

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde

RONALDO CARLOS GONÇALVES JUNIOR

**A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na
atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva**

Ribeirão Preto

2022

RONALDO CARLOS GONÇALVES JUNIOR

A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na
atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências
junto ao Programa de Mestrado Profissional em
Gestão de Organizações de Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Júnior

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves Junior, Ronaldo Carlos

A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva. Ribeirão Preto, 2022.

53 p.; 29,7 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Rodrigues Júnior, Antonio Luiz.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 4. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 5. Grupos Focais.

GONÇALVES JUNIOR, Ronaldo Carlos. **A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva**. 2022. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2022.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por possibilitar e me guiar na realização deste estudo.

A minha família, em especial minha esposa Christina e minha tia Giovana, que me auxiliaram no desenvolvimento do trabalho e me incentivaram a seguir em frente.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Junior, pelos ensinamentos e, acima de tudo, pela paciência e compreensão durante a elaboração do trabalho.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP) e ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde pela oportunidade de aprendizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva/SP, por ter autorizado a realização e a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo.

A todos que de alguma forma colaboraram na elaboração e execução deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

RESUMO

GONÇALVES JUNIOR, Ronaldo Carlos. **A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva**. 2022. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2022.

Introdução: O acesso avançado constitui a intervenção mais comum e econômica para reduzir o tempo de espera no agendamento de consultas de cuidados primários, estando associado à redução do absenteísmo e da busca por consultas em serviços de urgência e emergência. Diversos estudos demonstram esses benefícios relacionados à implantação do mesmo, no entanto, poucos abordam a qualidade dos atendimentos, a continuidade do cuidado e a satisfação dos pacientes. A implementação e a sustentabilidade das inovações dependem das percepções dos usuários (pacientes e equipe), no entanto, há uma escassez de pesquisas sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso avançado na Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. **Objetivos:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na APS, bem como identificar os pontos positivos e negativos do modelo e se ele contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos. **Método:** O estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e foi realizado por meio da técnica de grupo focal, com a participação de profissionais de saúde atuantes na APS do município de Catanduva/SP. **Resultados:** Em um contexto geral, os profissionais de saúde entendem que o acesso avançado traz benefícios, principalmente para os pacientes, que têm suas necessidades resolvidas no próprio dia e para os profissionais, que têm sua autonomia ampliada e reconhecida. No entanto, a forma como o modelo é implantado pode gerar uma sobrecarga de trabalho, o que causa estresse e ansiedade nos profissionais. **Conclusão:** É possível concluir que o acesso avançado traz diversos benefícios, mas que sua implantação, por si só, não é capaz de aumentar a satisfação dos profissionais de saúde, sendo necessário analisar e tratar diversos pontos para garantir a máxima eficiência do modelo e a satisfação dos atores envolvidos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Grupos Focais.

ABSTRACT

GONÇALVES JUNIOR, Ronaldo Carlos. **The perception of health professionals in relation to advanced access in primary health care: experience of Catanduva city.** 2022. Master's Dissertation – Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2022.

Introduction: Advanced access is the most common and economical intervention to reduce the waiting time in the scheduling of primary care consultations, being associated with the reduction of absenteeism and the search for consultations in emergency services. Several studies demonstrate these benefits related to its implementation, however, few address the quality of care, continuity of care and patient satisfaction. The implementation and sustainability of innovations depend on the perceptions of users (patients and staff), however, there is a lack of research on the perception of health professionals about advanced access in Primary Health Care (PHC) in Brazil. **Objectives:** To assess the perception of health professionals in relation to advanced access in PHC, as well as to identify the positive and negative points of the model and whether it contributes to increased satisfaction of the health professionals involved. **Method:** The study is characterized as an exploratory research, with a qualitative approach and was carried out through the technique of focus group, with the participation of health professionals working in the PHC of the city of Catanduva/ SP. **Results:** In a general context, health professionals understand that advanced access brings benefits, especially for patients, who have their needs solved on the same day and for professionals, who have their autonomy expanded and recognized. However, the way the model is implemented can generate a work overload, which causes stress and anxiety in professionals. **Conclusion:** It is possible to conclude that advanced access brings several benefits, but that its implementation alone is not able to increase the satisfaction of health professionals, it is necessary to analyze and treat several points to ensure maximum efficiency of the model and the satisfaction of the actors involved.

Keywords: Primary Health Care, Access to Health Services, Health Services Research, Program and Project Evaluation, Focus Groups.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos Específicos	11
3. DESENVOLVIMENTO	12
3.1. Referencial Teórico	12
3.1.1. Atenção Primária à Saúde	12
3.1.2. Atenção de Primeiro Contato	16
3.1.3. Acesso Avançado	18
3.2. Material e Métodos	22
3.2.1. Desenho do estudo	22
3.2.2. Local do estudo	22
3.2.3. Participantes	23
3.2.4. Procedimento e Técnica	24
3.2.5. Análise dos dados	25
3.2.6. Aspectos Éticos	26
3.3. Resultados e Discussão	26
4. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	46
ANEXOS	51

1. INTRODUÇÃO

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu como uma alternativa ao conceito de "cuidados médicos primários", desenvolvido por White et al. (1961), até então limitado à prática médica. O conceito de saúde foi ampliado, suas decisões e participação pública foram destacadas e a ideia de investir em saúde passou a ser vinculada ao desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2002).

A APS é reconhecida como um sistema de saúde internacional e as diretrizes da Declaração de Alma-Ata formam a base para o seu desenvolvimento (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).

Para Starfield (2002), a atenção primária é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, proporciona atenção sobre a pessoa (não sobre a doença) e oferece cuidado para todas as condições de saúde, exceto as muito incomuns ou raras, além de coordenar ou integrar os cuidados prestados em outro lugar ou por terceiros. A atenção primária forma a base e direciona o trabalho dos outros níveis de atenção dos sistemas de saúde, de forma a organizar e racionalizar o uso de recursos, tanto básicos como especializados, voltados à promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No Brasil, a APS se caracteriza como porta de entrada do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponíveis na rede. Deve prestar serviços completos e gratuitos a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e locais, levando em consideração as circunstâncias e condições de vida, além de serviços acessíveis e robustos no atendimento das necessidades básicas de saúde da população (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Para uma APS de qualidade é necessário que quatro atributos essenciais sejam alcançados: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Cada atributo é revestido de grande importância, no entanto, a atenção de primeiro contato, que implica na acessibilidade e utilização do serviço de saúde pela população, caracterizando o conceito de acesso e porta de entrada do sistema de saúde, revela-se como o mais importante (STARFIELD, 2002).

A principal característica de uma APS forte é o acesso aos cuidados de saúde (ROCHA et al., 2016). Garantir esse acesso em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade, no entanto, alcançá-la tem sido um problema em muitos países (SALISBURY et al., 2007).

A ampliação do acesso na APS envolve mudanças no trabalho de toda a equipe, sensibilização dos profissionais envolvidos e busca de apoio da comunidade. Um aspecto relevante a ser trabalhado para ampliar o acesso é o modo como a equipe oferta o cuidado e como a agenda está organizada para dar resposta às demandas (GONÇALVES et al., 2017).

Nesse contexto, Murray & Tantau (2000) definem três tipos de sistemas relacionados ao agendamento de consultas: modelo tradicional, sistema com vagas e acesso avançado. No modelo tradicional, a maior parte dos atendimentos é agendado, de forma que a agenda está sempre cheia e os atendimentos de urgência são encaixados entre as consultas agendadas. Esse modelo apresenta altas taxas de absenteísmo e aumento da procura por serviços de urgência e emergência, muito em razão da longa espera por um atendimento. No sistema com vagas são reservados alguns horários na agenda para atendimento dos casos de urgência e demanda espontânea, sendo os demais horários preenchidos com os atendimentos agendados. Esse sistema traz algumas melhorias em relação ao modelo tradicional, mas ainda sim apresenta vários problemas, como por exemplo o adiamento dos atendimentos dos pacientes com demandas não urgentes e a dificuldade de estabelecer um número adequado de consultas para demanda espontânea (MURRAY & TANTAU, 2000).

O acesso avançado caracteriza-se como um modelo de oferta e agendamento de consultas mais simples, mas que requer uma mudança de paradigma. Esse sistema elimina a distinção entre consultas de urgência e de rotina e tem o objetivo de dar resposta às demandas no próprio dia. Nesse sistema há praticamente uma inversão quando comparado aos demais modelos, de forma que a maior parte dos horários da agenda está livre para os atendimentos de demanda espontânea (MURRAY & TANTAU, 2000).

Segundo Vidal et al. (2019), a implantação do acesso avançado constitui a intervenção mais comum e econômica para reduzir o tempo de espera no agendamento de consultas de cuidados primários, além de estar associado à redução do absenteísmo, e da busca por consultas em serviços de urgência e emergência.

Municípios brasileiros vêm adotando o acesso avançado como estratégia para ampliar o acesso na APS, como é o caso dos municípios de Curitiba, Florianópolis, Rio de Janeiro e São Paulo, todos com resultados satisfatórios em termos de redução do tempo de espera para atendimento, redução do absenteísmo e melhora do tempo de atendimento (GONÇALVES et al., 2017; VIDAL et al., 2019; FILHO et al., 2019).

Em meados do ano de 2019, o município de Catanduva também iniciou a implantação do acesso avançado, tendo obtido resultados similares aos já relatados, conforme verifica-se nos Relatórios Anuais de Gestão 2019 e 2020 publicados no Portal do Observatório da Saúde Catanduva (MUNICÍPIO DE CATANDUVA, 2020).

Diversos estudos demonstram os benefícios relacionados à implantação do acesso avançado, principalmente àqueles relacionados à diminuição do tempo de espera para agendamento de consultas, redução do absenteísmo e aumento de produtividade, no entanto, poucos abordam a qualidade dos atendimentos, os efeitos sobre a satisfação dos pacientes são inconclusivos e faltam dados sobre desfechos clínicos e continuidade do cuidado. Os impactos sobre a rotina e satisfação dos profissionais de saúde também são pouco explorados (MURRAY & TANTAU, 2000; ROSE ET AL., 2011; VIDAL et al., 2019; AHLUWALIA & OFFREDY, 2005; HUDEC, MACDOUGALL, RANKIN, 2010).

De acordo com Ahluwalia e Offredy (2005), a implementação e a sustentabilidade das inovações dependem das percepções dos usuários (pacientes e equipe) sobre essa inovação. No entanto, há poucas pesquisas sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso avançado na APS no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar se o acesso avançado contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos.
- Identificar os pontos positivos e negativos do acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) na percepção dos profissionais de saúde envolvidos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Referencial Teórico

3.1.1. Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de cuidado é uma ferramenta técnica de reorganização dos sistemas de saúde. A formulação, interpretação e distribuição do conceito ocorreu na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978 em Alma-Ata, capital da República do Cazaquistão, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Desde então, tem sido um campo fértil para o desenvolvimento e implementação de novas formas de planejamento da atenção à saúde (PAIM, 2006).

Após a Conferência de Alma-Ata, os princípios básicos da APS passaram a nortear as mudanças a serem aplicadas aos sistemas nacionais de saúde. Para implementar suas políticas, os governos deveriam se comprometer politicamente a formular ou revisar suas políticas e programas nacionais de saúde e integrar a APS como elemento-chave de seu desenvolvimento (BRASIL, 2002).

