

TIAGO BARRA VIDAL

**MODELOS DE AGENDAMENTO E SUA RELAÇÃO COM
O SISTEMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Tese submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de Doutor em
Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale
Tesser
Coorientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vidal, Tiago

Modelos de agendamento e sua relação com a
qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de
Florianópolis / Tiago Vidal ; orientador, Charles
Dalcanale Tesser, coorientador, Erno Harzheim,
2018.

244 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Acesso aos Serviços de
Saúde. 3. Qualidade, Acesso e Avaliação da
Assistência à Saúde. 4. Agendamento de Consultas. 5.
Atenção Primária à Saúde. I. Dalcanale Tesser,
Charles. II. Harzheim, Erno . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. IV. Título.

Tiago Barra Vidal

**MODELOS DE AGENDAMENTO E SUA RELAÇÃO COM O
DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS/SC**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 12 de julho de 2018.

Prof.^a Josimari Telino Lacerda, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Emil Kupek, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Danielle Fernandes Godoi, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Lígia Giovanella, Dr.^a
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Este trabalho é dedicado ao meu filho, João Pedro Campos Vidal, e aos meus pais, João Parente Vidal e Deusarina Barra Vidal.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, pois sem eles, minha formação humana e profissional, não teria chegado até aqui.

Agradeço muito meu colega de trabalho Paulo Vinicius Nascimento Fontanive, excelente pessoa e profissional, por me incentivar e fornecer subsídios para a elaboração desta Tese de Doutorado. Agradeço também aos meus orientadores, Charles Dalcanale Tesser e Erno Harzheim, por me auxiliarem e acreditarem na ideia de elaboração desta pesquisa.

À amiga Suelen Alves Rocha, excelente colega e profissional que tive o prazer de conhecer ao longo desta jornada. E o mais curioso: nunca nos vimos pessoalmente.

Por fim, ao meu filho, João Pedro Campos Vidal, fonte de força e inspiração nos momentos mais difíceis desta longa trajetória que é a elaboração de um Tese de Doutorado. Amo-te, meu filho!

RESUMO

A estratégia de Saúde da Família (SF) trouxe melhora na ampliação do acesso à saúde da população de forma efetiva. Contudo, muitas pesquisas utilizando o *Primary Care Assessment Tool*, o *PCATool*, instrumento de avaliação de APS, mostram que o acesso de primeiro contato ainda é muito insuficiente no Brasil, mesmo na SF. O acesso de primeiro contato implica na acessibilidade e no uso de seus serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. O acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, mas sim o ajuste entre as necessidades da população e os serviços de saúde. Logo, o acesso efetivo se dá pela utilização e não apenas pela disponibilidade de serviços. Sabendo que em situações de austeridade econômica é difícil obter apoio político e financeiro para investir em grandes projetos de incremento da capacidade dos serviços de APS, recomenda-se que as equipes de SF realizem intervenções relacionadas às barreiras organizacionais devido a sua alta governabilidade. Para isto é necessário pensar em estratégias passíveis de modificar aspectos distintos do processo de trabalho nas equipes de APS para incrementar o acesso. Uma das formas se dá através da organização da agenda e da forma de agendamento de consultas a fim de otimizá-las. Para isto, deve-se pensar em modelos de agendamento que possibilitem um maior equilíbrio entre a capacidade de oferta e de demanda. Muitos serviços de APS têm implantado seu modo de agendamento de consultas na forma de acesso avançado por ser um modelo que permite esse equilíbrio, não sem esforço e com adaptações necessárias à realidade local. No entanto, é importante avaliar se este modelo de agendamento está relacionado realmente a um melhor desempenho ou qualidade da APS. Este foi o objetivo deste trabalho, que avaliou se as equipes de Saúde da Família que promovem o acesso avançado como forma de agendamento de consultas médicas apresentam o Escore Geral (EG) de APS do *PCATool-Brasil* maior quando comparado com outras equipes que utilizam outras formas de agendamento, como o modelo tradicional (onde todos os pacientes são agendados previamente sem reservas de vagas para consultas de demanda espontânea), e o modelo *carve-out* de agendamento (onde um percentual de vagas são reservadas para consultas de demanda espontânea). Os valores dos escores do *PCATool-Brasil* variam de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore. Como metodologia, foi feito, primeiramente, um estudo transversal de base populacional que mediu a qualidade dos serviços de

saúde através da presença e extensão dos atributos da APS aplicando o *PCATool-Brasil* a 598 usuários adultos no Distrito Sanitário Norte (DSN) de Florianópolis/SC. Verificou-se que aproximadamente 70% das pessoas (n = 409) relataram utilizar os Centros de Saúde (CS) do DSN como serviço de referência para cuidados primários em saúde. Utilizou-se, daí, dados secundários provenientes do INFOSAÚDE – sistema informatizado de saúde utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis – do período de um ano (01/01/2011 a 31/12/2011), dos onze CS existentes no distrito sanitário norte no período analisado, relacionados a: população por área adscrita do CS; número de equipes de SF por CS; número de consultas médicas em um ano por CS; número de pessoas atendidas em um ano por CS. Os outros dois dados secundários, presença de *Áreas de Interesse Social* e *proporção de pobreza*, foram obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente. A forma de agendamento dos Centros de Saúde foi verificada de acordo com informantes-chave que trabalhavam nos CS no período avaliado. Foi utilizada análise multinível dos dados primários e secundários para verificar a relação entre o EG do *PCATool-Brasil* e o modelo de agendamento. As variáveis independentes com $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multinível, que foi ajustado com agregados de informação dos usuários e dos centros de saúde. Os resultados do *PCATool-Brasil* mostraram que o acesso de primeiro contato, subdimensão utilização, foi o atributo melhor avaliado (EG = 8,4; IC95%: 8,2; 8,6), enquanto a integralidade, subdimensão serviços prestados, foi o pior (EG = 5,1; IC95%: 4,9; 5,3). Quatro (36,6%) dos onze CS avaliados apresentaram alto escore médio essencial e geral de APS. O CS que utilizava acesso avançado apresentou alto escore de APS (EG = 7,04), enquanto os que utilizavam *carve-out* semanal obtiveram baixo escore (EG = 6,26, *carve-out* quinzenal EG = 5,87, e tradicional EG = 6,29). Logo, os resultados mostraram que existe uma relação positiva entre um formato de agenda mais flexível como no acesso avançado, e o escore médio geral da APS – medida da qualidade da APS – em Florianópolis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Agendamento de Consultas. Estudos Transversais.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has brought about an improvement in the first contact access to the populations in an effective way. However, many researches using the *Primary Care Assessment Tool, PCATool*, a PHC assessment instrument, show that first contact access is still insufficient in Brazil, even in the FHS. First contact access implies in accessibility and use of their services for each new problem or new episode of a problem for which health care is sought. Accessibility is broader than access, because it is not just the individual's entrance into the health system or the availability of services and resources in a given time and space, but rather the adjustment between the needs of the population and the services. Therefore, effective access is through use and not just through the availability of services. Knowing that in economic austerity situations it is difficult to obtain political and financial support to invest in large projects to increase the capacity of PHC services, it is recommended that Family Health teams begin with interventions related to organizational barriers due to their high governance. For this, it is necessary to think about strategies that can modify different aspects of the work process in PHC teams to increase access. One way is through the appointments and scheduling model's organization to optimize them. To maximize the effectiveness of appointment scheduling's, the advanced access model allows a greater balance between supply and demand capacities, not effortlessly and with adaptations necessary to the local reality. However, it is important to assess if this scheduling model is actually related to better performance or quality of PHC. This was the objective of this study, which evaluated if Family Health teams that promote advanced access scheduling model of medical appointments present the PCATool-Brazil General Score (GE) higher when compared to other Family Health teams that uses other scheduling models, such as the traditional model (where all patients are previously scheduled ,without slots reservation for urgent care), and the carve-out scheduling model (where a percentage of slots are reserved for urgent care in the agenda). The values of PCATool-Brazil scores ranged from 0 to 10, with values equal to or greater than 6.6 is considered high score. As methodology, a cross-sectional population-based study was conducted that measured the quality of health services through the presence and extension of PHC attributes applying *PCATool-Brazil* to 598 adult users in the Northern Sanitary District (NSD) of Florianópolis/SC. Approximately 70% of the users (n = 409) reported using the Health Centers (HC) of the NSD as a reference service for primary health care. Secondary data from

INFOSAÚDE - computerized health system used by Municipal Health Secretary (MHS) of Florianópolis - were used from one-year period (01/01/2011 to 12/31/2011), from the eleven HC existing in the NSD in the analyzed period, related to: population by the HC catchment area; number of FHS teams per HC; number of medical consultations in one year per HC; number of people attended in one year by HC. The other two secondary data, presence of *Areas of Social Interest* and *proportion of poverty*, were obtained from the Department of Health Geoprocessing and the Municipal Health Department, respectively. The form of scheduling model of the Health Centers was verified according to key informants who worked in the HC during the period evaluated. Multilevel analysis of the primary and secondary data was used to verify the relationship between the GE of PCATool-Brazil and the scheduling model. The independent variables with $p < 0.20$ were selected for the multilevel model, which was adjusted with aggregates of information from users and Health Centers. The results of PCATool-Brazil showed that the first contact access, sub-dimension utilization, was the best evaluated attribute (GE = 8,4; 95% IC: 8,2; 8,6) while the comprehensiveness, sub-dimension services provided, was the worst (GE = 5.1, 95% CI: 4.9, 5.3). Four (36.6%) of the eleven HC evaluated had a high mean overall and essential PSA score. The HC that used advanced access had a high APS score (GE = 7.04), while those using other scheduling models, such as traditional (GE = 6.29) and weekly carve-out (GE = 6.26) or biweekly carve-out models (GE = 5.87), had a low score. Therefore, the results showed that there is a positive relationship between the advanced access, and the PHC score in Florianópolis.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Accessibility. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Appointments and Schedules. Cross-Sectional Studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	28
Figura 2. Caracterização dos cinco distritos sanitários de Florianópolis (2012).....	43
Figura 3. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde, 1961.....	54
Figura 4. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde, 2001.....	55
Figura 5. Os perfis de demanda agrupados pela sua similaridade e os perfis de oferta na APS.....	61
Figura 6. Correlação entre tipos de ofertas e ações na Saúde da Família.....	62
Figura 7. Esquema representativo das principais estratégias utilizadas para melhoria do acesso na APS.....	67
Figura 8. Relação da população assistida com os serviços de APS.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Síntese entre as diretrizes da I oficina e as experiências exitosas locais.....	46
Quadro 2.	Semana padrão da equipe 260 do Centro de Saúde Tapera.....	52
Quadro 3.	Rede assistencial de média e alta complexidade da SES/SC na região da Grande Florianópolis.....	53
Quadro 4.	Caracterização dos diferentes perfis de demanda na APS.....	59
Quadro 5.	Cálculo para o tamanho do painel.....	73
Quadro 6.	Cálculo do tamanho do painel para equipes multiprofissionais de saúde.....	81
Quadro 7.	Método para cálculo do tamanho de painel para uma equipe mínima de Saúde da Família.....	83
Quadro 8.	Cartão de escore para predição de demanda no modelo <i>carve-out</i>	95
Quadro 9.	Como predizer o número de vagas no modelo <i>carve-out</i>	95
Quadro 10.1	Modelo de organização da agenda do Médico de Família e Comunidade.....	102
Quadro 10.2	Modelo de organização da agenda do Enfermeiro.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Motivos de consulta mais frequentes em APS em Florianópolis, 2012.....	56
Tabela 2.	Distribuição dos 12.437 problemas identificados nos 7.849 atendimentos realizados no período de duas semanas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 1999.....	57
Tabela 3.	Pressão assistencial e a carga de trabalho dos médicos de APS em 11 países, em 2011.....	71
Tabela 4.	Pressão Assistencial (carga de trabalho) dos médicos de APS com seus usuários no Brasil, em 2012.....	72
Tabela 5.	Características dos serviços de primeiro contato nos países da União Europeia.....	75
Tabela 6.	Organização da atenção ao primeiro contato.....	76
Tabela 7.	Estimativa do ‘Tamanho do painel’ em diferentes modelos de Delegação de Tarefas para outros profissionais de saúde não médicos.....	82
Tabela 8.	Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes comunitários de saúde
ACG – Adjusted Clinical Groups
AIS – Ações Integradas de Saúde
APAR – Associação dos Pacientes Renais de Santa Catarina
APS – Atenção Primária à Saúde
BMJ – British Medical Journal
CCR – Centro Catarinense de Reabilitação
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde
Previdenciária
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CS – Centros de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
eSF – equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HEMOSC – Hemocentro de Santa Catarina
HF – Hospital Florianópolis
HGCR – Hospital Governador Celso Ramos
HIJG – Hospital Infantil Joana De Gusmão
HNR – Hospital Nereu Ramos
HRSJ – Hospital Regional Homero De Miranda Gomes
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSC – Instituto de Cardiologia
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
MCD – Maternidade Carmela Dutra
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS – National Health System
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACK – Practical Approach to Care Kit

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool – Primary Care Assessment Tool
PE – Pernambuco
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PAISC – Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PRISF – Programa Integrado de Residência em Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RIPSA – Rede Intergerencial de Informações para a Saúde
RJ – Rio de Janeiro
RS – Rio Grande do Sul
SF – Saúde da Família
SAS – Serviço de Saúde Auditiva
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
1.1	SINOPSE HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	23
1.1.1	A reforma no setor saúde brasileiro.....	24
1.1.2	O sistema de saúde brasileiro atual.....	24
1.1.2.1	<i>O subsistema público de saúde e a descentralização.....</i>	<i>25</i>
1.1.2.2	<i>O subsistema privado de saúde.....</i>	<i>25</i>
1.2	COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
1.3	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	27
1.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
1.4.1.	Um resumo histórico da Atenção Primária à Saúde no cenário internacional.....	28
1.4.2	A Atenção Primária Seletiva.....	29
1.4.3	A Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas.....	30
1.4.4	Atenção Primária à Saúde – Agora mais do que nunca.....	31
1.4.5	Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	32
1.4.6	A Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	33
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	39
2.1	A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL PELO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL – PCATool.....	39
2.2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA.	42
2.2.1	As Oficinas de Acesso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no ano de 2011.....	45
2.2.2	Relato Histórico do Centro de Saúde Ingleses.....	49
2.2.3	Relato de um Médico de Família e Comunidade Ricardo André Freire de Souza, USF Planície das Mangueiras de Natal-RN sobre os CS Ingleses e CS Santinho no ano de 2012.....	50
2.2.4	Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção de saúde.....	51
2.3	OS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA.....	52

2.4	CARACTERIZANDO A DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	53
2.5	ADEQUANDO A DEMANDA À CAPACIDADE.....	67
2.5.1	Estimando a oferta e a demanda por consultas clínicas.....	68
2.5.2	Definindo limites adequados para o tamanho do painel centrado no cuidado médico.....	72
2.5.3	Estimando um tamanho de painel adequado compartilhando tarefas de cuidados crônicos e preventivos com outros profissionais da saúde.....	80
2.5.4	A enfermagem na APS e o compartilhamento de cuidado..	84
2.6	REDUZINDO O TEMPO DE ESPERA E A DEMORA.....	85
2.7	MODELOS DE AGENDAMENTO.....	88
2.8	MAXIMIZANDO A EFETIVIDADE DO AGENDAMENTO – EXEMPLO DE IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO.....	96
3	OBJETIVOS.....	105
3.1	OBJETIVO GERAL.....	105
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	105
4	METODOLOGIA.....	107
4.1	PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS.....	108
4.2	DADOS SECUNDÁRIOS.....	109
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	109
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	112
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	113
5.1	ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, 2012: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL.....	113
5.2	ARTIGO 2: MODELOS DE AGENDAMENTO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL MULTINIVEL.....	131
5.3	CAPÍTULO DE LIVRO: MODELOS DE AGENDAMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	153
6	CONCLUSÃO.....	201
	REFERÊNCIAS.....	203
	ANEXO A	227
	ANEXO B.....	231

1 INTRODUÇÃO

1.1 SINOPSE HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema nacional de saúde constitui-se por uma complexidade de organizações públicas e privadas, em diversos momentos de sua história. Na primeira década do século XX, campanhas sanitárias eram realizadas de forma rígida e autoritária na saúde pública, gerando reclamação e desentendimento tanto da população quanto de políticos e líderes militares, levando, por exemplo, a Revolta da Vacina contra a varíola em 1904. Nas décadas de 20 e 30 os direitos civis e sociais estavam ligados à colocação das pessoas no mercado de trabalho. Esse sistema de proteção social teve sua expansão no governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945) assim como nos governos militares (1964 – 1984) (PAIM et al., 2011).

