF, 22 set 2017, p. 68. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool – Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em 01 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em 01 set. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 01 set. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.979 GM/MS, 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**, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 01 set. 2020.

BRASIL. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_pl.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

BRUTSCHER, Volmir José; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde/Social participation from the perspective. **Cadernos CIMEAC**, v. 10, n. 1, p. 126-152, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/cimeac.v10i1.4117>. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/cimeac/article/view/4117>. Acesso em 01 out. 2020.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e sociedade**, v. 18, p. 29-41, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/04.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

CAMPOS, Claudinei José Gomes *et al.* Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 285-293, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-1784, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2019.

CESAR, Marcelo de Castro *et al.* Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em debate**, v. 38, p. 296-306, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0296.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2019.

CHOMATAS, Eliane Regina da Veiga *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 ago. 2019.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031-2041, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/en_1413-8123-csc-24-06-2031.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 197-198, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/en_1807-5762-icse-20-56-0197.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Penso Editora, 2014. [s.l.]

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Sage publications, 2017. [s.l.]

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema único de saúde: princípios. **Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde**, p. 285-304, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0103gestao1.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 20, n. 1 (jan. 1999), p. 5-25, 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4218/2228>. Acesso em: 01 out. 2019.

D'AMOUR, Danielle *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188#citeas>. Acesso em: 01 out. 2020.

DEBUS, Mary. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. *In:* DEBUS, Mary. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. [S.l.]: HealthCom, 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-24739>. Acesso em: 05 set. 2019.

DECLARATION OF ALMA-ATA. International conference on primary health care. **WHO Chron**, v. 32, n. 11, p. 428-430, 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 31 ago. 2019.

DOWNE-WAMBOLDT, Barbara. Content analysis: method, applications, and issues. **Health care for women international**, v. 13, n. 3, p. 313-321, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399339209516006>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399339209516006>. Acesso em 01 set. 2019.

SCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em 02 mar. 2021.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3871.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia - Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131-147, junho de 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em 01 out. 2020.

FERREIRA, Mariana Silva Guimarães; ANDERSON, Maria Inez Padula. 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**, p. 2188-2188, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2188](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2188). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2188/1555>. Acesso em 01 out. 2020.

FERREIRA, Vanessa Duque *et al.* Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160104.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

FOURNIER, Jennifer *et al.* Implementation of an advanced access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. **Healthcare Quarterly**, v. 18, n. 1, p. 60-64, 2015. DOI: 10.12927/hcq.2015.24241. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281805717_Implementation_of_an_Advanced_Access_Scheduling_System_in_Primary_Healthcare_One_Clinic's_Experience. Acesso em 01 set. 2020.

FRANCO, Maira Laura P. Barbosa. O que é análise de conteúdo. São Paulo. **Cadernos de Psicologia da Educação**, p. 1-31, 1986. [s.l.]

FREIRE, Paulo. O Homem e sua experiência/Alfabetização e Conscientização. *In: Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, p. 13-50, 1980. Disponível em: https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/Paulo%20Freire%20-%20Conscientiza%C3%A7%C3%A3o_pp.5-19.pdf. Acesso em 01 out. 2020.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**, v. 2, p. 64-89, 2002. [s.l.]

GHOROB, Amireh; BODENHEIMER, Thomas. Three building blocks for improving access to care. **Family practice management**, v. 20, n. 5, p. 12-17, 2013. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2013/0900/fpm20130900p12.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. Noções de psicologia comunitária. 1994. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/42535/1/1994_liv_cwlgois.pdf. Acesso em 01 out. 2020.

GOMES, Alberto Albuquerque. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. **EccoS revista científica**, v. 7, n. 2, p. 275-290, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/715/71570203.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

GOMES, Maria Elásir S.; BARBOSA, Eduardo F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Revista Educativa**, v. 1, n. 7, 1999. Disponível em: http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf. Acesso em: 01 set. 2019.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n. 2, p. 299-309, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a11v07n2.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

GREENBAUM, Thomas L. **The handbook for focus group research**. Sage, 1998. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781412986151>. Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/the-handbook-for-focus-group-research>. Acesso em: 31 ago. 2019.

HUDEK, John C.; MACDOUGALL, Steven; RANKIN, Elaine. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 10, p. e361-e367, 2010. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/cfp/56/10/e361.full.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

IBGE. **Panorama de Uberlândia - MG**. Portal: IBGE: Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama> . Acesso em: 05 out. 2020.

KEIJZER, Benno de. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. *In: Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. [S.l.]: [s.n.], 2005. p. 441-460. [s.l.]

KHALILI, Hossein; HALL, Jodi; DELUCA, Sandra. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 2, p. 92-97, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869197>. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2013.869197?journalCode=ijic20>.