No entanto, houve divergências sobre o alcance de aplicação do conceito de APS, em países com realidades sociais diferentes. As discussões que se seguiram à Conferência, em países menos desenvolvidos, acabaram se concentrando na APS limitada aos cuidados básicos de saúde, que passou a ser interpretada como atenção especial aos pobres que não tinham condições de pagar os serviços de saúde (CAD. IBER. AMER. DIREITO SANIT., 2013).

As políticas sociais passaram a se pautar pelo “princípio do mínimo existencial”, com a identificação e seleção de uma espécie de “cesta básica de serviços” voltada para pessoas que não estavam inseridas no mercado de trabalho legítimo, conceito que não dialogava com a visão tradicional da saúde pública que historicamente orientou os programas da OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2007; PAIM, 2006; ALMEIDA et al., 2018). Fausto (2005) também relata em seu estudo que essa visão da APS estava “alienada do entendimento original que foi concebido e difundido pela OMS”.

Atualmente são conhecidos três tipos de APS: Ampliada, Seletiva e Clássica. A APS Ampliada ou Integral, foi originalmente proposta pela conferência de Alma-Ata. Ela foi descrita como um programa que permite a prestação de atenção integral, que inclui a todos com apoio econômico e legal. No entanto, devido à sua visão inatingível em muitos países em desenvolvimento, por dificuldades financeiras e organizacionais, a APS Seletiva foi adotada inicialmente (ALMEIDA et al., 2018).

A APS Seletiva é descrita como um pacote de intervenção de baixo custo destinado a combater as causas subjacentes da mortalidade infantil e certas doenças infecciosas (ALMEIDA et al., 2018). Destina-se, portanto, a ações voltadas a grupos e doenças específicas, com número limitado de serviços e impacto significativo em problemas de saúde específicos. Exemplos dessas ações são os serviços de vacinação, terapia de reidratação, nutrição adicional e planejamento familiar. Esse tipo de atenção é necessário em muitos casos, no entanto, não é desejável que seja a base de toda APS (MAEYAMA, DOLNY, KNOLL, 2018).

A APS Clássica tem uma tendência universal, pautada na atenção aos principais problemas de saúde humana, pela assistência à saúde e voltada para os profissionais médicos. Segundo a OPAS, a APS pode ser *“entendida como uma organização do sistema de saúde por meio da disponibilidade de clínicos gerais e médicos de família para o atendimento de distúrbios comuns”*. Um país que implantou esse tipo de APS foi a Inglaterra, oferecendo consulta médica especializada ou atendimento quando necessário, exames de rotina, vacinações e procedimentos cirúrgicos simples. O profissional médico é o principal ator, não há agentes comunitários e, embora este programa proporcione uma resposta clínica positiva, não está relacionado com problemas sociais (MAEYAMA, DOLNY, KNOLL, 2018).

No entanto, a APS Ampliada ou Integral descrita na Declaração de Alma-Ata é a única que atende as reais necessidades de saúde da população, pois olha para a cultura do indivíduo e aceita todas as suas necessidades. Esse modelo de APS representa uma estratégia de planejamento e coordenação e, na sua implementação, é necessário ter uma base legal, institucional e organizacional forte, bem como recursos humanos, financeiros e técnicos sustentáveis e adequados para alcançar a equidade em saúde. Além disso, é necessário o engajamento da comunidade com os grupos da APS no diálogo multissetorial, visando encontrar soluções para os problemas enfrentados pela comunidade, para melhorar as condições de vida dessas famílias (MAEYAMA, DOLNY, KNOLL, 2018).

No Brasil, em todas as várias e sucessivas propostas de planejamento de um sistema nacional de saúde, a APS entrou em pauta. A APS começou de forma seletiva e, mesmo após a implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) no início da década de 1990, manteve-se seletiva, pois se limitou a promover a reidratação oral, o aleitamento materno e outras práticas básicas. Apesar de sua prática clínica ampliada, ainda priorizava populações pobres, com oferta reduzida de serviços e pouca articulação com a rede assistencial, embora já significasse um progresso (MAEYAMA, DOLNY, KNOLL, 2018).

Desde o surgimento do PACS e do PSF, estratégias, ações e programas foram desenvolvidos para consolidação da APS brasileira. A partir do desenvolvimento dessas práticas, identificou-se a necessidade de desenvolver uma política nacional que realmente priorizasse a APS, de forma que em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi revista e republicada em 2011 (ALMEIDA et al., 2018).

A APS foi definida como *“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”*. Seus processos são desenvolvidos de forma colaborativa, voltados para populações de territórios delimitados, por meio do uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. Seus valores centrais são norteados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, em 2017, a PNAB teve sua última atualização e trouxe uma revisão sobre o tema no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente o documento já considera os termos “atenção básica” e “atenção primária”, como termos equivalentes, de forma a associar a ambos os princípios e as diretrizes definidas na referida Política (BRASIL, 2017). A PNAB 2017 definiu a APS 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).

A APS se caracteriza como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponíveis na rede. Deve prestar serviços completos e gratuitos a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e locais, levando em consideração as circunstâncias e condições de vida, além de serviços acessíveis e robustos no atendimento das necessidades básicas de saúde da população (BRASIL, 2017; OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

A definição operacional da APS sistematizada por Starfield é largamente utilizada no Brasil. A partir dessa definição, conceituam-se os quatro atributos essenciais dos serviços de APS (STARFIELD, 2002 apud GONÇALVES, 2017):

1. Atenção de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
2. Longitudinalidade: existência de uma fonte contínua de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
3. Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
4. Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (STARFIELD, 2002 apud GONÇALVES, 2017).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2009), os serviços de atenção primária caracterizam-se por serem uma porta de entrada popular para o sistema de saúde, sendo os serviços mais procurados sempre que um paciente necessita de atenção quando está doente ou monitorando sua saúde. A longitudinalidade pode ser traduzida

na submissão de um compromisso contínuo com o paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença. A integralidade reconhece as múltiplas necessidades, levando em conta os setores de vida, saúde mental e social e significa prestar serviços preventivos e terapêuticos e garantir o acesso a todos os tipos de serviços para todas as idades por meio de encaminhamentos, quando necessário. Por fim, a coordenação do cuidado significa a capacidade de garantir um cuidado contínuo dentro da rede de serviços, planejar diversas ações e recursos necessários para atender necessidades inusitadas e complexas, uma organização de resposta em um conjunto de necessidades.

3.1.2. Atenção de Primeiro Contato

Starfield (2002) define a atenção de primeiro contato como a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelo indivíduo. A acessibilidade envolve fatores como a localização do estabelecimento de saúde, os dias e horários em que é oferecido atendimento e o grau de tolerância para consultas não agendadas. A forma como a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade e o quanto isso se reflete na utilização do serviço de saúde, caracteriza o acesso (STARFIELD, 2002; ROCHA et al., 2016). Daí também surge o conceito da “porta de entrada” dos serviços de saúde, quando esta passa a ser considerada pela população como primeira opção de busca quando há uma necessidade de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, o primeiro contato das pessoas, e deve ser a comunicação com as famílias e comunidades. É a APS que deve orientar o fluxo de usuários entre os diversos serviços de saúde, buscando garantir maior equidade no acesso e uso efetivo de outras tecnologias e serviços do sistema, em resposta às necessidades de saúde das pessoas (STARFIELD, 2011).

De acordo com Rocha et al. (2016), a principal característica de uma APS forte é o acesso aos cuidados de saúde. Garantir esse acesso em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade, no entanto, alcançá-la tem sido um problema em muitos países (SALISBURY et al., 2007).

A ampliação do acesso na APS envolve mudanças no trabalho de toda a equipe. O processo precisa contar com a sensibilização dos profissionais envolvidos, já que é necessário que todos percebam as mudanças como necessárias e positivas

para a equipe. Outro passo essencial é buscar o apoio da comunidade, de forma que as pessoas possam ser esclarecidas sobre os objetivos das mudanças que ocorrerão, pois, em um primeiro momento, as mudanças podem desagradar muitas pessoas que já estão habituadas com o modo de funcionamento do serviço de saúde (GONÇALVES et al., 2017).

Um aspecto relevante a ser trabalhado para ampliar o acesso é o modo como a equipe oferta o cuidado e como a agenda está organizada para dar resposta às demandas. A forma como ocorre o agendamento de consultas é um ponto primordial na definição de uma abertura maior ou menor do acesso, gerando repercussões na resolutividade da APS (GONÇALVES et al., 2017). Murray & Tantau (2000) definem três tipos de sistemas relacionados ao agendamento de consultas: modelo tradicional, sistema com vagas e acesso avançado.

No modelo tradicional, todos os dias, o médico inicia seu trabalho com a agenda já cheia de pacientes, saturada. São agendamentos de rotina, de pessoas que agendaram sua consulta há semanas ou meses. Casos urgentes precisam ser encaixados entre as consultas, levando a equipe a utilizar os horários de almoço e trabalhar até mais tarde para concluir os atendimentos. São criadas tentativas infrutíferas para controlar a demanda, como restrições e classificações complexas de atendimento (saúde do homem, saúde da mulher, diabéticos, consultas de retorno). Este sistema normalmente apresenta altas taxas de absenteísmo e aumento na procura por serviços de urgência e emergência, que tem custo mais alto para o sistema de saúde e resulta em quebra na relação com o médico que acompanha o paciente na APS. O lema deste sistema é: *“Faça o trabalho do mês passado hoje”* (MURRAY & TANTAU, 2000).

No sistema com vagas, são reservados alguns horários na agenda do médico para atendimento dos casos de urgência. As demais vagas são destinadas ao agendamento prévio, assim como no modelo tradicional. A prática mostra como adequada a reserva de 25 a 35% da agenda para demanda espontânea, sendo este um modelo muito utilizado no Brasil. Embora tal modelo traga uma melhoria em relação ao modelo tradicional, são encontrados nele ainda vários problemas. Pacientes que têm demandas não urgentes continuam tendo suas necessidades adiadas por longos períodos, postergando o trabalho da equipe. Por isso se diz que o lema desse sistema é *“Faça parte do trabalho de hoje, hoje”*.

Outro complicador é que o número adequado para oferta de consultas de urgência é difícil de ser definido de forma precisa, o que pode gerar espaços perdidos na agenda. Este sistema gera também uma tensão entre os pacientes marcados e os atendidos por urgência. Outra questão são os pacientes que não se enquadram em nenhum dos dois tipos de vagas, pois não têm uma demanda urgente, mas também não podem esperar até o próximo dia disponível na agenda, o que gera complicações no manejo da agenda e saturação (MURRAY & TANTAU, 2000).

O acesso avançado é um método de acesso proposto nos Estados Unidos em 1990, difundido para outros países como Inglaterra e Austrália, e atualmente já é aplicado em diversas unidades de saúde no Brasil. Esse modelo se baseia no lema "*Faça hoje o trabalho de hoje*", que permite que o usuário seja atendido por seu médico no mesmo dia ou em até 2 dias ao solicitar atendimentos de qualquer natureza: eventos críticos, quadros de dor crônica, cuidados preventivos e outros. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe de atenção básica e dos usuários. Assim, a melhoria do acesso visa equilibrar a relação entre demanda e oferta, reduzindo o intervalo de tempo entre a prestação do serviço e sua execução, estabilizar a necessidade, aumentar a capacidade de oferta e fazer com que as pessoas consultem os médicos aos quais estão conectadas no mesmo dia, independentemente do tipo de necessidade (WITT, 2006).