Contudo, tal sistema era fragmentado e desigual, composto por um Ministério da Saúde subfinanciado e um sistema de assistência médica de previdência social. Sua provisão de serviços se dava através de institutos de aposentadoria e de pensões divididos por categoria ocupacional (bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. Logo, pessoas que possuíam empregos casuais não tinham acesso a uma oferta adequada de serviços. Esses serviços podiam ser públicos, filantrópicos ou privados – pagos diretamente ao prestador de serviço. Após 1964, durante o governo militar, foram feitas reformas de governo que levaram para um sistema de saúde predominantemente privado, com conseqüente ampliação de sua cobertura e extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (ALMEIDA, 1981; BRAGA; PAULA, 1981).

Na primeira metade da década de 70, o governo federal disponibilizou recursos públicos para reforma e construção de hospitais privados (BRAGA; PAULA, 1981). Além disso, estendeu aos sindicatos e instituições filantrópicas a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde (ALMEIDA, 1981). Outra mudança foi em relação aos subsídios diretos das empresas privadas para a assistência médica de seus empregados, uma vez estes que foram substituídos por descontos no imposto de renda. Esta mudança levou a expansão da oferta pública de cuidados médicos com concomitante proliferação dos planos de saúde privados (BAHIA, 1999). Este aumento de cobertura da previdência social associado a um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base em serviços realizados (*fee for service*), ocasionou uma crise no financiamento da previdência que, associada ainda à recessão econômica da década de 1980, fomentou os

desejos por uma reforma no setor saúde brasileiro (ABRANTES PÊGO; ALMEIDA, 2002).

1.1.1 A reforma no setor saúde brasileiro

Embora o desejo por uma reforma no setor de saúde brasileiro tenha iniciado-se em meados da década de 1970, ela se estruturou durante o período de redemocratização. Com movimentos sociais crescentes no país e iniciativas de diversos setores da sociedade – população, sindicatos, parlamentares progressistas, gestores municipais de saúde, etc. – a concepção política e ideológica da reforma sanitária brasileira defendia a saúde com um direito do cidadão, o que foi reconhecido na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Além disso, na CNS também foram delineados os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), através do desenvolvimento de estratégias que propiciaram posteriormente a coordenação, integração e a transferência de recursos para a saúde entre os entes municipais, estaduais e federais (BIRMAN, 1991; ABRANTES PÊGO; ALMEIDA, 2002).

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu as bases para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

1.1.2 O sistema de saúde brasileiro atual

Composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, numa combinação público-privada, o sistema de saúde brasileiro é subdividido atualmente em dois subsetores:

I) Subsetor Público de saúde: os serviços são providos e financiados pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares;

II) Subsetor Privado de saúde: independente de ter ou não fins lucrativos, seus serviços são financiados de várias formas, seja com recursos públicos ou privados – em sua maioria privados –, organizados e prestados por entidades privadas, não controladas por instituições públicas, para usuários diversos – em geral, contratantes privados individuais ou coletivos, via pagamento antecipado ou por serviço.

Embora os componentes público e privado sejam distintos, eles são interligados e os usuários podem usufruir de qualquer um dos serviços destes dois subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade econômico-financeira (PAIM et al., 2011).

1.1.2.1 O subsistema público de saúde e a descentralização

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 especifica as atribuições e a organização do Sistema Único de Saúde. Sua descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, tinha como objetivo proporcionar maior autonomia, permitindo não apenas maior expansão dos recursos e financiamento como também maior controle e ações regulatórias pelo governo federal (BRASIL, 1990).

Para implementar o SUS, a descentralização do sistema foi o método utilizado. Para isso, foi necessário o estabelecimento de normas do Ministério da Saúde com objetivo de assegurar mecanismos de repasse financeiro – como, por exemplo, o Piso da Atenção Básica (PAB), um valor per capita transferido do governo federal para os municípios para financiamento da atenção primária à saúde – além da criação de conselhos de saúde e dos comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite), nos quais as decisões são tomadas por consenso. Muitas destas normas foram substituídas em 2006 pelo Pacto pela Saúde, no qual os gestores de cada esfera de governo assumiram um compromisso acerca de metas e responsabilidades em saúde (TATAGIBA, 2005; BRASIL, 2006a; NETO et al., 2006; MIRANDA, 2007; ESCOREL; MOREIRA, 2009; CÔRTEZ, 2009).

Esse conjunto de ações permitiu que cada esfera de governo legitimasse a implementação da política nacional de saúde (CARVALHO, 1995; LABRA, 2002; LUBE GUIZARDI et al., 2004; MIRANDA, 2007). Com o aumento da descentralização, foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) que veio a tornar-se referência de organização de equipes de profissionais de saúde de atenção primária, conforme será descrito posteriormente (BRASIL, 1993).

1.1.2.2 O subsistema privado de saúde

De algum modo, as políticas de saúde estimularam a privatização da atenção à saúde. Pode-se citar como exemplo o incentivo às empresas de planos e seguros de saúde.

No SUS, o subsistema privado de saúde se justapõe ao setor público oferecendo serviços hospitalares, ambulatoriais e medicamentos pagos por desembolso direto, planos e seguros de saúde privados. Sendo assim, parte da oferta é financiada pelo setor público e o restante pelo setor privado.

A reivindicação por planos e seguros de saúde privados vem tanto dos trabalhadores quanto das empresas, sejam elas públicas ou privadas. Nos planos ou seguros de saúde privados pode-se optar entre um cardápio de serviços de livre escolha de prestadores de assistência à saúde, dependendo de quanto o usuário quer despendar. Logo, a demanda, a qualidade da atenção e das acomodações disponíveis ('hotelaria') pode variar consideravelmente em um mesmo estabelecimento dependendo do pacote de serviços de saúde adquirido pelo funcionário.

No entanto, cabe a ressalva que mesmo as pessoas com seguros ou planos de saúde privados frequentemente recebem e utilizam diversos insumos e serviços do Sistema Único de Saúde, tais como vacinas, hemodiálise, transplantes, serviços de alto custo, procedimentos complexos, entre outros (HEIMANN; IBANHES, 2005).

Embora a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano 2000, tenha surgido com o objetivo de regulamentar legal e administrativamente o mercado dos seguros privados de saúde, o crescimento contínuo do subsetor privado continua sendo subsidiado pelo Estado, com conseqüente subfinanciamento do subsetor público. Isso compromete ainda mais sua capacidade de garantir a qualidade da atenção e do acesso da população aos serviços de saúde em sua totalidade (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

1.2 COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atualmente o SUS exerce diversas funções. Pode-se citar as ações de promoção e educação em saúde, controle de vetores e vigilância sanitária, além de garantir a oferta e organização dos serviços nos diversos pontos do sistema de saúde. São eles:

a) Atenção Primária à Saúde (APS): é porta de entrada do sistema de saúde. É escopo da presente tese de doutorado e será discutida adiante com maior profundidade;

b) Média Complexidade: muito dependente de contratos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico do setor privado, a oferta destes serviços ambulatoriais especializados se torna limitada no SUS, pois muitas vezes o setor privado contratado acaba dando preferência aos portadores de planos de saúde privados (PIOLA et al., 2009). Logo, o acesso a estes serviços é desigual (SOLLA; CHIORO, 2008), além da sua escassa regulamentação fazer com que procedimentos de média complexidade sejam, muitas vezes, preteridos em detrimento dos procedimentos de alto custo (CONASS, 2006).

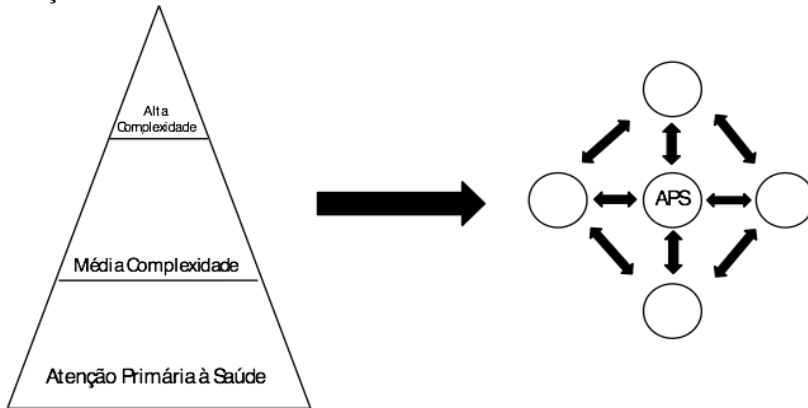
c) Alta complexidade: neste nível de atenção incluem-se os procedimentos de alto custo, realizados principalmente por prestadores privados contratados pelo SUS e hospitais públicos de ensino (CONASS, 2006). O Brasil tem 6.384 hospitais, sendo 69,1% privados. Somente 35,4% dos leitos hospitalares estão no setor público. Além disso, apenas 38,7% dos leitos do setor privado se encontram disponíveis para o SUS por meio de contratos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Logo, a oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente (MENDES; MARQUES, 2009).

1.3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que permitem oferecer uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela APS. São um contínuo de atenção entre a APS, a Média e a Alta Complexidade, prestando atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis, tendo como objetivos: melhorar a qualidade da atenção e a equidade dos usuários do sistema de saúde, assim como os resultados sanitários desse sistema, além de ser eficiente na utilização dos recursos financeiros (ROSEN; HAM, 2008).

Sua organização é poliárquica, ou seja, estabelecida sem hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. O sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de serviços de atenção à saúde, sem grau de importância entre eles, diferenciando-se pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. Em certa medida, diverge da concepção vigente na normativa do SUS de 1988, que é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. As RAS têm uma particularidade: seu centro de comunicação se encontra-se na APS.

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

A concepção das RAS foi incorporada oficialmente ao SUS por meio de dois instrumentos jurídicos. O primeiro, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). E o segundo, o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 e explicita que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.4.1. Um resumo histórico da Atenção Primária à Saúde no cenário internacional

A concepção atual de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em 1920 no Reino Unido com o Relatório Dawson. Este relatório descreveu a organização do sistema de atenção à saúde e suas funções em cada nível de atenção, assim como as relações entre eles - serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino (PENN et al., 1920). Esse documento é o marco inaugural da regionalização dos sistemas de saúde organizados

baseados na saúde da população. Esse documento constitui a proposta inovadora das RAS coordenadas pela APS.

Outro marco histórico da APS foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido - *National Health System (NHS)* - em 1948, e a opção pela figura do médico generalista, precursor da medicina de família e comunidade (LAKHANI; BAKER; FIELD, 2007).

O estabelecimento da APS no cenário internacional ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, na República do Cazaquistão, ex-república socialista soviética. Nesta conferência, a APS foi definida como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1-2)

Logo, o entendimento da APS na Declaração da Alma-Ata é bastante amplo, uma vez que a considera função central do sistema nacional de saúde, além de se preocupar com os custos crescentes da assistência médica pela incorporação e o uso cada vez mais frequente de novas tecnologias em saúde, sem a devida avaliação custo-benefício para a saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

1.4.2 A Atenção Primária Seletiva

Após a Declaração de Alma-Ata, deu-se um embate entre a concepção de saúde integral e abrangente em relação a concepção de atenção primária seletiva, prevalecendo esta última, em um contexto

internacional desfavorável e de baixo crescimento econômico. Em 1979, a Fundação Rockefeller, em conjunto com a Fundação Ford, a Agência Internacional para o desenvolvimento, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Banco Mundial realizaram uma conferência na Itália onde foi discutida uma nova compreensão de APS: a Atenção Primária à Saúde Seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Embora a APS seletiva tenha sido proposta como uma estratégia transitória e complementar às proposições de Alma-Ata, ela difundiu-se e foi caracterizada como um pacote de intervenções de baixo custo com o objetivo de combater as principais doenças em países em desenvolvimento. Com aval da agência internacional UNICEF, suas quatro principais intervenções eram conhecidas como GOBI por suas iniciais em inglês: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*Growth monitoring*), reidratação oral (*Oral rehydration*), aleitamento materno (*Breast feeding*) e imunização (*Immunization*). Em alguns programas, foram incorporadas as chamadas “FFF”: suplementação alimentar (*Food supplementation*), alfabetização feminina (*Female literacy*) e planejamento familiar (*Family planning*), uma vez que a alfabetização feminina e o aumento do nível de escolaridade das mulheres são base de diversas ações em saúde e estão fortemente associadas à redução da mortalidade infantil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

Uma das maiores críticas a este programa foi não considerar questões políticas determinantes, nem tampouco a necessidade de melhorias socioeconômicas por meio da garantia de necessidades básicas para a melhoria das condições de saúde das pessoas. Por exemplo, a terapia de reidratação oral, embora seja uma tecnologia efetiva para tratamento de diarreias, não poderia substituir medidas preventivas e de promoção de saúde específicas de saneamento básico, tais como o acesso à rede de água e de esgoto (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2013).

1.4.3 A Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas

Após Alma-Ata, a APS seletiva predominou nos países em desenvolvimento. Entretanto, em 2003, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovou uma resolução que reforça a necessidade de seus países membros adotarem uma série de medidas com o objetivo de fortalecer a APS. Em 2005, emitiu o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, no qual defende a necessidade de fortalecer o debate sobre

o significado dos sistemas de saúde, sua relação com outros determinantes da saúde da população e sua distribuição equitativa nas sociedades, assim como uma reflexão sobre os valores sociais como determinantes fundamentais de saúde e de sistemas de saúde. O documento também enfoca a necessidade de se investir em redes integradas de saúde com uma utilização mais racional e equitativa dos recursos, além de reforçar que serviços de saúde coordenados e orientados pela APS estão entre as formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde (MACINKO; MONTENEGRO; NEBOT, 2005).

Contudo, para planejar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS, é necessário conhecer os atributos da Atenção Primária à Saúde.