Acesso em: 01 out. 2020.

KITZINGER, Jenny; FARQUHAR, Clare. The analytical potential of 'sensitive moments' in focus group discussions. 1998. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781849208857.n11>.

Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/developing-focus-group-research/n11.xml>.

Acesso em 01 agos. 2019.

KNIGHT, Andrew *et al.* Appointments 101: How to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, v. 42, n. 3, p. 152, 2013. Disponível em:

<https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2013/March/201303knight.pdf>. Acesso

em 01 set. 2020.

LACERDA, Thais *et al.* Occupational health in primary care: perceptions and practices in family health teams/Saude do trabalhador na Atencao Primaria: percepcoes e praticas de equipes de Saude da Familia/La salud del trabajador en la atención primaria: percepciones y prácticas de equipos de salud de la familia. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 49, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130227.pdf>. Acesso em

01 out. 2020.

LIMA, Tania Berbert Ferreira; ALMEIDA, Ivanilda dos Reis; PEREIRA, José Luiz Calixto (org.). **Plano Municipal de Saúde: 2018 -2021**. Uberlândia, 2018. Portal: Prefeitura Municipal de Uberlândia. Disponível

em: http://servicos.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/20312.pdf. Acesso em: 05

out. 2020.

LUZ, Juliany. Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. In: LUZ, Juliany. **Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 2009. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120115/282529.pdf?sequence=1>.

Acesso em 01 out. 2020.

MACINKO, James *et al.* La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.

Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, p. 73-84, 2007. Disponível em:

<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/es>. Acesso em 01 out. 2020.

MACINKO, James; ALMEIDA, Celia; DE SÁ, Paulo Klingelhofer. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil.

Health policy and planning, v. 22, n. 3, p. 167-177, 2007. DOI: 10.1093/heapol/czm008.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17400576/>. Acesso em 01 out. 2020.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHO, Temitope. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. **The Journal of**

ambulatory care management, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009. Disponível em:

https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A238.pdf. Acesso em 01 set. 2019.

MAIA, Leandro Dias de Godoy; SILVA, Nicácio Dieger; MENDES, Patrícia Helena Costa. Burnout syndrome among community health agents: aspects of their training and practice. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016. DOI: 10.1590/S0303-76572011000100009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100009. Acesso em 01 out. 2020.

MARTINS, Leonardo Fernandes *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4739-4750, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04739.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

MICHAELIS: moderno dicionário inglês-português, português-inglês. **São Paulo: Companhia Melhoramentos**, 2000. [s.l.]

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DE SOUZA, Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. **São Paulo: Hucitec**, p. 201-219, 2004. [s.l.]

MOORE, David *et al.* Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990–98. **The International journal of health planning and management**, v. 18, n. 4, p. 279-292, 2003. DOI: 10.1002/hpm.731. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14727708/>. Acesso em 01 out. 2019.

MORGAN, David L. Doctor-caregiver relationships: An exploration using focus groups. **Doing qualitative research**, p. 205-227, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1177/104973239300300202>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973239300300202>. Acesso em 01 out. 2019.

MORGAN, David L.; KRUEGER, Richard A. **The focus group guidebook**. Sage, 1998.

MORROW, Susan L. Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. **Journal of counseling psychology**, v. 52, n. 2, p. 250, 2005. [s.l.]

MULDOON, Laura *et al.* How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. **Healthcare Policy**, v. 7, n. 4, p. 26,

2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359082/pdf/policy-07-026.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Jama**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003. DOI: 10.1001/jama.289.8.1035.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12597760/>. Acesso em 01 set. 2020.

MURRAY, Mark; DAVIES, Mike; BOUSHON, Barbara. Panel size: how many patients can one doctor manage? **Family practice management**, v. 14, n. 4, p. 44, 2007. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2007/0400/fpm20070400p44.pdf>. Acesso em 31 ago. 2020.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Redefining open access to primary care. **Managed care quarterly**, v. 7, n. 3, p. 45-55, 1999. Disponível em:

<https://europepmc.org/article/med/10620958>. Acesso em 01 set. 2020.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45, 2000. Disponível em:

<https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em 01 out. 2019.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa *et al.* Participação social em saúde: contribuições da psicologia comunitária. 2013. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10102/8847>.

Acesso em 01 out. 2020.

NEWMAN, Isadore; BENZ, Carolyn R.; RIDENOUR, Carolyn S. **Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum**. SIU Press, 1998. *[s.l.]*

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

OLIVEIRA, Lucia Conde de *et al.* Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 1389-1400, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0357>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>. Acesso em 05 out. 2020.

PAULA, Fabiana Angélica de *et al.* Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, v. 39, p. 802-814, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de *et al.* Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf. Acesso em 01 out. 2019.