3.1.3. Acesso Avançado

O acesso avançado caracteriza-se como um modelo de oferta e agendamento de consultas mais simples, mas que requer uma mudança de paradigma. Sua proposta altera a lógica de organização do trabalho que guia a atenção à saúde de forma geral, que é partir de uma distinção entre pacientes que necessitam de atendimento agora (que estão se sentindo mal) e aqueles que poderiam esperar, para ter como meta atender todos no mesmo dia. Ou seja, esse sistema elimina a distinção entre consultas de urgência e de rotina, com o lema "*Faça o trabalho de hoje, hoje*" e objetivo de dar resposta às demandas no próprio dia, iniciando o próximo com a agenda aberta. A disponibilidade da agenda é, assim, maximizada (MURRAY & TANTAU, 2000).

Neste sistema, há praticamente uma inversão quando comparado ao sistema com vagas, de forma que entre 65 e 75% das vagas de atendimento estão livres no início do dia. Os horários preenchidos correspondem aos pacientes que não puderam

ser atendidos nos dias anteriores ou que foram propositalmente agendados pela equipe (MURRAY & TANTAU, 2000). Cada serviço organiza o tempo limite para agendamentos futuros, com experiências que variam entre o mesmo dia e 72 horas. O agendamento futuro geralmente ocorre por uma escolha realizada de forma compartilhada entre o paciente e o profissional de saúde, preservando certa flexibilidade, de forma que o paciente pode ser agendado para momento posterior se desejar e sua condição clínica permitir. Também é possível preservar alguns tipos de agendamentos para prazos mais extensos, chamados de “agenda protegida”, para consultas de pré-natal, puericultura e outros (PIRES FILHO et al., 2019).

Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, além das demandas administrativas do serviço de saúde, todos da mesma forma, sem fragmentações (PIRES FILHO et al., 2019).

Por envolver mudanças radicais, a implantação do acesso avançado não ocorre rapidamente e implica em investimento de alguns meses de trabalho pesado. A equipe necessita ir reduzindo aos poucos o número de agendamentos e provavelmente atender mais pacientes durante um período de transição (MURRAY & TANTAU, 2000).

O acesso avançado foi inicialmente introduzido por Murray & Tantau (2000) no início da década de 1990, em um departamento de cuidados primários da Kaiser Permanente, Califórnia. A partir dos anos 2000, o modelo passou a ser mais explorado e tem sido utilizado como uma estratégia para ampliar o acesso APS. Diversas experiências foram relatadas nos Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália e Brasil (MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY, BERWICK, 2003; PICKIN et al., 2004; KNIGHT, LEMBKE, 2013; VIDAL, 2013).

Segundo Vidal et al. (2019), a implantação do acesso avançado constitui a intervenção mais comum e econômica para reduzir o tempo de espera no agendamento de consultas de cuidados primários. O modelo está associado à redução do absenteísmo, da busca por consultas em serviços de urgência e emergência, do tempo dispendido na classificação de risco para priorizar atendimentos e do acúmulo negativo de trabalho, em razão de agendamentos decorrentes do trabalho não finalizado pela equipe no mesmo dia. É possível observar também a melhora da satisfação da equipe de saúde, da longitudinalidade

do cuidado e da segurança do paciente, contribuindo com o alcance dos atributos essenciais da APS.

Para Gonçalves et al. (2017) algumas equipes de saúde no Brasil vêm adotando o acesso avançado como estratégia para ampliar o acesso na APS, como é o caso dos municípios de Curitiba, Florianópolis, Rio de Janeiro e São Paulo. Da mesma forma, Vidal et al. (2019) relata que, desde 2014, várias experiências de implantação de acesso avançado foram conduzidas localmente, frisando que a intervenção não foi incluída em nenhuma orientação nacional e que as iniciativas foram realizadas pelas equipes na tentativa de atender às demandas locais.

Frente às experiências exitosas na implantação do acesso avançado, em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros, o município de Catanduva, situado na região noroeste do Estado de São Paulo, iniciou a implantação do acesso avançado em meados do ano de 2019 (MUNICÍPIO DE CATANDUVA, 2020).

Até o mês de junho de 2019, o processo de trabalho das equipes de saúde do município era organizado de forma a ofertar os atendimentos segundo o modelo de ações programáticas, com dias e horários pré-definidos (agendamentos) para atendimentos específicos, de acordo com a condição de saúde (hipertenso, diabético, gestante, crianças). Dessa forma, 75% da agenda era destinada a demanda programada e apenas 25% para demanda espontânea. Nesse contexto, o tempo de espera para consulta médica era superior a 15 dias em 81% das unidades de saúde e superior a 30 dias em 19% das unidades de saúde, contribuindo diretamente para um alto índice de absenteísmo (média de 20%), insatisfação dos usuários em relação à unidade de saúde e sobrecarga de serviço na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde 70% dos pacientes atendidos eram classificados como pouco urgente ou não urgente, ou seja, poderiam ter a sua demanda resolvida na própria Unidade Básica de Saúde (UBS). Aliado a esse cenário, o cuidado era centrado na figura do profissional médico, de forma que as demais categorias assumiam papel coadjuvante no cuidado a saúde dos usuários, contribuindo para a falta de reconhecimento profissional (Caderno Atenção Básica, 2020).

Nesse contexto, surgiu a necessidade de repensar o processo de trabalho e a organização da APS no município. Inicialmente foi realizado um levantamento de indicadores em todos os serviços de saúde, que foram analisados e discutidos junto das equipes de saúde, levando à adoção de um conjunto de estratégias capazes de contribuir para a ampliação do acesso na APS, sendo que uma delas foi a implantação

do acesso avançado. Frente às novas estratégias pactuadas, também se fez necessário a elaboração de alguns documentos para viabilizar o cumprimento dos objetivos, como a elaboração e implantação dos protocolos de enfermagem na APS, sobretudo, incluindo o auxiliar de enfermagem no processo de acolhimento, a elaboração da carteira de serviços da APS, dentre outras. Com a implantação do acesso avançado, o processo de trabalho das equipes de saúde foi modificado, onde 70% da agenda foi destinada para demanda espontânea e apenas 30% para demanda programada (puericultura, pré-natal e condições que demandam maior tempo no atendimento). A partir de então, os usuários puderam usufruir de consultas médica e de enfermagem no mesmo dia, refletindo diretamente na redução do absenteísmo e nos atendimentos na UPA. Foi possível observar um aumento da satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde, contribuindo para fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais. Da mesma forma, a satisfação dos trabalhadores em relação ao cotidiano da unidade de saúde foi apontada como outro fator positivo por diversos profissionais, sobretudo, o profissional farmacêutico e auxiliar de enfermagem através das novas atribuições e participação ativa no processo de trabalho da unidade de saúde, assim como o ganho de autonomia e resolutividade pelos enfermeiros com a implantação dos protocolos de enfermagem na APS (Caderno Atenção Básica, 2020).

Diversos estudos demonstram os benefícios relacionados à implantação do acesso avançado, principalmente àqueles relacionados à diminuição do tempo de espera para agendamento de consultas, aumento de produtividade e redução do absenteísmo, no entanto, poucos abordam a qualidade dos serviços de saúde (MURRAY & TANTAU, 2000; VIDAL et al., 2019).

Revisão sistemática conduzida por Rose et al. (2011), demonstra que os estudos sobre o acesso avançado demonstram benefícios no tempo de espera e taxa de absenteísmo, no entanto, os efeitos sobre a satisfação dos pacientes são inconclusivos e faltam dados sobre desfechos clínicos e continuidade do cuidado. Os impactos do acesso avançado na rotina e satisfação dos profissionais de saúde também são pouco explorados (AHLUWALIA & OFFREDY, 2005; HUDEC, MACDOUGALL, RANKIN, 2010).

Para Ahluwalia & Offredy (2005), a implementação e a sustentabilidade das inovações dependem das percepções dos usuários (pacientes e equipe) sobre essa

inovação. No entanto, há poucas pesquisas sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso avançado na APS no Brasil.

A estratégia de pesquisa por meio de grupos focais se faz muito útil nesses casos. O grupo focal é definido como uma técnica de pesquisa qualitativa, com coleta de informações baseada na comunicação e interação em grupos (TRAD, 2009). É aplicada para o desenvolvimento de programas de ação, visando a abordagem da percepção dos participantes sobre os aspectos que precisam ou que podem ser alterados e/ou aperfeiçoados (BORGES, SANTOS, 2005).

De acordo com Iervolino & Pelicioni (2001), a utilização do grupo focal pode minimizar o número de programas que resultam em baixa efetividade. Pode servir ainda como forma de aproximação, integração e envolvimento com os participantes. Já como técnica diagnóstica, permite o entendimento e o redirecionamento dos programas pela incorporação da perspectiva da população alvo.

Para utilização da técnica de grupo focal é necessário adotar uma série de medidas que envolvem o planejamento e montagem do grupo, a condução da reunião por meio de um moderador e roteiro pré-definido e a análise dos dados obtidos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

3.2. Material e Métodos

3.2.1. Desenho do estudo

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza aplicada e objetivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizada por meio do procedimento de estudo de caso e da técnica de grupo focal, realizado junto aos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Catanduva, Estado de São Paulo.

3.2.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Catanduva, situado na região noroeste do estado de São Paulo, distante 387 km da capital e com uma população estimada de 123.114 pessoas (IBGE, 2021).

Na área da saúde, o município de Catanduva/SP oferece acesso à APS para 100% da população residente, por meio de 24 Equipes de Estratégia de Saúde da

Família (ESF) e 06 Equipes de Atenção Primária (EAP), além de 141 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O município é dividido em 05 distritos de saúde, sendo que cada um deles conta com 01 Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Ainda na APS o município conta com 01 equipe de Consultório na Rua, 02 polos de Academia da Saúde e 01 Centro de Especialidades Odontológicas conjugado com Laboratório Regional de Próteses.

Na Atenção Especializada o município dispõe de 01 Centro de Especialidades Médicas, 02 Centros de Reabilitação Integrado, 01 Serviço de Atendimento Domiciliar, 02 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Serviço Residencial Terapêutico, além de um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) sob gestão estadual. Na Urgência e Emergência o município conta com 01 Unidade de Pronto Atendimento e 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que atende o município de Catanduva e mais 18 municípios da região. Na Atenção Hospitalar, existem no município 01 Hospital Geral privado, 01 Hospital Especializado privado, com atendimento SUS sob gestão municipal e 02 Hospitais Gerais e de Ensino Privados, com atendimento SUS sob gestão estadual.

No que diz respeito à Vigilância em Saúde, o município de Catanduva conta com Vigilância Epidemiológica e Núcleo de Dados, Rede de Frios e Imunização, Programa Municipal de IST/AIDS, Vigilância Sanitária, Equipe de Combate a Endemias e Unidade de Vigilância de Zoonoses. Já a nível central, a Secretaria de Saúde do município está estruturada com setores de finanças, patrimônio, compras, almoxarifado, recursos humanos, tecnologia da informação, além de 01 Unidade de Avaliação, Controle e Auditoria e 01 Central de Regulação Ambulatorial. O município conta ainda com um Conselho Municipal de Saúde como instância colegiada de participação popular.

3.2.3. Participantes

Considerando os objetivos do presente estudo, a pesquisa foi conduzida com os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Catanduva, mais especificamente, com aqueles profissionais que participaram da implantação do acesso avançado no município.