1.4.4 Atenção Primária à Saúde – Agora mais do que nunca

Em 2008, a OMS publicou o relatório “Atenção Primária à Saúde – Agora mais do que nunca”, apresentando quatro conjuntos de reformas com o objetivo de fortalecer a APS em diversos países, sejam eles ‘ricos’ ou ‘pobres’. São elas:

a) Reformas da cobertura universal que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, apontando primordialmente o acesso universal e a proteção social da saúde;

b) Reformas na prestação de serviços que reorganizem os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e mais capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo em que produzam melhores resultados;

c) Reformas de políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública, com atenção primária, buscando políticas saudáveis em todos os setores e ampliando intervenções de saúde pública nacionais e transnacionais; e

d) Reformas de liderança que substituam uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando e controle, e por outro, o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Para planejar, reorientar e propor as reformas dos sistemas de saúde com ênfase na APS é fundamental conhecer sua operacionalização por

meio de seus atributos essenciais e derivados, caracterizados por Starfield e colaboradores (2002).

1.4.5 Atributos da Atenção Primária à Saúde

Segundo Starfield e colaboradores (2002), os atributos da APS são:

- a) Acesso de Primeiro Contato;
- b) Longitudinalidade;
- c) Integralidade;
- d) Coordenação do Cuidado;
- e) Orientação Familiar;
- f) Orientação Comunitária;
- g) Competência Cultural.

Os primeiros quatro são chamados de atributos essenciais e os três últimos de atributos derivados. Uma APS de qualidade se dá quando todos os seus sete atributos são operacionalizados em sua totalidade.

O acesso de primeiro contato é a porta de entrada no sistema de saúde. Implica na acessibilidade e no uso de seus serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, nos quais se procura atenção à saúde. Logo, seu requisito primordial é que seja acessível à população. Para isso, faz-se necessário tentar eliminar ou diminuir barreiras financeiras, geográficas, organizacionais ou culturais, a fim de possibilitar sua utilização por parte das pessoas a cada novo episódio. O acesso a APS é fundamental para se contemplar os demais atributos (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade é o acompanhamento regular do usuário pela equipe de saúde ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de doença. Para estabelecer este vínculo entre profissionais de saúde e usuários, a equipe de saúde deve ser capaz de identificar sua população, seja por meio de adstrição territorial das pessoas, seja por inscrição voluntária dos pacientes na unidade de saúde (STARFIELD, 2002).

A integralidade (*comprehensiveness*) ou abrangência é o reconhecimento e a prestação de serviços pela equipe de saúde que atendam às necessidades em saúde de sua população, sejam eles relacionados a atividades de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação ou de cuidados paliativos. Logo, os profissionais de saúde devem compor arranjos em equipes de saúde que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes, responsabilizando-se também pela oferta destes serviços em outros pontos de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado está relacionada à capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de atenção à saúde. A essência da coordenação é a disponibilidade da informação do usuário na rede de serviços, ou seja, requer a existência de um prontuário que contenha suas informações em todos os pontos da rede. A coordenação do cuidado, função que deve ser exercida pela equipe de APS, entre os diferentes pontos de atenção da rede saúde, faz-se cada vez mais necessário dado o envelhecimento populacional e as consequentes mudanças no perfil epidemiológico, com o aumento da prevalência de doenças crônicas (STARFIELD, 2002).

A orientação familiar consiste no foco na família como sujeito da atenção, com maior interação desta com a equipe de saúde, permitindo assim maior conhecimento acerca de seu funcionamento e de sua dinâmica familiar, a fim de resolver seus eventuais conflitos e necessidades (STARFIELD, 2002).

A orientação comunitária está relacionada ao reconhecimento por parte da equipe de saúde das necessidades da população, em seus contextos físico, econômico e social e sua integração com programas intersetoriais relacionados aos determinantes sociais de saúde proximais e intermediários (STARFIELD, 2002).

A competência cultural consiste em uma relação horizontal entre equipe de saúde e usuários, respeitando as singularidades e o contexto cultural em que estão inseridos dentro do processo terapêutico (MENDES, 2015).

A presença dos sete atributos é fundamental para melhores resultados na qualidade da atenção. Há evidências nacionais e internacionais que a heterogeneidade da qualidade da APS está relacionada à ausência de um ou mais desses atributos (MENDES, 2012).

1.4.6 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

De acordo com Mendes (2012), a história da APS no Brasil pode ser dividida em ciclos de desenvolvimento. O primeiro ciclo surgiu em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP). O segundo ciclo se deu com a criação de centros de saúde e de unidades do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o apoio da Fundação Rockefeller. Esses centros de saúde tinham foco eminentemente em serviços preventivos, separando funções clínicas e de saúde pública, onde os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios hospitalares, exceto no caso de determinadas doenças transmissíveis, tais como tuberculose e doenças venéreas, onde então

eram realizados tratamentos como medida de prevenção de contágio. A Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de Centros de Saúde nas décadas de 1930 e 1940.

O terceiro ciclo se deu a partir da segunda metade de 1960 nas Secretarias Estaduais de Saúde. Embora tivessem o mesmo conceito da SESP, ou seja, foco na prevenção de doenças e tratamento de doenças infecciosas, já apresentava a incorporação da atenção médica em um modelo voltado para o grupo materno-infantil.

O quarto ciclo surgiu nos anos 70, sendo contemporâneo da proposta de APS internacional legitimada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Neste ciclo, iniciou-se o desenvolvimento de programas de extensão de cobertura, como, por exemplo, a APS seletiva. Em 1976 surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para a região nordeste (PIASS), que tinha como objetivo organizar uma estrutura básica de saúde nos municípios com até 20.000 habitantes, utilizando pessoal de nível auxiliar e da própria comunidade. Esse programa alcançou abrangência nacional em 1979.

O quinto ciclo se deu na década de 80. Em 1982, o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) rompeu a tendência centralizadora na formulação de políticas a partir do nível federal e abriu espaços para experiências locais, tais como o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinha como propósito organizar os serviços básicos municipais baseados em convênios entre as três esferas de governo (MENDES, 2015). As AIS, tomadas como estratégia em 1985, levaram para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e estimularam a integração das instituições de atenção à saúde – Ministério da Saúde, INAMPS, secretarias estaduais e municipais de saúde – a definir ações locais conjuntas.

O Plano CONASP e o programa de AIS possibilitaram ao SUS o seu sexto ciclo de desenvolvimento, que se efetivou através da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, gerando uma grande expansão dos cuidados primários em saúde, responsáveis por ações preventivas e de assistência médica à saúde. Além disso, a organização deste primeiro nível de atenção permitiu a população receber atenção integral à saúde independentemente de contribuição financeira à previdência social. Entre 1984 e 1987, outros programas de APS direcionados a grupos específicos, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), foram difundidos como parte de uma estratégia para

consolidar os serviços básicos de saúde à população, que mais tarde serviram de modelo para outros programas de atenção integral voltados a grupos de risco criados, como, por exemplo, de idosos, adolescentes, hipertensão e diabetes, etc.

Por fim, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira e é o ciclo vigente. É a primeira vez em que se tem uma dimensão qualitativa na dimensão quantitativa de expansão da APS. Logo, trata-se de realizar um trabalho na APS com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva anterior (MENDES, 2012).

Para Girade (2010) o Programa Saúde da Família (PSF) foi originado pela falta de acesso da população ao sistema de saúde que continuava precário em 1993, com cerca de 1.000 municípios brasileiros sem nenhum profissional médico. Essa também foi a razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991.

O PSF materializou-se com a Portaria MS nº 692, de 25 de março de 1994 (BRASIL, 1994). Em um primeiro momento, foi implementado em municípios menores e manteve o caráter de APS seletiva. Como estratégia, a Saúde da Família foi evidenciada na Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, onde também foi caracterizada como o primeiro nível de atenção:

Um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1998).

Embora a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) admita outras formas de equipe de saúde, ela ainda tem na Saúde da Família (SF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no país. As equipes de SF são compostas, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Pode fazer parte ainda da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

O número de ACS por equipe de SF é definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição loco regional. No entanto, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade

social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Cada equipe de SF deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, localizadas dentro de seu território, garantindo assim os princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2017).

A implementação do PSF foi um elemento estratégico para a consolidação do SUS. A utilização das unidades de Saúde da Família como modelo de atenção promoveu uma reorientação do modelo médico-assistencial e das práticas de trabalho na APS. Possibilitou também ampliação da cobertura e melhora dos indicadores de saúde.

Diante deste cenário e em consonância com a concepção de APS abrangente e coerente com o processo de renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela OPAS (OPAS/OMS, 2005), em 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria Ministerial nº 648/GM, consolidando a atenção primária à saúde como porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2006b).

A PNAB reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem PSF. Nesse sentido, a PNAB orientou a estratégia de Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização dos sistemas municipais de saúde.

A estratégia de Saúde da Família (SF) trouxe melhora na ampliação do acesso à saúde da população de forma efetiva. Muitos trabalhos mostraram a superioridade do modelo da SF quando comparados a outros modelos de APS ainda vigentes no país, como o modelo tradicional – onde médicos e enfermeiros generalistas, sem formação específica em saúde da família, atendem a população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem – e o modelo *Semachko* – originário da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários, formado por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra (MENDES, 2012).

Contudo, o acesso de primeiro contato em APS ainda é insuficiente no Brasil, mesmo na ESF. Portanto, faz-se necessário estudar estratégias para garantir o acesso da população a esses serviços.

Uma das estratégias voltadas ao incremento do acesso oportuno na APS e ao aprimoramento das rotinas assistenciais dos profissionais de saúde é a adoção de um modo ou modelo de agendamento que permita a otimização dos atendimentos clínicos na APS. A viabilização do acesso universal ao cuidado clínico individual, com resolução da maioria dos problemas de saúde dos usuários e coordenação de cuidados providos por outros serviços do sistema de saúde, em abordagem centrada na pessoa,

família e comunidade, abrangente (integral) e longitudinal (ao longo do tempo) é uma das principais tarefas dos serviços de APS. O estudo da ampliação desse acesso foi a proposta da presente tese de doutorado, voltada para a relação entre as formas de agendamento, o acesso e o desempenho dos serviços de saúde da APS.

O presente trabalho está estruturado conforme as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e é apresentado no formato de um projeto ampliado de pesquisa, com revisão bibliográfica, objetivos e metodologia; sendo os resultados apresentados em formato de artigos científicos.

A seguir, portanto, tem-se a revisão de literatura sobre o tema do acesso na APS, com foco adicional nos modelos de agendamento e formas de organização de agenda dos profissionais de saúde da APS, em especial dos médicos e enfermeiros generalistas.

Segue-se, com os objetivos, métodos e dois artigos científicos e um capítulo de livro que apresentam os resultados do estudo. O primeiro artigo mostra os resultados da pesquisa que avaliou o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) através da presença e extensão de seus atributos em Florianópolis/SC como medida de qualidade da APS, via aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) a uma amostra dos usuários representativa do Distrito Sanitário Norte (DSN) do município. O segundo artigo mostra a relação entre a qualidade da APS e os modelos de agendamento no DSN em um estudo transversal multinível. O capítulo de livro é uma revisão narrativa acerca dos diferentes modelos de agendamento em APS existentes na literatura atual.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL PELO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL – PCATOOL

Em 1998, após a reorientação do Programa Saúde da Família como Estratégia Saúde da Família houve aumento expressivo da cobertura populacional dos serviços de APS. Naquele ano, havia 2.054 equipes de Saúde da Família (SF) implantadas em 739 municípios brasileiros que atendiam uma população de aproximadamente 160 milhões de habitantes. Em 2017, eram 40.162 equipes de SF implantadas para assistir uma população de aproximadamente 194 milhões de pessoas em 5.425 municípios no país. No entanto, conforme escrito anteriormente, muitas pesquisas realizadas no Brasil descrevem o acesso de primeiro contato como o atributo com pior desempenho.

Para avaliar se uma rede de APS é eficiente, efetiva e de qualidade, deve-se avaliar se ela cumpre seus atributos em sua totalidade. Isso é o que procura fazer o instrumento de avaliação de Atenção Primária à Saúde, o *Primary Care Assessment Tool*, o *PCATool* (STARFIELD, 2002; HARZHEIM et al., 2010).

O *PCATool*, produzido por Starfield e colaboradores da *The John Hopkins Populations Care Policy Center*, é baseado na proposta de avaliação da qualidade de serviços de saúde de Donabedian (2005), mensurando aspectos de estrutura, processo e resultados das ações e serviços. Validado no Brasil, o instrumento *PCATool-Brasil* possui versões para avaliar a qualidade da atenção de adultos e crianças, utilizando questões que podem ser respondidas por usuários, profissionais ou gestores (HARZHEIM et al., 2013).

Todos os atributos essenciais da APS são mensurados no *PCATool-Brasil* – acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado – bem como os atributos derivados orientação familiar e orientação comunitária, por meio de questões sobre serviços de saúde respondidas por usuários, profissionais ou gestores. Essa ferramenta já foi validada e utilizada em diversos países, como Canadá (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009; LÉVESQUE et al., 2012), Estados Unidos (STARFIELD et al., 1998; LEIYU; STARFIELD; JIAHONG, 2001; SHI et al., 2003), Espanha (VILLALBÍ et al., 2003; PASARÍN et al., 2007), Hong Kong (WONG et

al., 2010), Argentina (BERRA et al., 2011a; 2011b) e Brasil (HARZHEIM et al., 2006a; 2006b; MACINKO; ALMEIDA; DE SA, 2007; VAN STRALEN et al., 2008), o que mostra a adequação do instrumento em diferentes contextos sanitários e culturais.

A presença dos sete atributos é fundamental para melhores resultados na qualidade da atenção. Há evidências nacionais e internacionais de que a heterogeneidade da qualidade da APS está relacionada à ausência de um ou mais desses atributos (MENDES, 2012).

As suas respostas são do tipo Likert, com escala variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim) e a opção adicional 9 (não sei/não lembro), sendo usual o escore final transformado para valores de 0 - 10. Possui 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, que são:

- a) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde;
- b) Acesso de Primeiro Contato – Utilização;
- c) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade;
- d) Longitudinalidade;
- e) Coordenação – Integração de Cuidados;
- f) Coordenação – Sistema de Informações¹;
- g) Integralidade – Serviços Disponíveis;
- h) Integralidade – Serviços Prestados;
- i) Orientação Familiar;
- j) Orientação Comunitária;

Cada atributo essencial identificado no instrumento *PCATool-Brasil* é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato, formado pelos componentes acessibilidade (estrutura) e utilização (processo). Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM et al., 2010).

A revisão integrativa de D'Avila e colaboradores (2017) evidencia o crescente uso do *PCATool* para avaliação da APS tanto no contexto brasileiro quanto no cenário internacional. Foram identificados 124 estudos publicados sobre o tema em diversas bases de dados entre 1º de janeiro de 2000 e 1º de junho de 2016.

¹ Os itens do componente 'Coordenação - Sistema de Informações' não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, foram mantidos no *PCATool-Brasil*, versão Adulto.