PEREIRA, Márcio Florentino. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1753-1756, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1753-1756/pt>. Acesso em 28 fev. 2021.

PEREIRA, Nayana Vigil da Silva. A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: PEREIRA, Nayana Vigil da Silva. **A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184325/001078387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 01 out. 2019.

PERETTI, Andrezza Gomes; MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. The management of social problems talk in a support group. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. SPE, p. 101-110, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000500012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe/12.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

PIERDON, Steven *et al.* Implementing advanced access in a group practice network. **Family practice management**, v. 11, n. 5, p. 35, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6741795/>. Acesso em 01 set. 2020.

PIZZOL, Silvia Janine Servidor de. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/resr/v42n3/24505.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184715>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>. Acesso em 31 ago. 2019.

RESSEL, Lúcia Beatriz *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. **Fortaleza: Fundação cearense de pesquisa e cultura**, v. 118, 1999. [s.l.]

ROSE, Katherine D.; ROSS, Joseph S.; HORWITZ, Leora I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Archives of internal medicine**, v. 171, n. 13, p. 1150-1159,

2011. DOI: 10.1001/archinternmed.2011.168. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21518935/>. Acesso em 05 set. 2019.

ROSSATO, Maristela; MARTÍNEZ, Albertina Mitjáns. A metodologia construtiva-interpretativa como expressão da Epistemologia Qualitativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **CIAIQ 2017**, v. 1, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1352/1310>. Acesso em 05 out. 2020.

ROSSMAN, Gretchen B.; RALLIS, Sharon F. **Learning in the field: An introduction to qualitative research**. Sage, 2011. DOI: <https://dx.doi.org/10.4135/9781071802694>. Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/an-introduction-to-qualitative-research-4e>. Acesso em 05 set. 2019.

RYU, Jaewon; LEE, Thomas H. The waiting game: why providers may fail to reduce wait times. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 24, p. 2309-2311, 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1704478>. Acesso em 05 set. 2020.

SALISBURY, Chris et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. **British Journal of General Practice**, v. 57, n. 541, p. 608-614, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099665/pdf/bjpg57-608.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

SANCHES MARIN, Maria José; MARCHIOLI, Milton; AGUIAR DUTRA MORACVICK, Maria Yvette. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>. Acesso em 05 ot. 2019.

SANTOS, José Agostinho. Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinquenária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1847, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1847](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1847). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1847/996>. Acesso em 01 out. 2020.

SCRIMSHAW, Susan; HURTADO, Elena. Anthropological approaches for programmes improvement. **Los Angeles: University of California**, 1987. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/84021>. Acesso em 01 set. 2020.

SILVA JUNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 549-560, nov. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/05.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 221-232, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3011-3020, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3011.pdf>. Acesso em 05 set. 2020.

SILVA, Simone Albino da; BAITILO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0489.2639. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em 01 set. 2019.

SISSON, Maristela Chitto *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 991-1004, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/16.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

SOARES, Igor Cadeira *et al.* Pela Mão de Sísifo: A sobrecarga do trabalho em equipes de saúde da família. **Temas em Saúde**, João pessoa, v. 18, n. 2, p. 238, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/07/18215.pdf>. Acesso em 01 out. 2020.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, setembro/outubro 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em 05 set. 2020.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>. Acesso em 05 out. 2019.

SOUZA, Gláucio Jorge; GOMES, Cilene; ZANETTI, Valéria Regina. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, p. 141-163, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14643>. Acesso em 05 out. 2020.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. *In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. [S.l.]: [s.n.], 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **The milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em 01 set. 2019.

STEINBAUER, Jeffrey R. *et al.* Implementing open-access scheduling in an academic practice. **Family practice management**, v. 13, n. 3, p. 59, 2006. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2006/0300/fpm20060300p59.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

TASCA, Renato *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/>. Acesso em 05 set. 2020.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In: Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. [S.l.]: [s.n.], 2005. p. 451-479. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>. Acesso em 01 set. 2020.

TEMPLETON, Jane Farley. The Focus Group: a strategic guide to organizing. **Conducting and Analyzing the Focus Group Interview at**, v. 4, 1994. [s.l.]

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 869-883, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em 05 set. 2020.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>. Acesso em 05 out. 2019.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. **Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes**, p. 270-88, 2009. [s.l.]

VÁZQUEZ, María Luisa *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15424.pdf>. Acesso em 05 out. 2020.

VIDAL, Tiago Barra *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-38.pdf. Acesso em 01 out. 2019.

WESTPHAL, Márcia Faria. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. *In: Pesquisa social em saúde*. [S.l.]: [s.n.], 1992. p. 117-24. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-1767?lang=es>. Acesso em 05 out. 2019.