A seleção dos profissionais foi realizada aleatoriamente, por meio de sorteio, a partir de uma lista fornecida pela Secretaria de Saúde do município. O critério de inclusão na referida lista foi o de profissionais de saúde que integravam as equipes

básicas de Atenção Primária e Saúde da Família, conforme definição do Ministério da Saúde, quais sejam: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram incluídos também os recepcionistas, que integram todas as equipes de Atenção Primária e Saúde da Família do município e desempenham papel fundamental no objeto deste estudo. Foi considerado critério de exclusão na referida lista, todos aqueles profissionais de saúde que não estivessem atuando nas equipes de Atenção Primária e Saúde da Família por pelo menos 03 (três) meses antes do início da implantação do acesso avançado no município de Catanduva, em julho de 2019, por não terem o conhecimento da rotina das equipes antes e depois da implantação do modelo.

Em relação ao número de participantes, foram selecionados 03 (três) profissionais de saúde de cada categoria, totalizando um grupo de 15 pessoas.

Os convites para participação na pesquisa foram feitos por e-mail, por meio do envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seus anexos (Questionário Sociodemográfico e Roteiro de Tópicos), conforme Apêndices A, B e C. Os participantes que se recusaram a participar ou não responderam, foram substituídos por outro da mesma categoria profissional, também por sorteio, até que o grupo com as características definidas estivesse completo.

Na data da coleta de dados, apenas 01 (um) profissional da categoria médica não compareceu, o que totalizou um grupo de 14 (quatorze) pessoas.

3.2.4. Procedimento e Técnica

O estudo buscou avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na APS e foi realizado por meio do procedimento de estudo de caso e da técnica de grupo focal. Assim, como primeiro passo, o projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria de Saúde do município, que autorizou sua realização. Logo em seguida, para montagem do grupo, foram selecionados profissionais de saúde conforme detalhado no item 2.2.3.

A escolha do moderador da reunião de grupo focal merece especial atenção, pois ele tem o papel fundamental de garantir, por meio de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo aborde os tópicos de interesse do estudo (IERVOLINO & PELICIONI, 2001). Considerando que o moderador deve ter substancial conhecimento do tópico em discussão (TRAD, 2009), os estudos

demonstram que normalmente o moderador é o próprio pesquisador. Nesse sentido, o pesquisador principal deste estudo conduziu o grupo na posição de moderador.

Em relação aos recursos necessários para realização da atividade, foram utilizados celulares convencionais para gravação da sessão, além de material para anotações gerais. Foi oferecido água, café e um pequeno lanche aos participantes, como forma de melhorar a ambiência e conforto. O local disponibilizado para realização da atividade foi a sala de reuniões Centro de Especialidades Odontológicas do município, que foi de fácil acesso a todos os participantes.

Na condução do grupo focal, o moderador iniciou a atividade com sua apresentação, seguida de uma explicação sobre os objetivos da pesquisa. Explicou sobre as regras de funcionamento do grupo e solicitou consentimento dos participantes para gravação do áudio da reunião, garantindo sigilo total do material obtido, com a reapresentação e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) já enviado por e-mail. Solicitou também o preenchimento do Questionário Sociodemográfico, conforme Apêndice B, para melhor caracterização do grupo. Em seguida, iniciou as discussões a partir de um roteiro de tópicos relacionados ao tema do estudo, conforme Apêndice C. Os tópicos propostos se relacionam aos objetivos específicos do estudo, com foco na avaliação sobre a satisfação dos profissionais de saúde e identificação dos pontos positivos e negativos do acesso avançado na APS. O roteiro norteou a discussão no grupo, preservando certa flexibilidade para abordagem e registro de temas não previstos, mas relevantes.

A reunião do grupo focal foi realizada em 25 de agosto de 2021 e teve duração aproximada de 70 minutos.

3.2.5. Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do grupo focal são de natureza qualitativa, o que implica na necessidade de analisá-los também desta maneira, ou seja, não há análise estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com tema do estudo (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Para a análise dos dados, inicialmente foi realizada a transcrição do áudio da reunião, que foi enviada por e-mail a cada um dos participantes para validação e

comentários, sem, contudo, alterar o conteúdo básico da gravação. Em seguida foi conduzida uma análise criteriosa dos discursos, com vistas a identificar como o tema do estudo é percebido pelos participantes. Foram identificadas as palavras-chave que aparecem com mais frequência nos discursos, bem como os pontos convergentes e divergentes entre os participantes. A análise das transcrições foi realizada em conjunto com as notas tomadas pelo moderador sobre os aspectos não verbais da sessão. Para garantir a confiabilidade da análise, as transcrições foram submetidas à interpretação de um pesquisador externo, não envolvido no estudo, de forma que as divergências de interpretação foram discutidas e acordadas.

Os métodos utilizados para garantir a qualidade da pesquisa são consistentes com a literatura (MAYS, POPE, 2000; MOREIRA, 2018; PATIAS, HOHENDORFF, 2019).

3.2.6. Aspectos Éticos

Sob o aspecto ético, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sendo aprovado conforme parecer de número 4.606.763.

3.3. Resultados e Discussão

O presente estudo teve como momento chave de interação e coleta de dados a reunião de grupo focal realizada com os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Catanduva e que participaram da implantação do acesso avançado no município.

Dos participantes selecionados, convidados e que aceitaram o convite para participação na pesquisa por e-mail, apenas 01 profissional da categoria médica não compareceu, por motivo de doença, o que totalizou um grupo de 14 pessoas, assim distribuídas: 02 médicos, 03 enfermeiros, 03 auxiliares de enfermagem, 03 agentes comunitários de saúde e 03 auxiliares administrativos.

Após as apresentações e explicações realizadas pelo moderador, todos os participantes consentiram com os termos do estudo, em especial com a gravação do áudio da reunião e assinaram o TCLE. Logo em seguida, todos preencheram o Questionário Sociodemográfico, com vistas a melhor caracterização do grupo.

Foi possível constatar uma participação majoritária de profissionais de saúde do sexo feminino (93%) bem distribuídos entre o estado civil casado (57%) e solteiro (43%). Em relação a idade, a maioria dos profissionais participantes tem idade até 29 anos (43%), seguidos por profissionais com idade entre 30 e 39 anos (36%) e acima de 40 anos (21%). Já na escolaridade, a maioria dos profissionais possuem ensino superior ou pós-graduação completos (43%), seguidos pela mesma proporção de profissionais com ensino técnico completo ou cursando ensino superior e profissionais com ensino médio completo (28,5%), o que demonstra um nível de instrução superior ao exigido para desempenho de cada atividade profissional.

A reunião de grupo focal teve duração aproximada de 70 minutos e foi possível contar com o discurso de todos os profissionais de saúde presentes. Também foi possível captar o áudio da reunião com qualidade, o que possibilitou a adequada transcrição dos discursos, sem perdas significativas de conteúdo.

Na análise dos discursos transcritos, foi possível identificar algumas palavras e ideias chave que apareceram com mais frequência, bem como pontos convergentes e divergentes entre os participantes. Destaca-se que a reunião de grupo focal foi realizada pouco mais de dois anos após a implantação do acesso avançado no município.

No que se refere a percepção geral dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado, os discursos iniciais demonstraram uma preocupação e queixa sobre a organização da unidade, das equipes e das atividades do dia, pois não é possível saber quantos pacientes buscarão atendimento, sendo que alguns dias e horários ficam lotados e outros praticamente vazios. Outro fator observado pelos profissionais é que a quantidade de atendimentos durante o dia praticamente não mudou quando comparado ao período anterior à implantação do acesso avançado, no entanto, com o acesso avançado os pacientes chegam à unidade de saúde todos de uma vez e não distribuídos no decorrer do dia.

Um sentimento trazido à tona por diversas vezes nos discursos foi o de ansiedade, em razão do volume de atendimentos de uma única vez, causando pressão e estresse nos profissionais, como é possível observar na transcrição dos discursos abaixo:

Enfermeira 1: "(...) trabalhando com o acesso avançado, eu percebi que tem dias que a unidade está lotada - a gente não sabe onde colocar o paciente - e tem dias que não tem ninguém. Então, na minha percepção, acaba que a gente não consegue se organizar."

Enfermeira 2: “(...) com o acesso (avançado), os pacientes chegam todos de uma vez. Não é mais diluído ao longo do dia. Isso gera uma ansiedade muito grande para os profissionais. Você chega na unidade - pelo menos na minha - e a fila está quase virando a pracinha. Mistura coleta de sangue, com atendimento, acesso avançado, enfim. Chega à tarde, depois do almoço, também está lotado (...). Eu percebo que gerou uma ansiedade grande para os profissionais.”

Médica 3: “Eu concordo com o que o pessoal falou. Eu acho que a ansiedade é uma das coisas que mais pegam, principalmente para mim. Eu chego às sete (horas) e já chegam 10, 15 prontuários na mesa. Então os pacientes vão chegando, já ficam na porta, naquela angústia: “já posso entrar?”. A gente não consegue beber água, não consegue conversar, discutir o caso. Às vezes eu preciso sair para discutir com a enfermeira, o paciente vê e já começa a brigar lá. A gente fica nessa angústia de querer atender logo para não ficar essa fila gigantesca (...).”

Houve consenso entre os profissionais que, para os pacientes, o acesso avançado trouxe melhorias, pois praticamente acabou com as filas de espera e com o absenteísmo, sendo possível resolver os problemas trazidos pelos pacientes no mesmo dia, no entanto, novamente, na opinião de alguns profissionais, o modelo deixa a desejar na organização da agenda e na qualidade de alguns atendimentos, como é possível observar a seguir:

Enfermeira 1: “(...) de um lado, o acesso avançado ficou muito bom, porque, quando eu fazia estágio, eu via que às vezes tinha muitos pacientes que reclamavam da lista de espera, de que o agendamento era para meses e meses. Com o acesso avançado melhorou. A gente consegue atender o paciente naquele dia. Às vezes não tem vaga de manhã, a gente faz o acolhimento e pede para ele retornar a uma hora (...) acaba ajudando o paciente. Mas, de modo geral, para nós, profissionais, acaba que a gente não consegue se organizar nessa agenda.”

Enfermeira 2: “É bom o acesso (avançado), porque acaba resolvendo o problema naquele dia. Porém, eu sinto que, para nós, enquanto profissionais, fica às vezes um pouco desorganizado (...) e a gente sente que tem que atender rápido o paciente no acesso (avançado) para conseguir dar conta, e às vezes perde um pouco a qualidade. Então eu sinto que o acesso (avançado), nessa parte, peca um pouco.”

Médica 2: “Eu acho que tem muitos prós, diminuir a fila de espera. Então, diminuí mesmo o absenteísmo, diminuí a fila de espera. A gente resolve o problema do paciente no dia. Porém, é diferente você atender uma queixa que seja rápida - uma lombalgia, qualquer coisa mais rápida - do que atender uma demanda crônica - um hipertenso, um diabético -, que demanda um pouco mais de tempo. Então fica

muito corrido. A gente acaba deixando de ver o paciente como um todo, que na verdade, é o que a gente deveria fazer. Porque não tem como. É muito pouco tempo.”

Esses achados são consistentes com aqueles identificados por Oliveira de Almeida (2020), em que foram apontados como pontos negativos do acesso avançado a sobrecarga de trabalho, que deixa a equipe estressada e tensa e a resolutividade, considerando que com o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimentos fica difícil oferecer e garantir um cuidado que contemple o paciente em sua integralidade.