A revisão sistemática de Prates e colegas (2017) analisou 22 artigos publicados entre os anos de 2007 a 2015 na literatura nacional e internacional que avaliaram o desempenho dos serviços de APS através do *PCATool* na perspectiva do usuário. Os resultados mostraram que o desempenho dos serviços de APS avaliados necessita ser aperfeiçoado, sendo necessário o fortalecimento dos componentes tanto de estrutura quanto de processo para uma melhor performance da APS. Com escassez de ferramentas que avaliam essas interações no cenário da APS brasileira, o *PCATool* é um instrumento potente para ocupar este espaço (PRATES et al., 2017).

Entre os estudos avaliativos da APS brasileira que utilizaram o *PCATool*, Macinko, Almeida e De Sá (2007), ao aplicarem o *PCATool* versão *Facility/Provider Survey* aos profissionais da rede de APS, incluindo equipes SF e UBS, no município de Petrópolis/RJ, verificaram que o atributo acesso foi baixo em ambos modelos assistenciais. Castro e colaboradores (2012) utilizaram o *PCATool-Brasil* com profissionais médicos e enfermeiros da APS em Porto Alegre/RS identificando o acesso de primeiro contato como atributo de menor escore em todos serviços avaliados. Van Stralen e colegas (2008), ao aplicarem o *PCATool-Brasil* aos profissionais de saúde e usuários em nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso, identificaram baixos valores de acesso em ambos os modelos assistenciais e na perspectiva de profissionais e usuários. Chomatas e colaboradores (2013b) ao utilizarem o *PCATool-Brasil* em Curitiba/PR, em ambos modelos assistenciais, também identificaram o acesso como atributo de pior escore entre todos serviços avaliados.

Percebe-se que o acesso efetivo se vincula à utilização dos serviços de saúde e que a disponibilidade de serviços de saúde não é suficiente para garanti-lo. Por sua vez, a utilização está diretamente relacionada com acessibilidade e tempo de espera.

O acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, mas sim o ajuste entre as necessidades da população e os serviços de saúde (ARAKAWA et al., 2011). Nesta relação, pode haver inúmeros obstáculos, tais como barreiras estruturais, culturais e organizacionais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010b).

Entre estas barreiras, as demandas não atendidas têm um valor importante na experiência do usuário com o sistema de saúde. Em pesquisa usando dados secundários do primeiro ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado entre os anos de 2012 e 2013, Protasio e

colegas (2017) encontraram dois fatores principais influenciando a satisfação dos usuários com a APS brasileira: a percepção de que a equipe de profissionais de saúde não consegue responder suas necessidades e problemas (OR = 0,39; IC95%: 0,35-0,43) e que seus hábitos culturais, costumes e religião não são respeitados (OR = 0,44; IC95%: 0,37-0,52) ou são pouco respeitados (OR = 0,49; IC95%: 0,45-0,54).

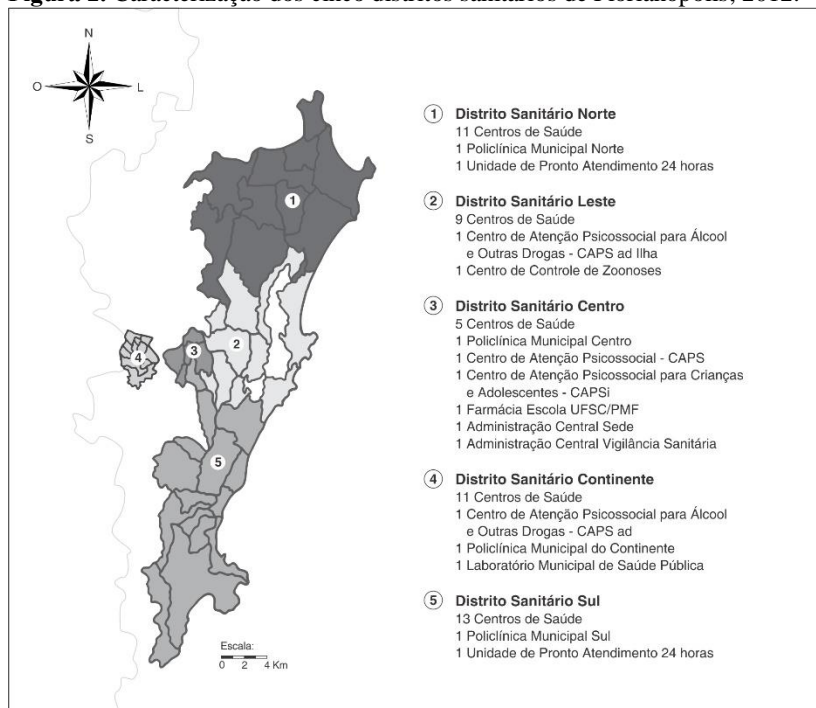
Por outro lado, o tempo de espera elevado representa a incapacidade do serviço de saúde em ofertar acesso oportuno, ocasionando experiências negativas nos usuários, que poderiam ser evitadas. A incerteza de se obter um agendamento gera angústia, especialmente entre os usuários que acreditam que sua condição de saúde está em progressão para a piora (RYU; LEE, 2017). Ademais, o uso inapropriado dos serviços de emergência, na faixa etária de 15 a 49 anos, esteve associado a dificuldade em se conseguir um agendamento na APS (RR = 1,38), a recusa do médico da APS em atender usuários não agendados (RR = 1,44) e ao limitado horário de funcionamento da UBS (RR = 1,63) (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). O fato é que equilibrar a demanda dos usuários com a capacidade dos serviços de APS constitui um problema sério a ser enfrentado no país.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

A política municipal de saúde de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, é centrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo norteador da atenção à saúde no município desde 2007 (FLORIANÓPOLIS, 2007). Em 2012, obteve o terceiro melhor índice de desempenho do SUS (BRASIL, 2012a).

Com 433.158 habitantes (IBGE, 2010), a rede de atenção à saúde de Florianópolis possui cinco Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente), quatro Policlínicas (ambulatórios especializados) (Norte, Sul, Centro e Continente), duas Unidades de Pronto-Atendimento (Norte e Sul), quatro Centros de Atenção Psicossocial (sendo um para público geral, outro para crianças e adolescentes e os outros dois para álcool e drogas,) e 51 Centros de Saúde (CS), organizadas através de equipes da ESF que prestam os cuidados primários em saúde à sua população (figura 2).

Figura 2. Caracterização dos cinco distritos sanitários de Florianópolis, 2012.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2012.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Florianópolis apresentava, em dezembro de 2011, 109 equipes de SF implantadas e 120 credenciadas pelo Ministério da Saúde, ou seja, uma cobertura populacional de 89,27% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em março de 2015, a capital foi oficializada como a primeira do país a alcançar 100% de cobertura populacional ESF, com 118 equipes de Saúde da Família (SF) implantadas para atender sua população. Em 2017, o município já apresenta 141 equipes de SF implantadas para assistir à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O município conta em suas equipes de SF com grande proporção de médicos com especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e demais profissionais de saúde de nível superior, contratados em regime estatutário, mediante concurso público municipal, responsáveis pelo atendimento médico à população na APS municipal. Além disso, a Prefeitura Municipal de Florianópolis apresenta um convênio com a

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – o Programa Docente Assistencial – que visa o desenvolvimento de programas de formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde no escopo do SUS (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Florianópolis foi pioneira no país na implantação do projeto *Providing guidance to empower health teams globally*, em parceria com o British Medical Journal (BMJ) e a Universidade do Cabo na África do Sul, para capacitação de equipes de APS pelo desenvolvimento de protocolos clínicos e diretrizes baseadas em evidência, permitindo assim melhor tomada de decisões clínicas. O material desenvolvido é denominado *Practical Approach to Care Kit (PACK)* (BMJ, 2017).

O PACK é um guia para médicos e enfermeiros de atenção primária que visa a facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica. Ele abrange cerca de 40 sintomas e 20 condições crônicas comumente encontradas em pacientes que buscam atendimento na atenção primária. Cada uma de suas mais de duas mil recomendações práticas está ligada à base de evidências científicas do *BMJ Best Practice*, uma das mais importantes ferramentas mundiais de apoio a profissionais de saúde para tomada de decisão clínica. Com ele, pretende-se melhorar a APS no município de forma eficiente e com menores custos, além de tornar-se referência para outras cidades brasileiras e do mundo. O projeto teve início prático em 27 de junho de 2017 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016a).

No entanto, estudos realizados sobre os serviços de APS em Florianópolis mostraram que ainda devem ser aprimorados. Conill e colaboradores (2002) em seu estudo sobre a implantação da ESF no município observaram que a proporção entre o número de famílias assistidas e equipes de SF não era respeitada e, conseqüentemente, o acesso continuava sendo um problema à população.

O estudo de Giovanella, Escorel e Mendonça (2009) relata que a ESF implantada em Florianópolis em 2008 era alicerçada na demanda programada, com o estabelecimento basicamente de vagas para grupos prioritários (crianças até seis anos, gestantes, idosos, portadores de diabetes e hipertensão arterial) para atendimento, restringindo o acesso às pessoas não pertencentes a esses grupos prioritários. Descreve ainda que o atendimento da demanda espontânea nas unidades era diversificado: para os grupos de risco agendavam-se consultas e atendia-se demanda espontânea por meio de acolhimento diário; em outras o acesso era ainda mais restrito, com atendimento apenas semanal. No entanto, 91% das pessoas entrevistadas na pesquisa consideravam os centros de saúde da família como de fácil acesso; 28% tiveram caso de adoecimento em sua

família nos últimos trinta dias; destas, 73% referiram ter procurado um serviço de saúde e 31% delas foram atendidas em uma equipe de Saúde da Família (eSF).

Sisson e colaboradores (2011) verificaram que a ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional no município. A acessibilidade organizacional no atendimento à demanda, com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais, embora facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe o acesso aos centros de saúde aos usuários não pertencentes esses grupos prioritários, dificultando a conformação do centro de saúde como serviço de primeiro contato. Apesar de aproximadamente 50% das famílias terem referido o centro de saúde como porta de entrada preferencial, o acolhimento, mecanismo de organização das demandas da rede de APS de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, corroborando para que um percentual importante das famílias cadastradas utilizem os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como fonte de cuidado regular.

2.2.1 As Oficinas de Acesso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no ano de 2011

Com o objetivo de organizar melhor a estrutura (acessibilidade) para facilitar a utilização dos Centros de Saúde (CS) como porta de entrada da rede municipal de APS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis organizou uma Oficina para discutir o acesso de primeiro contato nos dias 18 e 19 de abril de 2011. Diversas experiências locais exitosas foram convidadas a apresentar seus modelos de organização do acesso de primeiro contato, tais como a equipe do CS Saco Grande, do distrito sanitário leste, e o CS Ingleses, do DSN. Em agosto de 2010, o CS Ingleses, mais precisamente na área 431, todos os dias, das 8h às 10h e das 13h às 15h, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde ficavam disponíveis para atender a demanda espontânea da maioria das pessoas que procuravam este serviço. Posteriormente, em fevereiro de 2011, esse modelo de organização foi assumido pela SMS e recomendado a todas as equipes do CS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2011a).

A partir da síntese das diretrizes que saíram desta Oficina e das experiências exitosas locais apresentadas, foi realizada, nos dias 8 e 9 de

dezembro de 2011, a II Oficina de Acesso da Atenção Primária à Saúde que teve como temas, principalmente, os ‘nós críticos’ elencados na primeira oficina, sendo os destaques em *itálico* do quadro 1 abaixo os temas dos grupos de discussão (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2011b).

Quadro 1. Síntese entre as diretrizes da I oficina e as experiências exitosas locais

INOVAÇÕES	NÓS CRÍTICOS	ÁREAS IMATURAS
Modelos semelhantes de acesso no CS: - Atendimento por área adscrita - Atividades colaborativas entre as ESF	Limites das mudanças organizacionais em equipes de SF incompletas/inadequadas e esgotamento profissional	Utilização de critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade
Composição e atuação integrada das equipes de recepção e de primeiro contato - Deslocamento das decisões da recepção - Atuação dos ACS	Comunicação eficiente para a comunidade sobre as mudanças e sobre formas de acesso às ações e serviços	<i>Forma de acesso das Equipes de Saúde Bucal</i>
Medidas de desburocratização do acesso: - Demandas administrativas e de continuidade do cuidado (receitas, exames, retornos, atestados)	<i>Inclusão na agenda a partir do acolhimento / Acesso continuado após o primeiro atendimento</i>	<i>Necessidades e metodologias de desenvolvimento profissional continuado</i>
Agenda para demanda espontânea dos médicos e enfermeiros em todos os turnos	Maior participação do enfermeiro na clínica X Demandas administrativas e necessidades de treinamento	Gestão do acesso aberto (agendas, equilíbrio entre tarefas da SF)
Escala para escuta qualificada durante todo o funcionamento com profissional de saúde	Formação da equipe de recepção em atenção ao público e compreensão dos fluxos do CS e da SMS	Gestão do cuidado continuado e colaborativo: - Estratégias de gerenciamento de casos
Ampliação/diversificação das	<i>Impacto das mudanças no acompanhamento de doentes crônicos e grupos</i>	Adaptações no InfoSaúde

possibilidades de contato c/ a ESF: - Aumento da frequência de marcação - Grupos de marcação, de exames, outros	<i>protegidos (crianças, gestantes e idosos)</i>	- Senha de administrativo para ACS - Procedimento INTERCONSULTA - Adaptação a mudanças no SIAB
Tempos de espera ideais (ESF completa e pop/ESF adequada) - 24h para 1º contato / 7 dias para consulta	<i>Atendimento de pessoas de fora da área (turistas, trabalhadores, área de influência)</i>	Diversificação das formas de agendamento (e-mail, telefone)
	<i>Uso de informações do território e da demanda para programação de ações</i>	<i>Monitoramento da experiência:</i> - <i>Visibilidade e apoio técnico e político</i>
	Rigidez dos profissionais e resistência às mudanças no processo de trabalho	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2011.

Logo, a oficina versou sobre como o modo de organizar o sistema pode facilitar o acesso. Tal ‘mudança organizacional’ deve envolver todos os colaboradores envolvidos na prestação dos serviços de saúde. Nesta II Oficina foram apresentadas as experiências locais do Distrito Sanitário Leste (CS Itacorubi, CS Barra da Lagoa e CS Pantanal). No período da tarde do primeiro dia os grupos de discussão trabalharam os temas:

- a) Como lidar com a pressão por atendimento de pessoas de fora da área;
- b) Formas de acesso à ESB;
- c) Uso de informações do território para programação de agenda e ações;
- d) Operacionalização da diretriz de agenda centrada nas pessoas/ impacto da agenda aberta no acompanhamento de condições crônicas.

No segundo dia foram realizadas discussões acerca de como lidar com a pressão imposta pelo atendimento de pessoas domiciliadas fora da área de abrangência das equipes de SF, questão também debatida na I Oficina sobre Acesso. Na exposição das experiências locais dos Distritos Sanitários do Sul, Norte e Centro, a plenária mais elogiada foi a apresentada pelo servidor público municipal Paulo Vinicius Nascimento Fontanive, cirurgião-dentista, mestre em epidemiologia e coordenador do CS Santinho acerca de um estudo mostrando a produção em relação ao

número de atendimentos entre os distintos CS do DSN e as diferentes formas de acesso que existiam nos CS do DSN naquele presente momento. Este trabalho suscitou um caloroso debate, bem como questionamentos e comentários muito pertinentes na tentativa de qualificar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

Realizadas as demais apresentações e debates foram organizados grupos para discussão dos seguintes temas:

a) Operacionalização da diretriz de agenda centrada nas pessoas/ Impacto da agenda aberta no acompanhamento de condições crônicas (dando continuidade aos trabalhos iniciados no primeiro dia);

b) Atenção a gestantes, crianças e idosos / ‘grupos protegidos’;

c) Necessidades de desenvolvimento profissional continuado;

d) Registro, apoio, acompanhamento e compartilhamento da experiência municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2011b).

Aqui, cabe o adendo para relatar a importância desta apresentação e posterior discussão de acesso apresentada por Paulo Vinicius Nascimento Fontanive nesta oficina, pois foi ela que originou a ideia e o posterior desenvolvimento e produção da dissertação de mestrado em Epidemiologia junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul de Tiago Barra Vidal. O título foi “Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos no município de Florianópolis/SC”, mostrando que as equipes que promoviam seu modelo de agendamento na forma de acesso avançado atendiam um número maior de consultas médicas, embora o número de pessoas diferentes atendidas não tenha sido estatisticamente significativo comparando com outras equipes de SF do DSN que praticavam outros modelos de agendamento de consultas médicas (VIDAL, 2013). Estes diferentes modelos de agendamento de consultas serão explicados mais adiante nesta tese.

Vale a ressalva de que o referido autor desta tese era o Médico de Família e Comunidade do CS Santinho no momento das oficinas e via com desconfiança se a mudança na forma de agendamento para maior atendimento da demanda espontânea – proposta do acesso avançado e praticada no CS Ingleses – poderia atender mais consultas, já que a ‘capacidade instalada (número de profissionais que promoviam os atendimentos clínicos) era a mesma. Esta desconfiança e questionamento serviram de motivação a escrever tanto a dissertação – que comprovou que os profissionais de saúde do CS Ingleses atendiam mais consultas que os outros centros de saúde do DSN – quanto a presente tese. No entanto, era necessário verificar se, além de atender mais consultas, o acesso avançado tinha também um desempenho – no sentido de qualidade da

atenção da APS – superior aos demais modelos de agendamento praticados por outros CS. Por isso a relevância deste trabalho na concepção da ideia desta tese de doutorado.

Este adendo é importante pois muitos indicadores utilizados nesta tese apareceram *a posteriori* no planejamento de ações em saúde no município de Florianópolis/SC (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2018).

2.2.2 Relato Histórico do Centro de Saúde Ingleses

O CS Ingleses é um dos 11 CS do DSN de Florianópolis. Existe desde o início da década de 1980, antes ainda da criação do SUS. Nesses 30 anos, houve muitas transformações na cidade, no bairro (Ingleses do Rio Vermelho), no SUS municipal e, é claro, no Centro de Saúde. Mudanças que vão desde sua estrutura física e de seus profissionais até a forma de receber as pessoas que procuram atendimento no serviço de saúde. No início, era um posto de vacinação - onde hoje funciona atualmente o CS Santinho, vizinho no DSN. Algumas vezes por semana recebia um médico que atendia em poucas horas as pessoas que aguardavam desde cedo. Somente a partir de 1995, já com o Programa de Saúde da Família, o CS recebeu médicos e enfermeiros por 40h semanais para trabalhar não apenas com o atendimento pontual de situações específicas, mas para acompanhar as pessoas ao longo de suas vidas. Desde então, tem o objetivo de encontrar um modelo ideal que dê conta de um dos preceitos básicos da APS: que cada eSF ofereça acesso facilitado e atenção continuada às pessoas de sua área de abrangência.

Um dos grandes desafios na busca do modelo ideal de atendimento em Ingleses sempre foi acompanhar o crescimento da população do bairro, que de 1996 a 2010 passou de 10.000 para quase 30.000 pessoas. Nesse mesmo período, o número de equipes aumentou de 2 para 5 equipes de SF. Apesar da proporção entre população e equipe não ser ideal, sempre se imaginou que o acesso e o seguimento das pessoas poderiam ser melhorados. Por isso, desde 2004, diferentes modelos de agendamento foram implantados, com mudanças na forma marcação de consultas e consequente atenção à demanda espontânea, com inclusão e empoderamento do papel da enfermagem no atendimento clínico das pessoas por meio de protocolos clínicos, bem com outras modificações, tais como o uso do telefone para agendamento de consulta, além da possibilidade de marcação por e-mail desde 28 de março de 2011, no horário entre 8:00-9:00h e 13:00-14:00h. As consultas eram agendadas

para o mesmo dia ou para o dia seguinte. O agendamento de horários era feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (POLI, 2011).

2.2.3 Relato de um Médico de Família e Comunidade Ricardo André Freire de Souza, USF Planície das Mangueiras de Natal-RN sobre os CS Ingleses e CS Santinho no ano de 2012

“Em junho de 2012 fui a Florianópolis e fui muito bem recebido pelos Médicos de Família e Comunidade Paula Thais Avila do Nascimento, Tiago Barra Vidal (CS Santinho) e Paulo Poli (CS Ingleses). A primeira com 11000 pessoas para 02 médicos, liberavam 40 fichas, uma vez por semana. O resto da oferta, para os pacientes da demanda do mesmo dia ou da enfermagem e o que fosse possível ser visto, em média, 400 pacientes por mês (Média de 01 paciente a cada 13 minutos). Nos Ingleses, eram 05 equipes, mas já estavam formando a sexta equipe que iria absorver cerca de 4.000 pacientes do Santinho. Era uma unidade grande que tentava trabalhar com 04 a 10 vagas nas primeiras 02 horas de cada turno (dependendo de cada equipe), para a demanda espontânea, diariamente. O que havia diferente, é que os ACS da equipe 431 ficavam de plantão durante as duas primeiras horas de cada turno para marcação por telefone. O médico desta equipe, Paulo Poli, permitia a marcação por e-mail, para as consultas que poderiam ser agendadas. Ele tinha a facilidade de ter um residente de 2º ano por 20 horas semanais que dava um grande apoio na resolutividade. Ele estava sem enfermeira no momento, que contrabalanceava a presença do residente. Em sua equipe, havia cerca de 3000 pacientes e eram realizadas mais de 5000 consultas médicas por ano. Uma coisa que me chamou a atenção foi a presença de apenas 03 ACS para cada equipe e, aparentemente, isso não prejudicava o trabalho. Havia 02 estagiárias que trabalhavam nas funções administrativas junto com 02 auxiliares administrativas estatutárias que trabalhavam na recepção e a coordenadora que era enfermeira. Vi infraestrutura bastante satisfatória e motivação nos médicos com quem conversei. Afinal, dá gosto trabalhar num ambiente com um mínimo de estrutura para nos acolher e sermos cada vez mais resolutivos. Problemas, vi, lógico: problemas de comunicação em uma unidade com muitas equipes e funcionários; migração de pacientes de equipes que oferecem menos vagas para aquelas que oferecem mais vagas; dificuldades no agendamento de referências, algumas, maiores que aqui; dificuldade para agendamento do mesmo dia, mesmo oferecendo-se 22 vagas de consultas médicas para o mesmo dia, reclamaram que não conseguiram acesso ao telefone.

Vi motivação, mas ao mesmo tempo, cansaço típico de MFC (demanda reprimida, ‘tenha paciência histórica’). Não vi as unidades em funcionamento pleno, não dava para saber o quanto era movimentado cada serviço, mas vi equipes funcionais. ACS fazendo várias coisas além de suas ‘atribuições’, como ajudando a recepção. As dificuldades, a meu ver, são quase as mesmas em todo o Brasil (SOUZA, 2012).

2.2.4 Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção de saúde

Em Florianópolis, alguns anos antes do presente estudo, já havia iniciativas pioneiras na busca de agilidade e melhoria do acesso de primeiro contato. Uma das experiências registradas ocorreu no CS Tapera, no distrito sanitário sul de Florianópolis. Em março de 2007 iniciou-se nesse local o Programa Integrado de Residência em Saúde da Família (PRISF), vinculado à UFSC, em parceria com a SMS de Florianópolis. A introdução desse programa produziu grandes transformações no serviço, pois houve substituição de quase a totalidade dos profissionais de nível superior pelos tutores e residentes vinculados ao programa (NORMAN; TESSER, 2015).

O cenário anterior à entrada do PRISF era de uma relação enrijecida e burocratizada com a população. Havia um ‘cardápio’ de serviços organizados em forma de agenda, centrado em consultas médicas (e, quando existiam, de enfermagem) e outros serviços, como vacinações, curativos, etc. O número de vagas na agenda era limitado, com um ‘dia’ da semana para o agendamento: quando acabava a oferta, terminava o acesso ao cuidado, o que Tesser, Poli Neto e Campos (2010) definiram como uma mistura de lógica de consultório privado em sinergia com uma repartição pública.

A estratégia para operacionalizar mudanças foi dialogar com a população organizada – conselho comunitário, já existente, e fórum local de saúde, espaço criado pelos residentes com intuito de fomentar o Conselho Local de Saúde (CLS), até então inexistente – para compatibilizar necessidades do serviço com reivindicações da comunidade, cuja prioridade era acesso ao cuidado clínico. Nesses encontros foi proposto que cada equipe da ESF se responsabilizasse pela demanda de sua área de abrangência, visto que anteriormente não se trabalhava por adscrição de clientela, e que todos os componentes da equipe participassem de alguma forma desse atendimento.

As agendas médicas e de enfermagem foram reorganizadas para seis agendamentos de 20 minutos por período de quatro horas, sendo que

em qualquer dia da semana as duas primeiras horas da manhã e da tarde foram destinadas às demandas diárias. O restante do tempo foi reservado aos atendimentos agendados, visitas domiciliares (VD), reuniões de equipe e atividades coletivas, conforme exposto no quadro 2 (NORMAN; TESSER, 2015).

Quadro 2. Semana padrão da equipe 260 do Centro de Saúde Tapera

Horários	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08-10 horas	DE	DE	DE	DE	DE
10-12 horas	DA	DA	DA	Reunião equipe SF	DA
12-13horas	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13-15 horas	DE	DE	DE	DE	DE
15-17 horas	VD	Atividade Coletiva	DA	DA	DA

Fonte: Norman e Tesser, 2015.

DE: Demanda Espontânea; DA: Demanda Agendada; VD: Visita Domiciliar.

Essa e outras iniciativas pioneiras – em boa parte atreladas ao PRISF, que incluía Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família – prepararam o campo nos CS municipais e na SMS para o posterior desenvolvimento de experiências de incremento do acesso, bem como de mudanças nas formas de agendamento das equipes de SF, semeando a necessidade de maior atendimento da demanda espontânea dessas equipes, neste momento já com a assunção institucional.

2.3 OS SERVIÇOS ESTADUAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

De acordo com os dados de junho de 2018 da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o SUS em Florianópolis conta atualmente com dezesseis serviços de alta e média complexidade que complementam a rede de atenção à saúde do município, conforme o quadro 3 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2018):

Quadro 3. Rede assistencial de média e alta complexidade da SES/SC na região da Grande Florianópolis.

- 1) Maternidade Carmela Dutra (MCD)
- 2) Hospital Florianópolis
- 3) Hospital Regional Homero De Miranda Gomes (HRSJ)
- 4) Hospital Nereu Ramos (HNR)
- 5) Hospital Governador Celso Ramos (HGCR)
- 6) Hospital Infantil Joana De Gusmão (HIJG)
- 7) Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon)
- 8) Instituto de Cardiologia (ICSC)
- 9) Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (Hospital Universitário – HU/UFSC)
- 10) Hemocentro de Santa Catarina (Hemosc)
- 11) Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen)
- 12) Centro Catarinense de Reabilitação (CCR)
- 13) Serviço de Saúde Auditiva
- 14) Associação dos Pacientes Renais de Santa Catarina (Apar Vida)
- 15) Centro de Especialidades Odontológicas da SES/SC
- 16) Centro de Especialidades Odontológicas da UFSC

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, 2018.

Giovanella e colaboradores (2009) relatam que a maioria das unidades hospitalares públicas pertence à gestão da SES/SC e que o nó crítico é a ausência de fluxo estabelecido quando há necessidade de encaminhamento para os serviços de urgência ou para a rede hospitalar sob gestão estadual (HGCR, MCD, HRSJ, HNR, HIJG, Hospital Florianópolis) e federal (Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC). Transpor esse nó é fundamental para melhor qualificação e integração da rede, pois isto dificulta muito a continuidade e a coordenação do cuidado das pessoas por suas equipes de SF no momento em que elas necessitam de assistência em outros pontos de atenção da rede de saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

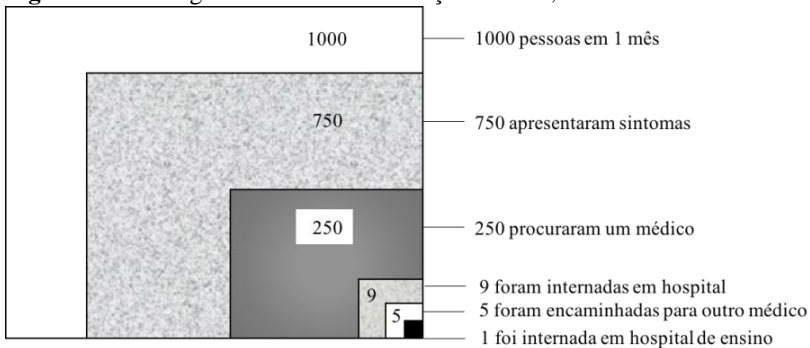
2.4 CARACTERIZANDO A DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma APS efetiva é capaz de resolver a maioria das necessidades em saúde da população, com pouca necessidade de encaminhamento aos serviços de maior complexidade clínica da RAS. Contudo, a demanda na

APS acaba sendo bastante ampla e complexa, fato que aparentemente dificulta sua caracterização.

O clássico estudo ecológico de White, Williams e Greenberg (1961) demonstrou que entre 1.000 pessoas maiores de 15 anos, no período de um mês, 750 apresentaram sintomas. Destas, a grande maioria (500) lidou com seus próprios problemas. Entre as 250 que procuraram atendimento médico, cinco foram encaminhadas para outro médico, nove foram hospitalizadas e uma foi internada em um hospital de ensino (figura 3).

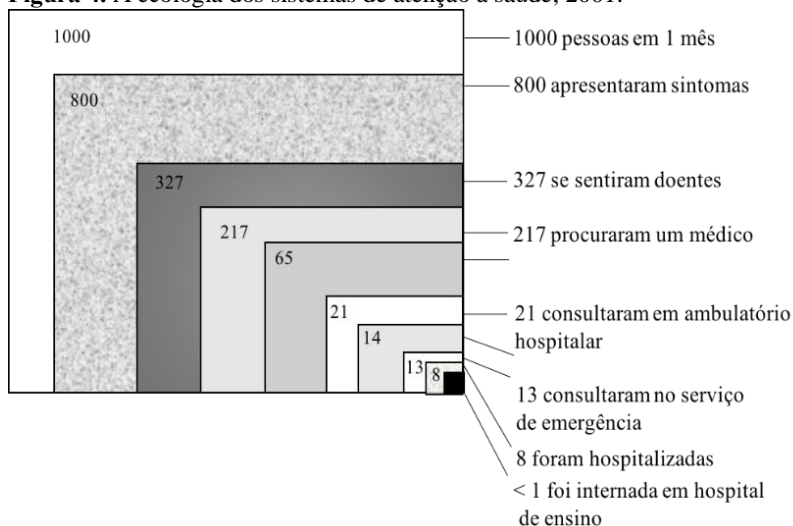
Figura 3. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde, 1961.