No que diz respeito à rotina de trabalho dos profissionais, em especial àquelas atividades menos assistenciais, de atendimento direto ao paciente, a maioria dos profissionais indicou que a implantação do acesso avançado interferiu pouco, ou não interferiu em suas rotinas.

Enfermeira 1: (...) com o acesso avançado eu consigo cumprir os prazos, indicadores, planilhas, tudo certinho. Eu acho que com relação a isso não atrapalhou. Porém o fluxo mudou (...) a gente consegue flexibilizar com a questão da agenda. Então, pré-natal, puericultura, a gente consegue manejar em relação a isso. Então, o meu trabalho não prejudicou em nada.”

Enfermeira 2: “Em relação à rotina de trabalho, eu não acho que o acesso (avançado) atrapalhou (...) por exemplo, se eu estou muito sobrecarregada com coisas administrativas, eu tenho a liberdade, eu tenho a autonomia de fechar minha agenda, meu horário agendado, depois das três horas da tarde, depois das dez (da manhã), para fazer só coisas administrativas. Eu não posso mexer no horário do acesso (avançado), mas eu posso fechar minha agenda depois. Em relação à rotina, eu não acho que o acesso (avançado) tenha atrapalhado.”

Ao mesmo tempo que os profissionais apontam uma dificuldade na organização da agenda no decorrer do dia, notadamente em razão do volume de atendimentos assistenciais, também indicam que a implantação do acesso avançado, além de não atrapalhar a realização das demais atividades, acabou colaborando com a realização destas. Na prática, os profissionais estão mais sobrecarregados em alguns horários do dia, em especial aqueles reservados ao acesso avançado, mas têm uma maior flexibilidade para distribuir as demais atividades no decorrer do dia.

Nesse contexto, uma questão que merece ser explorada seria como fortalecer a autonomia dos profissionais e das equipes de saúde em relação ao atendimento do

paciente e organização das atividades administrativas, sem causar sobrecarga de trabalho em alguns períodos do dia, gerando ansiedade e estresse.

Outro aspecto que foi trazido aos discursos por reiteradas vezes, foi o aumento da autonomia dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros. Isso porque a implantação do acesso avançado não foi uma estratégia isolada. Apenas a mudança no modelo de agenda, no modelo de oferta do cuidado, não seria capaz de trazer todos os benefícios esperados pela Secretaria de Saúde local. Junto dessa implantação, foi promovida uma reestruturação das equipes de saúde, com destaque à implantação de protocolos assistenciais que garantiram o trabalho interdisciplinar entre os membros das equipes e a descentralização do atendimento médico.

Enfermeira 3: “Através do acesso avançado, a gente teve uma reestruturação da equipe (...) o enfermeiro também consegue ter essa autonomia através do protocolo do município. Acredito que a implantação do acesso está sendo coerente. Nós temos a autonomia das interconsultas, conversar com o profissional médico, farmacêutico, auxiliar de enfermagem (...).”

Enfermeira 2: “Em relação a interconsultas, a autonomia do enfermeiro, eu acho que o acesso (avançado) melhorou, na verdade. Quando era agendado, o enfermeiro não tinha essa autonomia de prescrição, de renovação. A gente não fazia interconsultas porque não precisava, na verdade. Fazia o pré-natal, puericultura e atendia o pânico. Agora a gente faz hipertensão, diabetes, atende dor crônica, faz toda essa troca com o médico. Então eu acho que, nessa parte, o acesso (avançado) colaborou, veio para acrescentar nessa parte da rotina.”

O aumento da autonomia profissional, bem como a resolutividade dos atendimentos prestados aos pacientes no acesso avançado, também foi identificado no estudo de Cirino, et al. (2020), sendo constatado que uma das ações mais importantes para melhorar o acesso na atenção primária à saúde é o maior envolvimento do enfermeiro no cuidado dos pacientes do seu território.

O acesso avançado proporciona um maior senso de parceria entre os trabalhadores e uma melhor relação com os pacientes, tendo em vista que estes estão mais satisfeitos por terem suas necessidades atendidas (Fournier, et al. 2015). Ahluwalia & Offredy (2005) também identificaram que a implantação do acesso avançado melhorou o relacionamento entre os membros da equipe.

Ainda sobre a rotina de trabalho, outro ponto a ser observado é o período em que o acesso avançado foi implantado e expandido no município, que foi coincidente

com uma epidemia de dengue no final de 2019, seguida do surgimento da pandemia da COVID-19 no início de 2020, dois eventos importantes que foram destacados nos discursos de alguns profissionais:

Enfermeira 2: “Em relação à rotina de trabalho, eu não acho que o acesso atrapalhou. Se alguma coisa atrapalhou, talvez foi a pandemia.”

Aux. Administrativo 1: “Logo que a pandemia entrou, o acesso avançado veio junto com a pandemia. A gente não teve o gostinho ainda de sentir o acesso avançado da maneira que teria que ser implantado e é implantado, mas sem a junção da Covid nisso aí. De repente, essa mesma reunião, daqui a um ano, teria outra percepção.”

Enfermeira 1: “Até porque a pandemia a gente teve praticamente até agora, agora que está amenizando, ao menos na minha unidade. Mas ano passado foi totalmente desgastante. Talvez, sem a parte de síndrome gripal, a minha fala ou a fala de outras pessoas seria diferente. Sobrecarregou a unidade toda. O administrativo, o enfermeiro, o auxiliar, o agente comunitário. Na verdade, foi dengue, logo pegou COVID.”

Especificamente em relação à rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde, a percepção geral foi de que a implantação do acesso avançado melhorou a receptividade dos pacientes, pois estes passaram a ter suas demandas atendidas de forma mais célere. No entanto, também em razão da pandemia da COVID-19 e os atendimentos de síndrome gripal nas unidades de saúde, foi implantado um esquema de acolhimento e triagem dos pacientes, em que todos os profissionais da equipe trabalharam em forma de revezamento, sendo que no caso dos ACS, esse trabalho interno na unidade de saúde forçou uma mudança na rotina de visitas domiciliares, principalmente nas equipes menores, como podemos observar a seguir:

ACS 1: “Mudou de forma boa e de forma ruim o meu serviço. Quando tinha consultas agendadas, eu chegava à casa do paciente e fazia, vamos dizer, uma propaganda maravilhosa da unidade, e eles falavam para mim: “por que eu preciso da sua visita, sendo que a unidade de saúde não pode resolver o meu problema? Eles vão resolver o meu problema daqui a um mês, então por que eu quero sua visita aqui?”. A partir do momento em que foi implantado o acesso avançado, eu chegava à casa do paciente e falava: “tem o acesso avançado, se a senhora precisar, pode ir amanhã à unidade”. (...) a partir do momento em que a unidade ofereceu um atendimento como se fosse um pronto-atendimento para eles, a visita mudou totalmente. Eles me aceitavam maravilhosamente (...). Mudou totalmente a minha rotina de visita (...)na parte da manhã, em que eu saía para fazer visita, eu tenho que

ficar na porta entregando senha para o usuário e também os isolando, que foi nessa parte da pandemia. Então mudou para uma parte boa, porque a recepção deles foi melhor. Mudou para uma parte ruim, porque eu tive que rever totalmente meus dias de visita. Eu tive que aumentar meus dias de visita por dia, porque eu tinha que perder essa manhã na porta, entregando senhas, ajudando na recepção.”

ACS 3: (...) o trabalho não prejudicou porque nós somos em 16 agentes comunitários, então são três equipes, então, a gente vai revezando. Então, na parte do meu trabalho como agente comunitária, as minhas visitas, para mim não atrapalhou em nada porque a gente é bastante e a gente vai se revezando.”

Essa melhoria na receptividade dos pacientes também foi identificada por Ahluwalia & Offredy (2005), em que os recepcionistas relataram que antes da implantação do acesso avançado eles eram vistos como “barreiras” ao acesso do paciente, principalmente quando não havia vagas disponíveis, fator que gerava confrontos e estresse elevado. Após a implantação do acesso avançado, foi possível desempenhar um papel de orientação e oferta de acesso aos pacientes de forma mais imediata, de forma que os profissionais passaram a ser vistos como facilitadores pelos pacientes atendidos.

Em resumo, na percepção dos profissionais de saúde, o acesso avançado traz benefícios, principalmente para os pacientes, que têm suas necessidades resolvidas no próprio dia e para os profissionais, que têm sua autonomia ampliada e reconhecida. No entanto, a forma e período em que o modelo é implantado é essencial para o seu sucesso. No caso do município de Catanduva, em que a implantação ocorreu sem uma maior discussão com as equipes e análise individual do perfil assistencial de cada unidade de saúde, bem como coincidiu com uma epidemia de dengue e a pandemia da COVID-19, foi possível constatar uma sobrecarga de trabalho, que foi geradora de estresse e ansiedade nos profissionais.

Quando perguntado diretamente se os profissionais se sentiam mais satisfeitos ou menos satisfeitos com o acesso avançado e por quê, foi possível observar nas reações não verbais um ponto de dúvida, muito em razão de todos os fatores que foram mencionados até o momento, em especial a pandemia da COVID-19, que trouxe uma mudança drástica na rotina de trabalho de todas as equipes de saúde, sendo possível extrair os seguintes discursos:

Aux. Administrativo 1: “Eu estou mais satisfeito com o acesso avançado. Lembrando que talvez a satisfação poderia ser maior se a questão da pandemia não estivesse vinculada.”

Enfermeira 3: “Satisfeita. Para muitos profissionais, teve uma satisfação pela autonomia profissional que cada um desenvolveu. Muitos profissionais estavam esquecidos também dentro da unidade, cumprindo uma função mecânica lá dentro, e não tantas que o acesso avançado oferecia. Sinto isso até pelo profissional farmacêutico, pelo profissional dentista também, que desenvolveram outras funções além da exercida. Acredito que foi satisfatório.”

Weiss (2002) define a satisfação no trabalho como uma resposta positiva ou negativa ao trabalho. A satisfação no trabalho, no caso da atenção primária à saúde, está diretamente relacionada à qualidade dos serviços e à satisfação dos usuários. Portanto, para atingir as metas e objetivos atribuídos à atenção primária à saúde, é necessário investir na conquista da satisfação desses funcionários (Azevedo, 2012).

Em estudo de Gallo (2005), os trabalhadores de saúde relataram se sentir satisfeitos em poder auxiliar o outro, principalmente quando as necessidades do paciente podem ser atendidas. Essa satisfação aumenta quando o trabalho é reconhecido pelo paciente, de forma que o trabalhador se sente útil e estimulado pelo que realiza.

Ou seja, em relação a satisfação dos profissionais, alguns destacam que estão mais satisfeitos com o modelo, no entanto, pela análise do conjunto dos discursos, bem como das reações não verbais durante a realização do grupo focal, é possível concluir que a implantação do acesso avançado, por si só, não é capaz de aumentar a satisfação profissional. Para que isso ocorra, as preocupações e pontos negativos trazidos à tona precisam ser analisados e tratados para garantir a máxima eficiência do modelo e a satisfação dos atores envolvidos.