Fonte: White, Williams e Greenberg, 1961.

Este estudo foi repetido 40 anos depois, utilizando metodologia similar, porém com todas as faixas etárias, e as proporções se mantiveram, conforme se pode verificar na figura 4 (GREEN et al., 2001).

Figura 4. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde, 2001.



Fonte: Green et al., 2001.

Em termos de caracterização da demanda dos serviços de saúde, estes dois estudos sugerem que a cada 1.000 indivíduos, aproximadamente 25% procuram atendimento médico no período de um mês.

No cenário nacional, um estudo realizado em Porto Alegre, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que abrange aproximadamente 105 mil pessoas, verificou que 60% desta população procurou atendimento no período de três anos (TAKEDA, 2012).

Neste contexto, Gusso, Lotufo e Benseñor (2013) investigaram os principais motivos de consulta nos serviços de APS de Florianópolis, avaliando 5.698 consultas médicas no período de um ano. Os 30 motivos de consulta mais frequentes representaram 50,4% de todos os atendimentos. Destes, 29,8% foram motivos gerais e inespecíficos, reforçando o fato dos problemas de saúde, em sua maioria, serem ainda indiferenciados na APS. Os motivos administrativos, especialmente relacionados à prescrição medicamentosa e análise de exames clínicos, representaram cerca de 11% das consultas, conforme ilustra a tabela 1.

Tabela 1. Motivos de consulta mais frequentes em APS em Florianópolis, 2012.

Problema	Frequência	%	% acumulada
1.Medicina preventiva/ manutenção de saúde	529	5,7	5,7
2.Tosse	295	3,2	8,9
3.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Circulatório	294	3,2	12,1
4.Febre	278	3,0	15,1
5.Gravidez	264	2,8	17,9
6.Cefaléia	250	2,7	20,6
7.Hipertensão sem complicações	228	2,5	23,1
8.Dor abdominal generalizada/cólicas	175	1,9	25,0
9.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Psicológico	172	1,9	26,8
10.Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	167	1,8	28,6
11.Sinais/sintomas da região dorsal	152	1,6	30,3
12.Vômito	128	1,4	31,7
13.Diarréia	128	1,4	33,0
14.Sinais/sintomas da garganta	119	1,3	34,3
15.Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão	108	1,2	35,5
16.Exame médico/avaliação de saúde – parcial – circulatório	104	1,1	36,6
17.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Endócrino	101	1,1	37,7
18.Sinais/sintomas da pele, outros	100	1,1	38,8
19.Resultado de exame/teste/carta a outro prestador - Endócrino	100	1,1	39,9
20.Dificuldade respiratória/dispnéia	95	1,0	40,9
21.Vertigens/Tonturas	96	1,0	41,9
22.Secreção Vaginal	93	1,0	42,9
23.Sinais/sintomas da região lombar	92	1,0	43,9
24.Prurido	89	1,0	44,9
25.Dores abdominais/epigástricas	88	0,9	45,8
26.Contracepção oral	88	0,9	46,8
27.Resultado de exame/teste/carta a outro prestador - Circulatório	87	0,9	47,7
28.Sinais/sintomas da coxa/perna	86	0,9	48,7
29.Dor de ouvidos	81	0,9	49,5
30.Sensação de depressão	80	0,9	50,4

Fonte: Gusso, Lotufo e Benseñor, 2013.

Takeda (2013) obteve resultados semelhantes no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, identificando 12.437 problemas de saúde entre 7.849 atendimentos, sendo que os 30 diagnósticos mais frequentes corresponderam a 51,4% da demanda total do serviço (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos 12.437 problemas identificados nos 7.849 atendimentos realizados no período de duas semanas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 1999 (continua).

Diagnóstico/Problema	%	% acumulada
1.Hipertensão Arterial Sistêmica	6	6
2.Cáries e Gengivites	4,3	10,3
3.Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores	3,4	13,7
4.Depressão (todos os graus, sendo 8 casos de psicose ativa)	2,4	16,1
5.Diabete Mellitus, tipo 2	2,2	18,3
6.Ansiedade, todos os graus, com graus sintomas somáticos	2,3	20,6
7.Orientação sobre anticoncepção	2	22,6
8.Pré-natal	2	24,6
9.Amidalite	1,9	24,6
10.Anemias (exclui anemia na gravidez)	1,6	28,1
11.Obesidade	1,5	29,6
12.Distúrbios do metabolismo lipídico	1,4	31
13.Gastroenterite, diarreia	1,4	32,4
14.Asma	1,4	33,8
15.Sinusite, aguda e crônica	1,4	35,2
16.Infeção do trato urinário baixo	1,3	36,5
17.Dor de cabeça, todos os tipos	1,3	37,8
18.Questões administrativas (atestado, cartas, certificados)	1,3	39,1
19.Doenças da genitália feminina	1,2	40,3
20.Dor lombar	1,2	41,5
21.Menopausa	1,1	42,6
22.Coleta de citopatológico de colo de útero	1,1	43,7
23.Puericultura	1,1	44,8
24.Dor abdominal	1,0	45,8
25.Amenorreia	1,0	46,8
26.Desnutrição	1,0	47,8
27.Distúrbios do estômago e duodeno	0,9	48,7
28.Dermatite de contato	0,9	49,6
29.Febre	0,9	50,5
30.Otite média aguda	0,9	51,4
31.Tabagismo	0,9	52,3
32.Cardiopatia isquêmica	0,9	53,2
33.Vaginite, vulvite, vaginose de causa indefinida	0,8	54

Tabela 2. Distribuição dos 12.437 problemas identificados nos 7.849 atendimentos realizados no período de duas semanas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 1999 (conclusão).

Diagnóstico/Problema	%	% acumulada
34.Problemas sociais (fuga de hospital, recusa de tratamento, dificuldade com os serviços de saúde)	0,8	54,8
35.Pneumonia	0,7	55,5
36.Pediculoses	0,7	56,2
37.Enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica (exclui bronquiectasias)	0,7	56,9
38.Parasitoses	0,7	57,6
39.Risco aumentado para morbimortalidade, incluindo desmame precoce	0,7	58,3
40.Dermatofitose e onicomicose	0,6	58,9

Fonte: Takeda, 2013.

Portanto, embora haja uma ampla variedade de motivos de procura por atendimento na APS, há uma grande concentração dos problemas mais frequentes na população. Isto permite uma melhor caracterização dos diferentes perfis de demanda efetiva visando a adequação da capacidade de oferta dos serviços.

Neste sentido, Mendes (2015) descreve 10 perfis de demanda efetiva na APS: demandas por condições agudas, demandas por condições crônicas agudizadas, demandas por condições gerais e inespecíficas, demandas por condições crônicas não agudizadas, demandas por enfermidades, demandas por pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar e demanda por autocuidado apoiado. O quadro 4 auxilia no entendimento destes conceitos.

Quadro 4. Caracterização dos diferentes perfis de demanda na APS (continua).

Os diferentes perfis de demanda na APS	Caracterização
1. Demanda por Condições Agudas	Gusso (2009) mostrou que aproximadamente 40% das consultas na APS são por demanda espontânea.
2. Demanda por Condições Crônicas Agudizadas	Gusso (2009) verificou que as demandas por condições crônicas agudizadas mais comuns na APS são: hipertensão arterial (4,1%), perturbações depressivas (2,2%), sinais/sintomas da região lombar (2,0%). A última pode ser tanto condição crônica quanto crônica agudizada
3. Demanda por Condições Gerais e Inespecíficas	A demanda em APS tem muitos problemas gerais e inespecíficos, nos quais os sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. Pesquisa feita em Betim/MG verificou que, dos problemas gerais e inespecíficos a febre, a dor generalizada e o cansaço foram os mais comuns, correspondendo a 5,8% da demanda total de motivos de consulta na APS (LANDSBERG et al., 2012). A clínica na APS tem uma singularidade: a observação ativa – ou demora permitida – onde o médico generalista tem liberdade para uma conduta expectante, sem a necessidade de concluir um diagnóstico definitivo como em pontos de atenção secundários ou terciários da RAS. Aqui, o tempo, a espera permitida, se torna um excelente aliado para um melhor manejo de determinada condição de saúde. Nestes casos, é necessário que duas condições estejam presentes: que o profissional de saúde tenha convicção de não se tratar de um caso de urgência e que essa espera permitida não ofereça risco para a pessoa (KLOETZEL, 2013)
4. Demanda por Condições Crônicas Não Agudizadas	O estudo de Gusso (2009) mostrou que aproximadamente 60% das consultas na APS são por demanda programada
5. Demanda por enfermidades (sensação de estar mal ou doente)	Há diferença entre <i>disease</i> (doença) e <i>illness</i> (enfermidade ou sensação da própria pessoa de estar mal ou adoecida). Doença é uma condição do organismo, ou de parte dele, que promove distúrbios em suas funções e é diagnosticado pela biomedicina. A enfermidade ou a sensação de se sentir mal ou adoecido é referida pela pessoa, com ou sem doença diagnosticável (GUSSO, 2007).

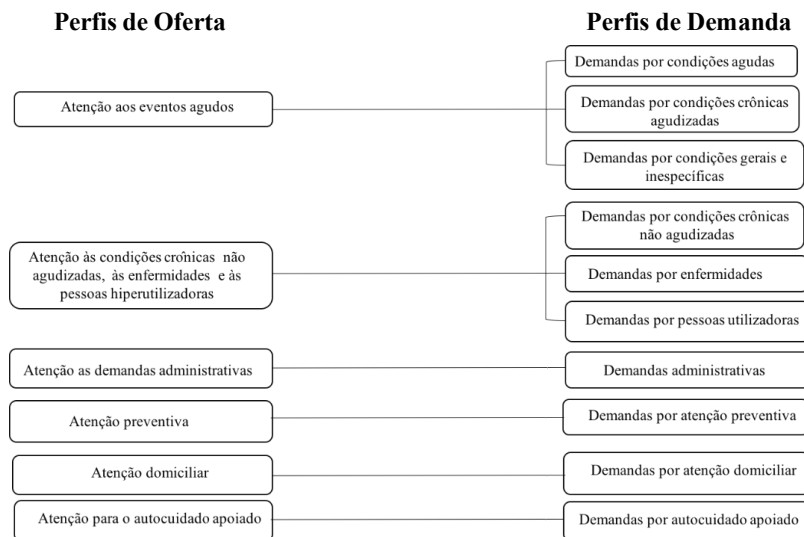
Quadro 4. Caracterização dos diferentes perfis de demanda na APS (conclusão).

Os diferentes perfis de demanda na APS	Caracterização
6. Demanda por Pessoas Hiperutilizadoras	São consideradas pessoas hiperutilizadoras aquelas que consultam mais de seis vezes por ano. Fernandes (2013) verificou que 44% das pessoas eram hiperutilizadoras e consumiram 78,7% do total de consultas, no período de um ano, em duas unidades de saúde do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre.
7. Demandas Administrativas	Em Betim-MG, as demandas administrativas foram responsáveis por 20% do total de consultas na APS (LANDSBERG et al., 2012).
8. Demandas por Atenção Preventiva	As demandas por cuidados preventivos em APS compreendem um conjunto amplo de ações em saúde: rastreamento de doenças, orientações nutricionais, de atividade física, modificação de estilos e hábitos de vida tais como controle de álcool e tabaco, imunizações, vacinações, etc. Gusso (2009) mostrou que atividades de prevenção e manutenção da saúde foram responsáveis por 5,7% do total de atendimentos na APS.
9. Demandas por Atenção Domiciliar	Silva e Seixas (2013) afirmam que a oferta e a demanda por atenção domiciliar se caracterizam por serem limitadas e direcionadas aos grupos populacionais muito específicos.
10. Demandas por Autocuidado Apoiado	É a prestação de serviços de educação em saúde e de intervenções de apoio, compartilhando conhecimentos com as pessoas portadoras de doenças crônicas, visando à adoção, manutenção e mudança de comportamentos que possa contribuir para a sua saúde (VAN DEN BRINK-MUINEN; CORRIGAN, 2003).

Fonte: Mendes, 2015.

Estes dez perfis de demanda efetiva são agrupados por Mendes (2015) em seis perfis de oferta, que representariam a carteira de serviços ofertada pelas equipes da APS, ajustada às necessidades da população, conforme ilustra a figura 5.

Figura 5. Os perfis de demanda agrupados pela sua similaridade e os perfis de oferta na APS.



Fonte: Mendes, 2015.

No Brasil, as equipes de SF, em geral, tem uma carteira de serviços composta por consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo, rastreamento de câncer de colo de útero, solicitação, coleta e realização de exames complementares, visitas domiciliares e fornecimento de atestados médicos. Esta oferta de cuidados primários em saúde é diferente do perfil de oferta ajustado às necessidades populacionais, conforme apresentado na figura 5. Fato que justifica a experiência dos usuários da APS brasileira de que os profissionais de saúde não conseguem oferecer respostas adequadas aos seus problemas (PROTASIO et al., 2017).

Adicionalmente, a instituição de uma carteira de serviços que atenda à demanda populacional não pode prescindir da adequação do tempo de resposta às demandas apresentadas. Portanto, sugere-se a classificação dos seis perfis de oferta, descritos na figura 5, em duas categorias principais:

a) **Atenção por demanda espontânea^{II} (não programada):** implica em avaliação da demanda no momento em que o usuário busca o serviço

^{II} Demanda espontânea: contato não planejado de uma pessoa com o sistema de saúde, requerendo ajuda, cuidado ou conselhos, incluindo atenção às urgências e emergências (NHS, 2011).

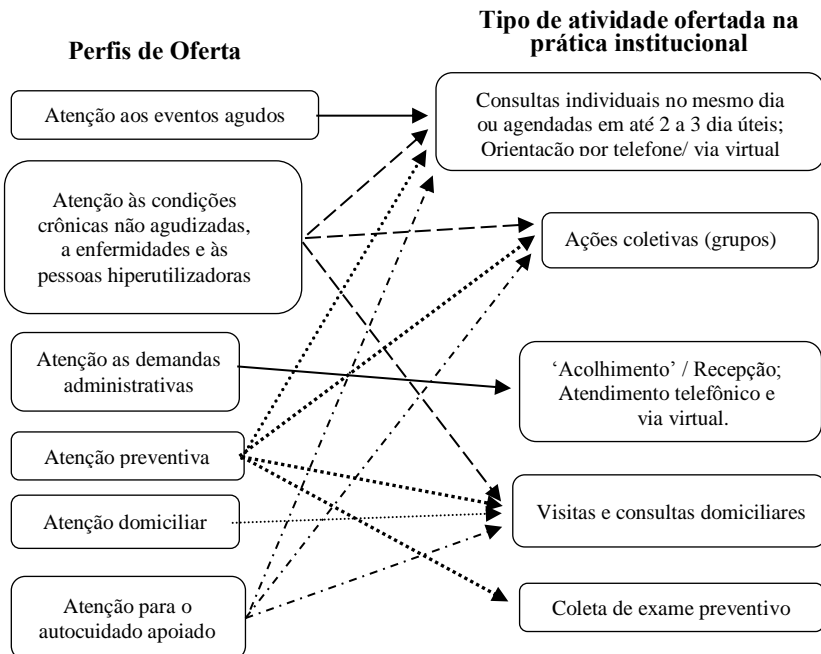
de APS e subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica;

b) Atenção por demanda programada: são demandas que podem ser agendadas de forma eletiva, sem caráter de urgência. Aqui, não se faz distinção se o paciente pertence a algum programa (hipertensos, diabéticos) ou grupo prioritário (idosos, crianças, gestantes). A pessoa é agendada para ser atendida posteriormente, podendo pertencer a qualquer grupo ou programa como os descritos, ou ainda por que o profissional de saúde simplesmente agendou-a pois julgou necessário reavaliá-la em outro momento mais oportuno.