Também foi estimulada uma discussão objetiva sobre os pontos positivos e negativos do acesso avançado. Quando perguntado quais eram os maiores pontos positivos, os maiores benefícios que ele poderia trazer para a população, para os profissionais, para a rotina das unidades de saúde e que poderiam levar o modelo a ser melhorado, expandido, implantado em outros locais, os profissionais destacaram a facilitação do acesso, com conseqüente redução e até a eliminação das filas de espera e do absenteísmo, a resolução dos problemas dos pacientes no mesmo dia, o vínculo e confiança desses pacientes e a autonomia profissional, pontos que podem ser evidenciados pelos discursos a seguir:

Enfermeira 2: “Eu acho que um ponto positivo (...) não tem mais absenteísmo, não tem mais espera para consulta. O paciente é atendido no mesmo dia. Então aumentou o vínculo com o paciente,

porque antes era muito o mesmo paciente, o mesmo paciente. Agora o farmacêutico consegue dar uma orientação, o enfermeiro. A gente consegue matriciar melhor com o NASF. Eu acho que aumentou esse vínculo também.”

Aux. Administrativo 1: “Como ela falou mesmo, resolução de problemas. Com o acesso a gente consegue resolver tudo com um pouco mais de agilidade, porque tem mais envolvimento, coisa e tal. Por exemplo, chega uma questão daquele paciente e não dá para resolver no dia. Não tem problema ela tem uma autonomia. Se ela quiser que seja agendado, a gente agenda. Porque precisa de mais tempo, a gente consegue. Quanto à resolução de problemas, é legal sim.”

Aux. Enfermagem 2: “Eu acho também que as unidades conseguiram conhecer melhor os pacientes que quase não procuravam. Às vezes procuravam e a agenda estava para um mês, um mês e 15 dias, e eles acabam não voltando. A gente às vezes não conhecia esse paciente. Agora, com o acesso avançado, ele consegue utilizar a unidade e consegue conhecer melhor a nossa população na nossa área de abrangência.”

Médica 2: “Descentralização do médico também com os outros profissionais tendo essa autonomia.”

Enfermeira 2: “Acho que é a visão do paciente em relação ao enfermeiro principalmente, porque eles não viam a gente para resolver um problema deles na consulta. Tanto que no começo do acesso, quando ia passar comigo, ele falava: “você vai me atender?”. Você vai, você orienta, você pede exame, você renova uma receita, você mede o batimento cardíaco. O paciente começa a criar uma confiança em você muito legal, o que antes não tinha. Eles mal sabiam seu nome. Hoje tem paciente que vai à minha sala e fala assim: “não pode ser com você hoje? Porque vi demorar muito com a médica”. Eu falo: “não, é porque tem a classificação, você pega a receita com ela hoje. Mas aguarde aqui”. Então acho que mudou muito essa visão do paciente para a gente também.”

ACS 3: “Complementando o que ela falou, é bom que agora o enfermeiro tem mais autonomia, às vezes prescrever uma medicação de hipertensão. Às vezes eles só querem isso, e o enfermeiro consegue resolver. Às vezes eles só querem exame, e você consegue resolver. Eu acho que isso ficou muito bom. (...) tem pacientes lá que também preferem passar com a enfermeira rapidinho “eu quero remedinho de piolho para o meu filho, a enfermeira prescreve”. Acho que ficou muito bom nessa parte.”

Fournier, et al. (2015) destaca como benefícios do acesso avançado a satisfação do paciente com o atendimento de suas necessidades imediatas, redução do absenteísmo e consultas inadequadas aos serviços de emergência, registros

melhorados, melhor eficiência na longitudinalidade e continuidade do cuidado e maior satisfação da equipe. Estudo de Leal, et al. (2015) avaliou que a implantação do acesso avançado contribuiu para uma resolução maior de agravos críticos, pois o atendimento é adequado e realizado no mesmo dia. Contribuiu ainda para diminuir o tempo de espera e conseqüentemente a ausência, além de fortalecer a relação entre a equipe e os pacientes.

Já em relação aos pontos negativos, foi solicitado dos profissionais presentes a indicação daqueles que mais se destacam e que atrapalham a rotina, bem como os pontos que podem levar esse modelo ao fracasso ou que demonstrem que ele pode não ser a solução ideal. Nesse aspecto, os profissionais destacaram como principal desafio a transformação do perfil da unidade básica de saúde em pronto-atendimento. O número de atendimentos em curto espaço de tempo, que gera ansiedade, estresse e contribui para a queda na qualidade do atendimento, tendo em vista que nem sempre é possível ter um olhar integral para o paciente, também foi um ponto negativo destacado. Uma crítica à forma de implantação do acesso avançado no município compartilhada por alguns profissionais foi a “padronização” dos horários de oferta do acesso avançado nas unidades, sem que fosse observada a característica individual de cada uma delas. Esses aspectos podem ser observados nos discursos a seguir:

Médica 2: “A transformação em pronto-atendimento. A questão de não ter tempo, acho que o principal é tempo.”

Aux. Enfermagem 3: “Igual ao que a doutora falou, eles estão achando que é pronto-atendimento.”

Enfermeira 2: “(...) abre brecha para os pacientes que são hiper utilizadores. Um pouco diferente do que a enfermeira falou, de que na unidade dela o paciente vê que o acesso é mais fácil e então não vem com tanta frequência, na minha, é o contrário. Eles percebem que o acesso é fácil e vão uma vez na semana. (...) eu acho que é a ansiedade que se gerou nos profissionais, não saber o que vai ser hoje, o que vai ser amanhã.”

Médica 2 – “Eu acho que a implantação do acesso em alguns outros locais, eu acho que o principal é avaliar o perfil de cada unidade. Você avalia às vezes uma unidade que tem um perfil de pacientes jovens, crianças. Você até consegue fazer legal o acesso avançado porque não são queixas tão crônicas. A demanda no atendimento acaba sendo um pouco mais rápida do que você atender paciente idoso, paciente crônico, hipertenso, diabético, com múltiplas comorbidades. Você não consegue atender em dez, 15 minutos um paciente. Atender

pacientes jovens, eu acho que é legal esse perfil com o acesso, mas para paciente mais crônico, eu não acho.”

O receio de transformação do perfil da unidade básica de saúde em pronto-atendimento também foi identificado no estudo de Almeida (2020), em que os profissionais relataram que o tempo disponível para atendimento fica restrito a uma consulta no método queixa-conduta, resolvendo apenas o problema agudo do paciente. Dessa forma, o paciente que não é visto integralmente, tende a voltar para a unidade de saúde para resolver outros problemas com mais frequência.

Estimulados a refletir sobre o que poderia ser alterado de imediato para melhorar a qualidade do atendimento do paciente e a satisfação e rotina dos profissionais, foram destacados dois pontos chave: a análise do perfil de cada unidade de saúde, deixando as mesmas livres para determinar os melhores dias e horários para oferta do acesso avançado e a realização de treinamentos e atividades de educação em saúde, contemplando a equipe assistencial, os demais profissionais e setores envolvidos na rede de saúde e os próprios pacientes.

A análise do perfil de cada unidade de saúde é importante pois algumas têm demanda de pacientes mais jovens, com condições agudas, onde o acesso avançado funciona muito bem e deveria ser ofertado em períodos maiores. Outras têm um perfil de atendimento de pacientes mais idosos, com condições crônicas, em que o atendimento programado e com maior tempo de consulta funcionaria melhor. Essa escolha na forma de oferta do acesso deveria ser mais flexível e ficar à cargo da equipe da unidade de saúde, sendo que a divisão dos atendimentos poderia ser por período (manhã ou tarde), por dia da semana, ou mesmo totalmente flexível, situação que atualmente não é permitida pela Secretaria de Saúde local.

A realização de treinamentos e atividades de educação em saúde é importante para que toda a equipe assistencial esteja envolvida com o modelo e ciente das características e obrigações de cada um. Além disso, um ponto relevante trazido pelos profissionais diz respeito ao treinamento e envolvimento de todos os profissionais envolvidos na rede de saúde, mesmo aqueles que não atuam diretamente nas unidades de saúde. Um exemplo muito forte evidenciado nos discursos foi o setor de ouvidoria, que desconhece todas as características do acesso avançado, dos protocolos assistenciais e muitas vezes “pressiona” os profissionais de saúde em razão de reclamações dos pacientes. Esse ponto foi destacado como “desmotivador” pela maioria dos profissionais presentes. Por fim, as atividades de educação em saúde

com os próprios pacientes, para que estes entendam como funciona o serviço de saúde e como eles podem contribuir para o seu próprio atendimento.

Essas sugestões também foram identificadas no estudo de Almeida (2020), que concluiu que o acesso avançado se destaca como uma possibilidade de organização das agendas, no entanto, é necessário considerar a história e o contexto da atenção primária em cada unidade de saúde para sua implantação e sucesso. Da mesma forma, a capacitação das equipes de saúde e informação aos usuários do serviço foram destacadas como essenciais para que o acesso avançado seja compreendido e funcione de maneira efetiva.

A seguir foram destacados alguns trechos dos discursos que evidenciam as sugestões dos profissionais de saúde:

Aux. Enfermagem 2: “Eu acho que é deixar períodos por exemplo, o período da manhã para a demanda espontânea, no período da tarde, agendado (...) eu acho que, se a gente deixasse um período inteiro para o acesso... por exemplo, o período da manhã com o acesso, o período da tarde com o agendado, eu acho que seria uma opção melhor.”

Aux. Enfermagem 1: “Eu acho que cada unidade, o perfil de cada unidade, individual, o que seria bom para aquela unidade, não simplesmente implantar em todas as unidades o mesmo modelo. Pegar cada unidade, estudar a quantidade de paciente, o quanto de tem de idoso, o quanto de tem de criança e o que vale para aquela.”

Médica 3: “Eu acho interessante o que ela falou de ser um acesso avançado pela manhã porque o paciente que está com uma queixa ali... acorda com uma lombalgia, acorda com uma cefaleia, ele já vai, é atendido, a queixa dele se resolve ali. E a tarde aqueles pacientes crônicos. Agendar com um espaço maior de consulta. Um hipertenso, um diabético, eu consigo examinar melhor, consigo avaliar melhor os exames dele. Uma puericultura, um pré-natal, agendar no período da tarde.”

ACS 1: “O treinamento seria bem viável para nós porque foi passado assim em cima da hora a gente não entendia muito bem o que era o acesso avançado. Ninguém parou e explicou certinho, o que realmente era.”

Enfermeira 2: “Eu acho muito válida a parte de treinamento dos agentes comunitários. Quando foi implantado, teve uma reunião da equipe no escritório, porém os agentes não foram. Eu acho que isso é mais importante porque eles são a ponte entre a gente e o paciente. Mas, em relação ao modelo de atendimento, é que eu acho que o acesso tem uma ideia muito boa, boa mesmo, só que é mal

implantada. Porque cada unidade tem uma realidade diferente. Tem unidade que é mais tranquila, uma que tem mais idoso, uma com muita criança e gestante. Só que em todos os lugares o acesso tem que ser de manhã, das sete às dez, e à tarde, da uma às três. Em todos os lugares é igual. Então eu acho que poderia ser uma coisa mais maleável. Por exemplo, segunda de manhã, que é começo da semana, a gente faz o dia todo de acesso, à tarde, agendado, com vagas de encaixe, como era anteriormente. Às vezes pode mesclar um com outro. Cada unidade faz sua realidade, fala com a supervisão, vê se autoriza, dá uma mesclada. O paciente não vai deixar de ser atendido de nenhuma maneira. Porém, dá uma desafogada para o profissional.”

Aux. Enfermagem 1: “Sobre o que a enfermeira falou, sobre tudo o que acontece, depois eles vão reclamar na ouvidoria. Eu acho que tem a começar também a ajuda por aí. O paciente às vezes vai lá, nós podemos, sim, dependendo do caso, orientar, ver depois, primeiro faz o acolhimento, esses pacientes que querem pegar receita na hora ali, coisas assim em que não há necessidade daquele atendimento na hora, que dá para ser dispensado e agendado para mim depois. Eles ligam para a ouvidoria. O que faz? Dá cinco minutos, o paciente volta lá rindo da cara de todo mundo porque ligou para a ouvidoria, o supervisor ligou. A gente vai seguir as normas a serem seguidas, mas, quando eles reclamam, não somos nada.”

Enfermeira 1: “É legal isso que você falou. Muitas vezes acaba desmotivando os profissionais que trabalham aí. Inclusive esses dias teve um episódio na unidade, um paciente muito agressivo que foi para cima da auxiliar de saúde bucal, eu ainda tive que (...)responder a uma ouvidoria, que eu nem estava presente, estava na reunião do escritório.”

Aux. Enfermagem 1: “Na hora dali da ouvidoria "vamos fazer assim, amanhã você pode estar retornando lá na unidade? Você vai ser muito bem atendido". Porque a gente também entende o lado deles também, dos gestores. Você tem que ser bem atendido. Você não pode negar os atendimentos do paciente do SUS, mas desde que não tire a razão dos enfermeiros, da recepção que orientando corretamente "amanhã você vai de manhã, você pode ir em tal horário". Se eles quiserem falar, já pode chegar que você vai ser atendido, desde que na próxima vez você passe uns dias antes para pegar as receitas. Orientar da forma certa, e não falar “amém, pode ir lá”. Se for assim, eles nunca vão ser educados a respeitar, a ir na hora certa, a fazer as coisas corretamente.”

Enfermeira 1: “Hoje em dia é tudo na rede social. Aparece a foto da unidade, o nome dos profissionais. Eu acho isso uma falta de respeito, inclusive da parte da ouvidoria. Isso já aconteceu comigo, a própria ouvidoria encaminhar uma foto, inclusive que um paciente tirou minha e de uma outra funcionária, a própria ouvidoria, sem autorização. Eu

acho que isso é uma falta de respeito com os profissionais. Depois que isso aconteceu, eu fiquei totalmente desmotivada. A gente acaba ficando nervosa também. Parece que o protocolo que a gente segue não é o mesmo que a secretaria segue.”

Para o encerramento da reunião de grupo focal, o moderador abriu palavra livre aos participantes, para que esses pudessem reforçar algum ponto mais relevante, ou mesmo comentar sobre algum assunto que não tivesse sido abordado. Em linhas gerais, os profissionais destacaram os desafios de trabalhar na APS, em especial em meio a pandemia da COVID-19 e reforçaram a importância dos treinamentos para todos os membros da equipe a comunicação entre as equipes assistenciais e a coordenação/gestão da saúde local, conforme trechos a seguir:

Enfermeira 1: “É muito desafiador ser enfermeira na atenção primária (...) todo dia eu vou trabalhar com frio na barriga porque é desafiador, inclusive em meio a pandemia. É muito desafiador. O trabalho em equipe também é fundamental para o sucesso de qualquer coisa, para o sucesso do acesso avançado, até para a gente atingir indicadores, metas. Tem que trabalhar em equipe, trabalhar em rede. Não tem de estar só naquilo, só naquele trabalho massacrante, mas pensar no paciente como um todo, avaliar tudo. Enfim, acho que é muito desafiador.”

Médica 2: “Acho que tem que pensar mais na qualidade, deixar de pensar muito em quantidade. Talvez fazer palestras motivacionais com toda a equipe, trabalhar mais essa questão com os funcionários.”

Aux. Administrativo 2: “É que também aconteceu o fato da pandemia. Ela veio, ficou desestruturada. A gente nunca viveu com isso de morrer tanta gente e não ter esse preparo. Virou aquele transtorno (...) aí vai a família inteira, vira aquele tumulto, o acesso avançado, todo mundo quer passar. Sobrecarregou. Talvez essa educação, agora que diminuiu a pandemia, tenha até a ver com a gente, para os médicos, para as enfermeiras, essa educação do que é o acesso avançado. Às vezes a gente está precisando reaprender o que é para a gente lembrar como foi, como vai ser, como tem que ser, como realmente é. Mas também a secretaria tem que saber disso, como que é o fluxo nosso, que não é fácil.”

Enfermeira 2: “Eu percebo que as auxiliares de enfermagem têm muita dúvida também em relação à parte para acolher, o que é para enfermeiro, o que é para médico, será que isso acolhe, será que isso não acolhe. Tem o protocolo, porém ainda existe muita dúvida. E quem capacitou essas auxiliares? A gente vai lá. Pelo menos eu sempre vou lá. Outros enfermeiros vão lá, orientam (...) mas elas não tiveram treinamento específico. A gente as treinou, só que também é novo para a gente.”

Enfermeira 1: “Fica legal também, por exemplo, vai mudar o calendário vacinal. Um exemplo. Ao invés passar as informações via e-mail, alguma coisa massacrada, é só aquilo, convidar a gente para uma reunião online que a gente tenha oportunidade, as vezes de, as vezes a dúvida de outra pessoa é minha dúvida, porque as vezes vem muito e-mail, muito e-mail e aí às vezes protocolo pra gente ler, então passar a informação assim, de forma ativa, às vezes ficaria melhor não só para nós, enfermeiros. Às vezes faz a reunião online com os enfermeiros, para os enfermeiros passarem para outra categoria profissional. Fazer a reunião diretamente com a categoria profissional.”

Em um contexto geral, a reunião de grupo de grupo focal foi bastante proveitosa e possibilitou uma rica troca de informações e experiências sobre o tema da pesquisa com os profissionais da APS do município.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que, na percepção dos profissionais de saúde, o acesso avançado é capaz de trazer benefícios à rede de saúde, aos pacientes e aos próprios profissionais, no entanto, é essencial que a implantação do modelo seja discutida com a equipe e considere o perfil assistencial de cada unidade de saúde.

O método de pesquisa se mostrou adequado para identificar que a implantação do acesso avançado, por si só, não é capaz de aumentar a satisfação dos profissionais de saúde, sendo essencial analisar e tratar diversas preocupações e pontos negativos trazidos à tona nos discursos e nas reações não verbais dos participantes.

Os resultados demonstraram que os principais pontos positivos do acesso avançado estão relacionados à facilitação do acesso aos serviços e a consequente redução das filas de espera e absenteísmo. Destaca-se também o aumento da autonomia profissional e do trabalho interdisciplinar, além do vínculo com o paciente e o reconhecimento das categorias profissionais não médicas. Como pontos negativos, destaca-se a preocupação com a qualidade dos atendimentos, além da sobrecarga de trabalho, que gera estresse e sentimento ansiedade nos profissionais.

O estudo apresentou uma limitação relacionada ao período em que o acesso avançado foi implantado e expandido no município, que foi coincidente com uma epidemia de dengue, seguida do surgimento da pandemia da COVID-19, o que pode ter interferido na percepção dos profissionais de saúde. Assim, sugere-se que novos estudos sobre o modelo sejam promovidos em um período isento de tais eventos.

REFERÊNCIAS¹

AHLUWALIA, S.; OFFREDY, M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Family Practice*, v. 6, 2005.

ALMEIDA, E.R.; SOUSA, A.N.A.; BRANDÃO, C.C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K.C. Política Nacional e Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Publica* nº 42, 2018.

AZEVEDO, R.O.B.D. (2012). Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários (Doctoral dissertation).

BORGES, C.D.; SANTOS, M.A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 6, n.1, p. 74-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, vol. 1, COSEMS-SP, pag.69, 2020. (http://rspress.com.br/userfiles/projetos/cosemssp/2020/revistas/01_atencao-basica_volume-I/).

CAD. IBER AMER. DIREITO. SANIT., BRASÍLIA, v.2, n.2, jul./dez. 2013.

CIRINO F.M.S.B.; SCHNEIDER FILHO D.A.; NICHATA L.Y.I.; FRACOLLI L.A. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*.15(42):211.2011.

FAUSTO M.C.R. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária de saúde brasileira. Tese Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

FILHO, L.A.S.P. et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Revista Saúde em Debate*. vol.43 no.121 Rio de Janeiro Apr./ Junho. 2019.

FURNIER J.; RAINVILLE A.; INGRAM J.; HEALE R. Implementation of an Advanced Access Scheduling System in Primary Healthcare: One Clinic's Experience. *Healthcare Quarterly* Vol.18 No.1. 2015.

GALLO, C.M.C. Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação o trabalho de uma equipe de enfermagem [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Fundação Universidade Federal do Rio Grande; p. 214. 2005.

GIOVANELLA, L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009.

GONÇALVES, M. R. et al. (org.). *Desafios da atenção primária à saúde no Brasil*. UFRGS, Porto Alegre, 2017.

HUDEK, J.C.; MACDOUGALL, S.; RANKIN, E. Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Canadian Family Physician*, v. 56, p. 361-367. 2010.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-121, 2001.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. *Australia Family Physician*, v. 42, n. 1-2, p. 152-156, 2013.

LEAL, A.E.B.; WATANABE, B.T.; BEZERRA, C.W.; PALLUELLO, R.A.S.; GYURICZA, J.V.; REWA, T.; GUIMARÃES, A.C.B.; STORCH, B.C.; ÁUREA, R.G. Acesso Avançado: Um Caminho para a Integralidade na Atenção Básica São Paulo; SMS; jun. 5 p.2015.

MAEYAMA, M.A.; DOLNY, L.L.; KNOLL, R.K. *Atenção Básica à Saúde: Aproximando Teoria e Prática*. UNIVALI: Itajaí-SC, 2018.

MAYS, N.; POPE, C. Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, v. 320, 2000.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; LINS DE ANDRADE, G.C. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Rev. Saúde Debate*, v. 42, Número Especial 1, p. 38-51, Rio de Janeiro, setembro, 2018.
MOREIRA, H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, 2018.

MUNICÍPIO DE CATANDUVA. Relatório Anual de Gestão 2019. Disponível em: <https://www.observasaudecatanduva.sp.gov.br>. Acesso em: 29 mar. 2020.

MUNICÍPIO DE CATANDUVA. Relatório Epidemiológico: Janeiro a Junho de 2019. Disponível em: <https://www.observasaudecatanduva.sp.gov.br>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MURRAY, M.; BERWICK, D.M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, New York, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day Appointments: exploding the access paradigma. *Family Practice Management*, Kansas City, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

OLIVEIRA DE ALMEIDA, I. Acesso avançado na estratégia saúde da família: contexto e desafios de implantação. CAMPINAS, 2020. (TESE DE MESTRADO).

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington DC: OPAS; 2007

PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional. In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 99-116. ISBN 978-85-232-1177-6.

PATIAS, N.D.; HOHENDORFF, J.V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Revista Psicologia em Estudo*, v. 24, 2019.

PICKIN, M. et al. Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaborative. *British Journal of General Practice*, v. 54, p. 334-340, 2004.

PIRES FILHO L.A.S.; AZEVEDO-MARQUES J.M.; DUARTE N.S.M.; MOSCOVICI L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 43, N. 121, P. 605-613, ABR-JUN, 2019.

ROCHA, S.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa / Access to primary health care: integrative review. *Physis (Rio J.)* ; 26(1): 87-111, jan.-mar. 2016.