Para que a ESF se consolide como porta de entrada efetiva no sistema de saúde e serviço regular de cuidado é necessário atingir o equilíbrio entre estes dois tipos de oferta (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; NORMAN; TESSER, 2015).

A tipologia das ofertas citadas pode ainda correlacionar-se com os tipos de atividades mais comumente realizadas nos serviços de APS brasileiros e em suas respectivas equipes SF conforme ilustra a figura 6.

Figura 6. Correlação entre tipos de ofertas e ações na Saúde da Família.



Fonte: Adaptado de Mendes, 2015.

Em relação às ações para a atenção preventiva, estas podem se dar por abordagens coletivas (grupos), seja pelas características da população assistida e ou ainda pela identificação da equipe de SF de situações preferenciais para estas ações, tais como:

a) Etapas de vida: Infância, Adolescência, Ciclo Gravídico-Puerperal, Climatério, Terceira Idade;

b) Pessoas com condições crônicas não transmissíveis em todas as faixas etárias: Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Sofrimento Psíquico, problemas osteoarticulares, Dor Crônica, Transtornos ou problemas Nutricionais, Tabagismo, Álcool e/ou outras Adições, entre outros;

c) Cuidadores.

Em relação ao formato, estruturação ou metodologia dessas ações coletivas, elas podem ser por meio de: cursos com número de encontros definidos; atividades em sala de espera; grupos de convivência e motivacionais; grupos terapêuticos; grupos de educação em saúde; rodas de conversa; campanhas pontuais para informação/comunicação; terapia comunitária; oficinas; etc. Assim, os seguintes temas podem ser trabalhados em ações coletivas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016b):

a) Autocuidado;

b) Autoajuda, suporte mútuo e convivência;

c) Alimentação saudável;

d) Práticas corporais e atividade física;

e) Meio ambiente saudável;

f) Direitos do cidadão;

g) Apoio psicológico;

h) Hábitos saudáveis de vida;

i) Envelhecimento ativo;

j) Promoção de Saúde na Escola;

k) Promoção Saúde Bucal;

l) Planejamento familiar;

m) Saúde sexual e reprodutiva;

n) Prevenção da violência;

o) Apoio à maternidade e à paternidade;

p) Práticas Integrativas e Complementares;

q) Aspectos relevantes nas diversas etapas do ciclo de vida;

r) Promoção de uso racional de medicamentos;

s) Imunização;

- t) Atividades coletivas de promoção e prevenção de agravos à saúde;
- u) Ações do Programa Saúde na Escola;
- v) Atenção a situações emergenciais em Saúde Pública

Além dos temas elencados, o fomento à participação social e política pode e deve atravessar as atividades coletivas, clínicas e territoriais dos profissionais, contribuindo para uma maior participação das pessoas e das comunidades nas discussões e decisões políticas locais e municipais, coerentemente com a diretriz da participação popular no SUS. As atividades coletivas ou grupais preventivas, de cuidado e promocionais têm um papel importante nos serviços de APS, assim como as atividades de atenção domiciliar, articulações intersetoriais e atuações variadas territoriais. Elas permitem uma transcendência parcial das limitações do cuidado clínico e da cegueira situacional dos profissionais de saúde quando os mesmos centram sua atuação profissional demasiadamente no trabalho clínico intra-consultório, aproximando os profissionais das realidades sociais e comunitárias vividas pelos usuários. Assim, elas permitem uma séria de ações que transcendem a perspectiva clínica individual, na direção da prevenção de doenças, da promoção da saúde e da contribuição para uma visão e atuação ampliada de todos, profissionais e usuários, em relação a determinações comunitárias, sociais, econômicas e políticas locais sobre a saúde-doença.

A atenção por demanda programada, em uma perspectiva geral, envolvendo tanto atividades de atendimento individual (clínico) quanto atividades coletivas, pode ser subdividida para efeito didático e reflexivo em três tipos: a) atividades clínicas individuais ou coletivas agendadas por motivos dos usuários, do serviço ou do quadro clínico; b) atividades agendadas por motivos administrativos ou burocráticos sanitários (relatórios periciais, renovações de receitas sem alterações de quadros clínicos e sem sintomas etc.); c) atividades de cuidado 'programático'. Este último, relativo às chamadas 'ações programáticas' (SCHRAIBER, 1990), dizem respeito a um grupo de ações e cuidados individuais e coletivos que devem ser planejados, realizados e avaliados nos serviços de saúde de APS caracterizados por seu alto significado clínico, epidemiológico, coletivo e ou social.

Em geral tais ações e cuidados estão relacionados a alta vulnerabilidade clínico-sanitária e/ou condições de doenças crônicas que exigem acompanhamento continuado, vigilância e monitoramento pela equipe de SF e às vezes busca ativa, no sentido de garantir ou ao menos oferecer os cuidados necessários para a situação, individualmente e para o grupo de pessoas nela. Parece ter havido, em muitos serviços de saúde

de APS brasileiros, comum simplificação excessiva e rasteira da proposta das 'ações programáticas', confundindo-as com a mera priorização nas rotinas dos serviços e nas agendas dos profissionais, sobretudo médicos, de certos tipos de atendimento a grupos 'etiquetados' pela sua doença ou condição, como hipertensos, diabéticos, crianças pequenas (puericultura, vacinação e amamentação), gestantes, epiléticos, cardiopatas etc.. Ao ponto de haver, não raro, reserva de vagas para pessoas de alguns destes grupos, ou mesmo turnos inteiros de trabalho reservados exclusivamente para atendimento de algum tipo de problema: 'tarde dos diabéticos', 'dos hipertensos', 'das puericulturas'.

Essa priorização ou exclusividade nas agendas, em boa parte das vezes, implica em problemáticas situações conflituosas eticamente, sobretudo quando são priorizadas atividades preventivas programáticas que acabam restringindo o acesso ao cuidado aos sensivelmente adoecidos, o que parece ser altamente questionável na APS. Embora persista válida a necessidade clínica e sanitária de maior planejamento, cuidado e avaliação para algumas condições específicas de maior risco ou vulnerabilidade – ou seja, ações programáticas são válidas e necessárias –, o que se defende é que essas ações quando implicam atendimento clínico individual, independentemente de serem preventivas, terapêuticas ou promocionais, devem ficar distribuídas e diluídas na atenção à demanda espontânea e nos encontros agendados, vinculadas ao máximo a um acompanhamento personalizado e longitudinal da coorte adscrita, tendo o mesmo nível de relevância que a atenção por demanda espontânea. Ou seja, que o maior e necessário cuidado no monitoramento, planejamento e avaliação que as ações programáticas merecem não seja tomado como critério de ordenamento das agendas, criando iniquidades no acesso ao cuidado profissional entre os usuários. Em outras palavras, "faixas etárias, doenças, ações específicas (pré-natal, puericultura) podem ser utilizadas como critérios para avaliação das ações das equipes de SF, mas não para organizar a rotina dos serviços" (NORMAN; TESSER, 2015).

Embora boa parte das ações de cuidado clínico e preventivo individual e coletivo envolvam e coincidam com certas ações programáticas, o que facilita sua realização diluída na longitudinalidade do cuidado clínico geral na APS, vários outras características e dimensões do trabalho profissional nos serviços de APS e na sua gestão interferem e são importantes na composição das rotinas assistenciais para a qualidade das ações de cuidado clínico geral e também das ações programáticas. Isso também ocorre na provisão do acesso oportuno ao cuidado profissional de qualquer tipo à população vinculada, de modo a propiciar

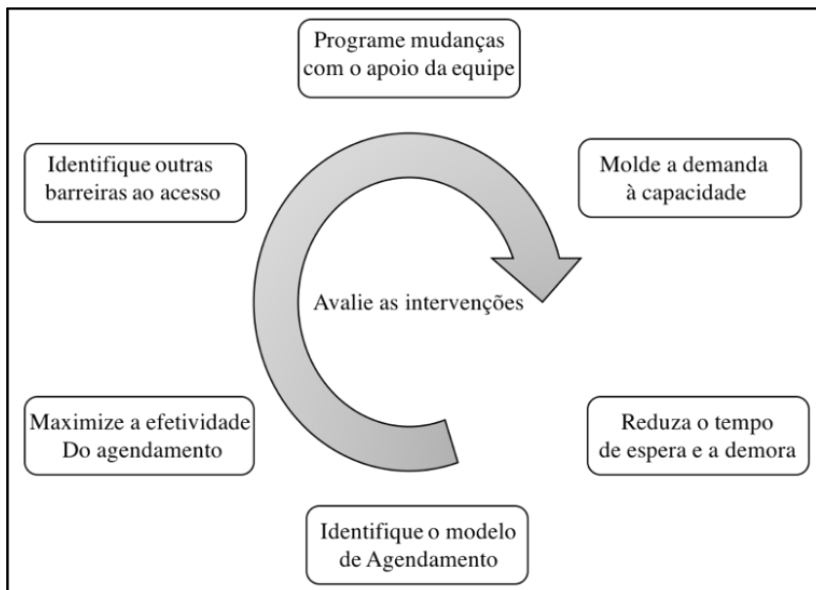
a realização do antiga proposta da integração sanitária: a provisão nos serviços de saúde de APS (no Brasil, nas equipes de saúde da família) simultaneamente do cuidado clínico individual longitudinal e das ações de saúde pública cabíveis em dimensão individual e comunitária. Por exemplo, grande parte das atividades preventivas justificáveis podem ocorrer em paralelo à rotina de atendimentos clínicos individuais. Mas para isso, deve existir organização coerente para suportar tal paralelismo (atividades bem protocoladas de rastreamento, como Papanicolau, por exemplo). Também deve haver oportunidades periódicas (em geral pelo menos semanal) de reuniões das equipes de APS (Saúde da Família) para gestão do trabalho, discussão de casos complexos, coordenação de cuidado etc.; juntamente com um clima democrático que favoreça a participação dos profissionais para organização das agendas e decisões sobre as rotinas de viabilização de acesso, priorização de ações preventivas e promocionais individuais e coletivas (incluindo ações programáticas) como organizá-las (busca ativa, monitoramento, organização das ações, distribuição de tarefas), em função das realidades e perfis sócio-democráticos e clínico-epidemiológicos locais. Também deve existir envolvimento da comunidade local nas discussões sobre as rotinas, prioridades, projetos e limites da equipe de profissionais da APS, assim como cuidado para realizar ações preventivas e promocionais cabíveis bem fundamentadas, para evitar um hiperpreventivismo, gerador de iniquidade, fomentador da ‘lei dos cuidado inversos’ (TUDOR HART, 1971), por vezes danoso e mal fundamentado, mas não raramente institucionalizado (NORMAN; TESSER, 2015).

Nesse sentido, é importante destacar que a maior parte do tempo dos profissionais médicos e enfermeiros da APS deve ser dedicada ao atendimento clínico dos usuários, tarefa essencial incontornável dos serviços de saúde da APS (TESSER; NORMAN, 2014; NORMAN; TESSER, 2015). Assim, cabe agora discutir especificamente o escopo deste trabalho, que são os diferentes modelos de agendamento e a organização das agendas dos profissionais na APS.

Neste ponto, convém a introdução de um modelo referencial que oriente a proposição de estratégias vinculadas ao incremento do acesso oportuno na APS (figura 7) de modo a otimizar o formato das rotinas de atendimento e agendamento clínico. Após o diagnóstico da realidade local, a equipe será capaz de definir quais destas estratégias são primordiais e passíveis de aplicação prática. Lembrando que estratégias combinadas, e que atingem diferentes níveis do sistema de saúde, constituem a melhor maneira de incrementar o acesso (COMINO et al., 2012). A seguir cada uma das estratégias sugeridas na figura 6 está

detalhada, com exceção do primeiro tópico “programe mudanças com apoio da equipe”, por se tratar de um pré-requisito e não exatamente uma estratégia (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Figura 7. Esquema representativo das principais estratégias utilizadas para melhoria do acesso na APS.



Fonte: Rocha, Bocchi e Godoy, 2016.

2.5 ADEQUANDO A DEMANDA À CAPACIDADE

Melhorar a capacidade dos serviços de APS exige investimentos no sistema, adequando processos organizacionais, utilizando tecnologias da informação e comunicação (RYU; LEE, 2017), melhorando mecanismos de agendamento (KEARNEY; FULBROOK, 2012; BALASUBRAMANIAN et al., 2014; RYU; LEE, 2017), adequando o tamanho do painel^{III} (*panel size*) (BALASUBRAMANIAN et al., 2010; OZEN; BALASUBRAMANIAN, 2013), ampliando o horário de funcionamento dos serviços (MORGAN; BEERSTECHEER, 2011), e fortalecendo o trabalho multiprofissional (FABRELLAS et al., 2011).

^{III} Painel: número de usuários sob responsabilidade de um profissional de saúde ou equipe de saúde. Inicialmente o termo se aplicava aos profissionais médicos.

Durante o processo de gerenciamento da capacidade dos serviços de APS, faz-se necessária promover a participação efetiva dos diversos atores em disputa política, gestores, profissionais e usuários, na tomada de decisões, tendo em vista que limitado poder decisório e ou decisões unilaterais não ou pouco discutidas implica em baixo envolvimento com o projeto de mudança proposto. Ademais, ofertar capacidade adicional sem atender as necessidades e preferências populacionais pode não atingir os resultados esperados (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Sabendo que em situações de austeridade econômica é difícil obter apoio político e financeiro para investir em grandes projetos de incremento da capacidade dos serviços de APS, recomenda-se que as equipes comecem com as intervenções organizacionais, devido à alta governabilidade relacionada.

Portanto, o alcance do projeto de intervenção pode ser definido em nível local, após reconhecimento dos recursos e apoios disponíveis, visando à viabilidade e sustentabilidade em longo prazo. Ainda que boa parte das mudanças solicitadas seja de cunho organizacional, mudanças políticas são indispensáveis e esperadas (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016). Intervenções fundamentadas em políticas nacionais ou estabelecidas a partir da introdução de diretrizes práticas no sistema de saúde são mais propensas ao sucesso do que intervenções em nível local, dependentes de uma equipe específica e que não contam com financiamento contínuo (COMINO et al., 2012).