ROSE, K. D.; ROSS, J. S.; HORWITZ, L. I. Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*, v. 171, n. 13, p. 1150-1159, 2011.

SALISBURY, C. 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, p. 608-614, 2007.

STARFIELD B. Acessibilidade e primeiro contato: “a porta”. In: Starfield B, org. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde. p. 207-45. 2002.

STARFIELD B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. [Internet]. 0213-9111/\$ – see front matter © 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265645>>.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, p. 777-796, 2009.

VIDAL T.B. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

VIDAL, T.B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.53, 2019.

WEISS, H.M. Deconstructing Job Satisfaction. Separations, beliefs and affective experiences. Human Resource Management Review, USA , v.2, n. 12, p.173-194, dez. 2002.

WITT M.J. Advanced access works! Improved patient satisfaction, access, and P4P scores. El Segundo, CA: Greenbranch Publishing; 2006

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Convido o(a) Senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva”, desenvolvida pelo Senhor Ronaldo Carlos Gonçalves Junior, sob orientação do Professor Doutor Antonio Luiz Rodrigues Junior, junto à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP-USP. Integram a equipe de pesquisa a Senhora Aline Fiori dos Santos Feltrin e o Senhor Tiago Aparecido da Silva, docentes do Centro Universitário Padre Albino.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) e como objetivos específicos identificar se o acesso avançado contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como os pontos positivos e negativos do acesso avançado na APS na percepção desses profissionais.

A pesquisa será realizada com profissionais de saúde integrantes das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que implantaram com o acesso avançado. Os profissionais foram selecionados aleatoriamente, por meio de sorteio, a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. O critério de inclusão na referida lista foi de profissionais de saúde integrantes da equipe básica de ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além dos recepcionistas das equipes) e que estivessem atuando nas equipes de ESF por pelo menos 03 (três) meses antes do início da implantação do acesso avançado no município de Catanduva, em julho de 2019.

Sua participação no estudo consistirá em responder a um questionário sociodemográfico, anexo a este TCLE, bem como participar de uma reunião de grupo focal, na qual serão discutidos os aspectos relacionados ao acesso avançado na APS, conforme roteiro de tópicos anexo a este TCLE. O grupo focal consiste em uma técnica de pesquisa qualitativa, com coleta de informações baseada na comunicação e interação em grupos.

A reunião terá duração entre 60 e 90 minutos e será realizada na Sala de Reuniões da Secretaria de Saúde de Catanduva, em dia e horário a ser agendado e comunicado a todos os participantes após a conclusão da etapa de convites.

A atividade contará com a participação do pesquisador principal, Senhor Ronaldo Carlos Gonçalves Junior, que atuará como moderador e conduzirá as discussões do grupo a partir do roteiro de tópicos já apresentado. A reunião terá seu áudio gravado e, posteriormente, os discursos serão transcritos e submetidos ao Senhor(a) por e-mail, para validação e comentários sobre a transcrição, sem a possibilidade de alteração do conteúdo básico da gravação. Após a validação, o áudio e a transcrição serão analisados, com vistas a identificar como o tema do estudo é percebido pelos participantes.

O(a) Senhor(a) pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta ou dar alguma declaração/depoimento, mas tem a liberdade de não responder ou interromper a participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Caso o(a) Senhor(a) não se sinta bem pelo desconforto mencionado, ou por outros motivos relacionados ao estudo, o pesquisador estará à disposição para oferecer apoio, avaliando inclusive a necessidade de encaminhamento para acompanhamento com um psicólogo da Secretaria de Saúde de Catanduva/SP.

O(a) Senhor(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início ou conclusão da reunião do grupo focal, sem qualquer prejuízo.

Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que os documentos preenchidos e a gravação do áudio da reunião ficarão sob a propriedade e guarda do pesquisador responsável. O(a) Senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

O(a) Senhor(a) não terá nenhuma despesa e não há nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. No caso do(a) Senhor(a) sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o projeto não prevê forma alguma de compensação, inexistindo, portanto, qualquer tipo de seguro nesse sentido.

Os benefícios de sua participação na pesquisa estão relacionados ao melhor conhecimento e a possibilidade de contribuir com o aperfeiçoamento do modelo denominado acesso avançado.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo, o Senhor Ronaldo Carlos Gonçalves Junior, que pode ser pelo telefone (17) 99635-0585 ou pelo e-mail ronaldocgj@usp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, também poderá ser consultado caso o(a) Senhor(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa.

Um CEP é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no Subsolo do Hospital e funciona das 8 às 17h, telefone de contato (16) 3602-2228 e e-mail cep@hcrp.usp.br.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: “A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva”. Discuti com o pesquisador responsável pela pesquisa, Ronaldo Carlos Gonçalves Junior ou com seu substituto, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado

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

_____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome Completo <i>(essa resposta servirá apenas para controle do pesquisador, não sendo utilizada para qualquer outra finalidade ou divulgação, estando assegurado o sigilo da informação)</i>
R:
2. Sexo
R:
3. Idade
R:
4. Nacionalidade
R:
5. Naturalidade
R:
6. Estado Civil <i>(solteiro, casado / união estável, divorciado / separado, viúvo)</i>
R:
7. Escolaridade <i>(fundamental, médio, técnico, superior, pós-graduação, completo/incompleto)</i>
R:
8. Profissão <i>(aquela em que atua no objeto deste estudo, atenção primária à saúde)</i>
R:

APÊNDICE C – ROTEIRO DE TÓPICOS PARA GRUPO FOCAL

Título do Projeto: A percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na atenção primária à saúde: experiência do município de Catanduva.

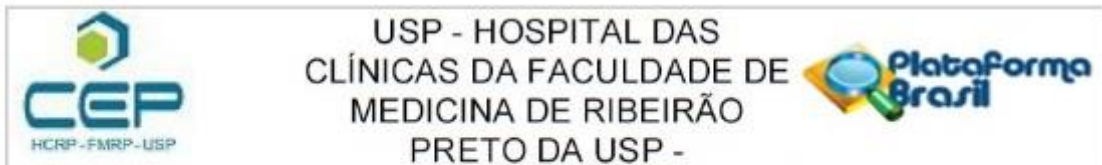
Objetivo Geral: Avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivos Específicos: **a)** identificar se o acesso avançado contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos e **b)** identificar os pontos positivos e negativos do acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) na percepção dos profissionais de saúde envolvidos.

TÓPICOS PARA DISCUSSÃO:

- Qual é a sua percepção geral sobre o acesso avançado?
- Como era sua rotina de trabalho antes da implantação do acesso avançado e como é sua rotina de trabalho hoje? Quais são as principais mudanças?
- Você se sente mais ou menos satisfeito trabalhando com o acesso avançado?
- Na sua visão, quais são os pontos positivos do acesso avançado? Quais são seus maiores benefícios que podem levá-lo a ser expandido?
- Na sua visão, quais são os pontos negativos do acesso avançado? Quais são suas maiores deficiências que podem levá-lo a fracassar?
- Você gostaria de contribuir com mais alguma informação?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CATANDUVA

Pesquisador: RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40623220.6.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.606.763

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado por Ronaldo Carlos Gonçalves Junior, estudante do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, tem como pesquisadores participantes o Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Júnior (orientador), Aline Fiori dos Santos Feltrin e Tiago Aparecido da Silva (colaboradores)

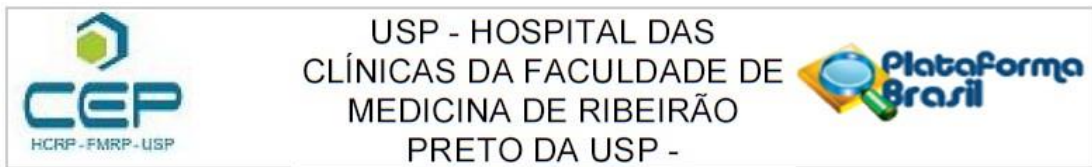
Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS). Especificamente busca identificar se o acesso avançado contribui para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos. Identificar os pontos positivos e negativos do acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) na percepção dos profissionais de saúde envolvidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador garante o sigilo e a proteção da identidade dos participantes, o direito de não participação e interrupção da participação, e o direito à informação. Refere que os benefícios relativos à participação na pesquisa estão relacionados ao melhor conhecimento e a possibilidade de contribuir com o aperfeiçoamento do modelo denominado acesso avançado.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.606.763

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta apresenta uma pesquisa qualitativa, a ser realizada por meio da técnica de grupo focal, com a participação de profissionais de saúde integrantes das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que implantaram o acesso avançado no município de Catanduva/SP. Participarão 15 trabalhadores desta equipe. A técnica metodológica é de grupo focal com gravação de áudio e roteiro de perguntas estruturado, haverá coleta de dados sociodemográficos. Haverá um segundo contato com os participantes por email para a conferência de textos (validação e comentários) após a etapa de transcrição e textualização do conteúdo gravado. A análise será feita por metodologia de matriz SWOT de acordo com (BOSCHMANN, 2014).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo descreve o objetivo do estudo, os nomes dos pesquisadores, e está elaborado na forma de convite. Esclarece as atividades concernentes à participação dos sujeitos de pesquisa, o tempo dispendido e o local. Assegura os aspectos de sigilo, a autonomia de interrupção da participação, e os benefícios advindos da participação, assim como no caso de desconforto pela participação, o autor menciona a estratégia de encaminhamento para serviços de acompanhamento psicológico. Também apresenta o contato do pesquisador, incluindo celular e email para o caso de dúvida, assim como o contato do CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

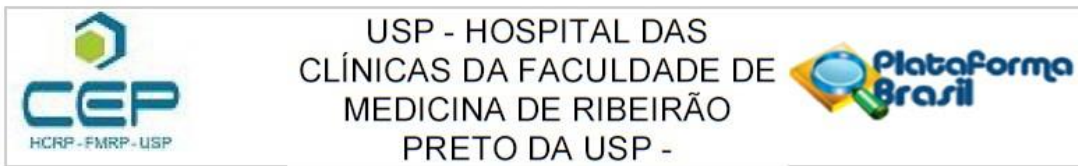
Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa versão datada de 11/03/2021, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 2 – Modificado em 11 de Março de 2021, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO			
Bairro: MONTE ALEGRE	CEP: 14.048-900		
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO		
Telefone: (16)3602-2228	Fax: (16)3633-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br	



Continuação do Parecer: 4.606.763

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1581195.pdf	12/03/2021 10:37:12		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_RESPOSTA_PARECER_CONSUBSTANCIADO_DO_CEP.pdf	11/03/2021 12:43:17	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_RONALDO_GONCALVES_FINAL_CEP_V2.pdf	11/03/2021 12:40:54	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RONALDO_GONCALVES_CEP_V2.pdf	11/03/2021 12:38:34	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/12/2020 22:46:39	RONALDO CARLOS GONCALVES	Aceito
Outros	UPC_DISPENSA_11399.pdf	01/12/2020 22:43:34	RONALDO CARLOS GONCALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_RONALDO_GONCALVES_FINAL_CEP.pdf	01/12/2020 22:41:32	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RONALDO_GONCALVES_CEP.pdf	01/12/2020 22:41:06	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinado_2.pdf	24/07/2020 16:44:11	RONALDO CARLOS GONCALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_PARA_REALIZACAO_DE_PESQUISA_SMS_CATANDUVA.pdf	19/07/2020 11:25:21	RONALDO CARLOS GONCALVES JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Março de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br