Em relação as intervenções organizacionais, há dois aspectos fundamentais relacionados à capacidade dos serviços de APS e que simultaneamente implicam na carga de trabalho dos profissionais, são eles: formas de estimar oferta e demanda, e adequação do tamanho de painel.

2.5.1 Estimando a oferta e a demanda por consultas clínicas

Para adequar a oferta à demanda, faz-se necessário conhecer tais parâmetros, sendo mais fácil medir a oferta. Para medir a oferta basta responder algumas perguntas simples, tais como: Quanto tempo cada profissional de saúde está disponível diariamente para consultas? Quantas consultas cada um atende por dia? Quantos dias do ano eles trabalham?

Segundo Murray e Berwick (2003) a demanda deve ser avaliada prospectivamente, uma vez que a mensuração retrospectiva refere-se ao que o serviço de APS ofertou no período, não sendo necessariamente o que a população demandou. Neste caso, a mensuração de demanda

prospectiva exige investigação e manutenção de registros sobre motivos de procura pelo serviço de APS (demanda externa), além dos registros de seguimento dos usuários em acompanhamento clínico (demanda interna).

A seguir apresentam-se cinco medidas para mensuração da demanda (GÉRVAS, 2017):

a) Intensidade de uso: é o número de consultas por habitante por ano. Divide-se o número de consultas em um ano pelo número de habitantes da população adstrita. Olmos e colegas (1997) afirmam que intensidade de uso de uma determinada população espanhola varia entre 52 e 74%. Por sua vez, Vidal (2013) descreveu que a intensidade de uso em Florianópolis/SC, no ano de 2011, foi, em média, 40,3% (dp=20,0).

b) Intensidade de uso repetido ou taxa de consultas: é a média de consultas por usuário por ano. Divide-se o número de consultas pelo número de usuários, considerando o período de um ano. Gérvas e Fabi (2017) afirmam que a intensidade de uso repetido varia de três a seis encontros com o médico de referência por ano, dependendo da complexidade clínica. No Brasil, a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA) reportou o número médio de 2,5 consultas por usuário em 2005 (BRASIL, 2012b).

c) Extensão de uso: é o número de usuários da população adscrita que consultaram com um profissional de saúde no período de um ano. Divide-se o número de usuários atendidos anualmente pelo número de habitantes da população adstrita.

d) Pressão assistencial: é o número médio de consultas ofertadas por dia. Divide-se o número de consulta realizadas em determinado período de tempo^{IV} pelo número de dias trabalhados.

e) Rotação: é o número de usuários novos atendidos diariamente pelo profissional de saúde. Divide-se o número de consultas por dia pela intensidade de uso repetido.

Existem ainda dois conceitos que podem ser usados na avaliação e monitoramento da capacidade do sistema de agendamento (MURRAY; BERWICK, 2003):

a) Capacidade: é o número de vagas por dia disponíveis na agenda de cada médico multiplicado pelo número de médicos no serviço de saúde. A capacidade pode ser subdividida ainda de acordo com a disponibilidade de vagas na agenda de outros profissionais da saúde que realizam atendimento clínico.

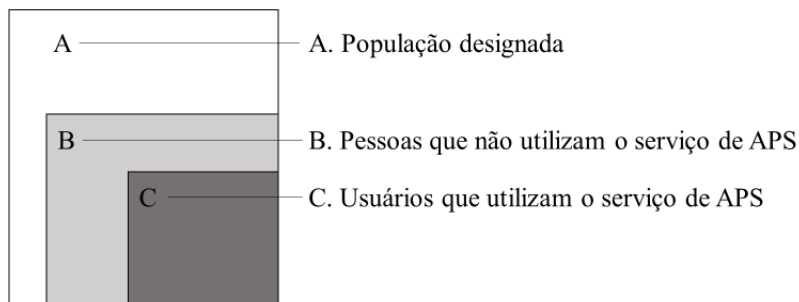
^{IV} Para fins de cálculo mais preciso da pressão assistencial é recomendado a utilização da população que consultou nos últimos 18 meses (MURRAY; BERWICK, 2003; GERVÁS; FABI, 2017).

b) Capacidade de agenda aberta futura: é o número de vagas disponíveis para agendamento dividido pelo número de consultas agendadas nas próximas quatro semanas. Enquanto os sistemas de agendamento na forma de acesso avançado apresentam uma razão de 65 - 90% (MURRAY; TANTAU, 2000; MURRAY; BERWICK, 2003), outros modelos que utilizam maior proporção de consultas agendadas apresentam razões que variam ente 10% a 15%. Populações jovens e saudáveis podem atingir uma razão ainda mais alta (90%), enquanto populações com maior número de idosos e recém-nascidos terão razões menores.

Esses cálculos permitem avaliar a gestão da demanda no sentido de perceber a quantidade de tempo dedicado aos diferentes usuários, bem como identificar os usuários que não utilizam consultas e os hiperutilizadores. Se a demanda não for moldada, cerca de 80% das consultas podem ser absorvidas por apenas 20% da população, e que normalmente corresponde àqueles que menos necessitam de cuidados em saúde.

É importante ressaltar que as pessoas que efetivamente consultam nos serviços de APS são uma subpopulação de um grupo de pessoas designadas para este estabelecimento de saúde (figura 8). Casares e colaboradores (2000) reportaram que no período de um ano em localidade espanhola que 46% da população adscrita não utilizou os serviços de APS.

Figura 8. Relação da população assistida com os serviços de APS.



Fonte: Camacho, 1992.

Sabe-se ainda que a pressão assistencial encontra-se diretamente relacionada a carga de trabalho do profissional. Koch e colaboradores (2011a) investigaram a percepção de médicos da APS sobre seus sistemas nacionais de saúde e cotidiano laboral. Foram entrevistados 10.320

médicos, de 11 países. A tabela 3 mostra os resultados da pressão assistencial e carga de trabalho destes profissionais.

Tabela 3. Pressão assistencial e a carga de trabalho dos médicos de APS em 11 países, em 2011.

	ALE	AUST	CAN	FR	IT	HOL	NZ	NOR	SUE	RU	EUA
Trabalho médio semanal (horas)	50.8	40.5	42.5	48.6	37.5	44.4	41	40.5	37.8	42.2	47.6
Com contato pessoal	70%	87%	75%	82%	75%	69%	83%	67%	66%	68%	76%
Média de usuários tratados por semana	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Média de usuários tratados por dia (pressão assistencial)	48,4	25,6	24,8	22	34,2	24,6	23,2	16,2	10,6	26	19,2

Fonte: Adaptado de Koch et al., 2011b.

Legenda: ALE: Alemanha; AUST: Austrália; CAN: Canadá; FR: França; IT: Itália; HOL: Holanda; NZ: Nova Zelândia; NOR: Noruega; SUE: Suécia; RU: Reino Unido; EUA: Estados Unidos da América.

A literatura científica brasileira não recomenda uma variação aceitável para a pressão assistencial, por profissional de saúde, nos serviços de APS. Santos (2012), em seu parecer consulta n° 009/2012 junto ao Conselho Regional de Medicina do Pará, descreve a pressão assistencial “recomendada” para um médico da APS, em um turno de quatro horas de trabalho, segundo os Conselhos Regionais de Medicina do Rio Grande do Sul (resolução n° 007/2011), de Pernambuco (resolução n° 01/2005) e do Rio de Janeiro (resolução n° 17/1987), sendo respectivamente 14, 14 e 12 usuários (SANTOS, 2012).

A tabela 4 apresenta a adaptação da informação referente a pressão assistencial “recomendada” pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina para um médico com jornada de 40 horas semanais na APS. Comparando estes dados com os de Koch e colaboradores (2011), verifica-se que, excetuando Alemanha e Itália, a pressão assistencial no Brasil não é diferente dos demais países estudados.

Tabela 4. Pressão Assistencial (carga de trabalho) dos médicos de APS com seus usuários no Brasil, em 2012.

Resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina	RS	RJ	PE
Média de Usuários Tratados por dia (em jornada de trabalho de 40 horas semanais)	28	24	28

Fonte: Santos, 2012.

2.5.2 Definindo limites adequados para o tamanho do painel centrado no cuidado médico

Definir um painel possibilita planejamento do cuidado, estimativa da pressão assistencial, adequação da carga de trabalho profissional, e consequentemente incremento do acesso. Ademais, o tamanho do painel é um preditor de demanda dos usuários e mostra claramente se o problema de acesso associa-se com o desempenho profissional (MURRAY; TANTAU, 2000).

Segundo Murray e Tantau (2000), o tamanho do painel do Médico de Família e Comunidade (MFC) deve ser de aproximadamente 2.500 pessoas. Nos EUA, em 2015, Peterson e colaboradores (2015) questionou 11.231 MFC sobre o tamanho de seus painéis e o tempo gasto no cuidado direto ao usuário. Cerca de 50% dos MFC que despendiam entre 81-100% do seu tempo no cuidado direto tinham um painel entre 1.501 e 3000 usuários, sendo que a maioria deles (21,3%) concentrava-se na faixa de 1.501 e 2.000 usuários. Apenas 5,7% dos MFC tinham um painel entre 3.500 e 4.000 usuários, porém 97% deles conseguiam gastar entre 61% a 100% do seu tempo no cuidado direto.

Segundo Dahrouge e colaboradores (2016) alguns médicos com grandes painéis conseguem gerenciá-los sem comprometer a qualidade do cuidado, por conta de características pessoais, como experiência clínica, e características dos serviços onde atuam. Desta maneira, o tamanho do painel apropriado para o médico depende de fatores organizacionais que implicam no número de consultas médicas realizadas por dia, tais como a jornada de trabalho do médico, a organização de sua agenda (MULDOON et al., 2012) e a carga de trabalho relacionada às atividades gerenciais (ARNDT et al., 2014). Dependem também de características do processo de trabalho médico, como a complexidade dos usuários sob seus cuidados, a extensão do envolvimento de enfermeiros e médicos assistentes^V nos atendimentos, bem como o envolvimento de outros

^V *Medical assistant*: profissional como curso técnico em medicina. Tal como o curso técnico de enfermagem está para o bacharel em enfermagem no Brasil.

membros da equipe dividindo o trabalho ou gerenciando casos conjuntamente (GRUMBACH; OLAYIWOLA, 2015).

Murray, Davies e Boushon (2007) sugerem um método simples para cálculo do tamanho de painel expresso no quadro 5.

Quadro 5. Cálculo para o tamanho do painel.

$$\text{Painel} = \frac{\text{pressão assistencial} \times \text{dias trabalhados pelo médico por ano}}{\text{intensidade de uso repetido}}$$

Exemplo:

O ano de 2017 tem 252 dias úteis. Supondo que o médico começou a trabalhar em janeiro e tirará férias em dezembro, teríamos 232 dias úteis. Como a média do número de consultas por usuário por ano no SUS é de 2.5, segundo dados da RIPS (BRASIL, 2012), arredonda-se o valor para 3. Se o médico atendesse 28 consultas por dia (número máximo preconizado pelos Conselhos Regionais de Medicina no país), teríamos:

$$\text{Tamanho do painel} = 28 \times 232 / 3 = 2.164 \text{ pessoas por médico.}$$

Percebe-se que o tamanho do painel pode variar, pois as três variáveis da equação estão sujeitas à mudança:

a) Intensidade de uso repetido: esse número pode ser reduzido diminuindo o número de retornos dos usuários, trabalhando em equipe – compartilhando tarefas com outros profissionais – e utilizando outras modalidades de atendimento ao usuário, como telefone, e-mail, atividades em grupo, entre outras.

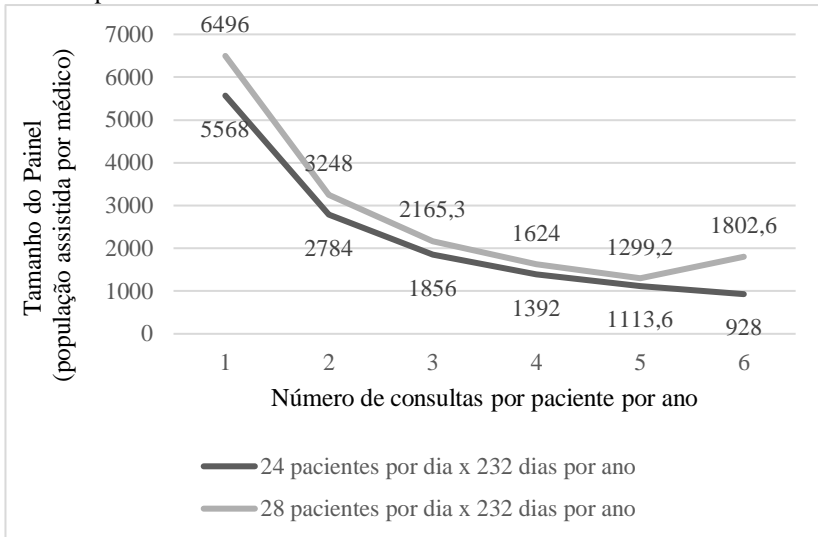
b) Pressão assistencial: não é somente o número de vagas na agenda disponível no dia. Esse número pode ser aumentado otimizando o modelo de agenda adotado, protegendo o tempo de agenda para atendimentos clínico-ambulatoriais, ajustando o tempo de consulta, diminuindo demanda burocráticas e reduzindo a taxa de absenteísmo (*no show*).

d) Número de dias trabalhados pelo médico por ano: pode-se elevar este número aumentando o número de dias de agenda para atendimento clínico. Por exemplo, ao invés do profissional fechar um turno ou ainda um dia inteiro de agenda para visitas domiciliares – muitas vezes para atender dois ou três usuários apenas – pode-se otimizar este tempo e realizar atendimentos clínicos, também neste período.

O gráfico 1 ilustra o painel em dois cenários onde o médico trabalha 232 dias no ano e a média anual de consultas por usuário é igual a 3. A diferença é que no primeiro cenário o médico atende 24 consultas por dia

e no segundo 28. Assim, o tamanho de painel no primeiro cenário seria de 1.856 usuários e de 2.165 no segundo.

Gráfico 1. Exemplo de tamanhos de painéis distintos pelo número de consultas médicas por dia.



Fonte: Os autores, 2018.

Na ESF, o tamanho do painel é definido pelo disposto na PNAB, onde atualmente ela recomendada um tamanho de painel de uma eSF de 2.000 a 3.500 usuários (BRASIL, 2017).

O tamanho do painel no Brasil é muito elevado quando comparado ao de países europeus (tabelas 5 e 6) (GIOVANELLA, 2006; MASSERIA et al., 2009). Ainda que muitos destes sistemas de saúde tenham uma organização do acesso de primeiro contato diferente do SUS, a maioria deles também preconiza a figura do médico generalista ou do Médico de Família e Comunidade como porta de entrada. Esta menor relação populacional permite, naturalmente, um melhor acesso dos usuários aos serviços de APS.

Tabela 5. Características dos serviços de primeiro contato nos países da União Europeia.

Países	Profissional de primeiro contato	Unidade de APS	Papel de Gatekeeper	Inscrição de Pacientes	Nº de pacientes na lista dos Generalistas**
Serviço Nacional de Saúde					
Dinamarca	Generalista	Consultório de Grupo	X	X	1.600
Espanha	Generalista	Centro de Saúde	X	X	2.500
Finlândia	Generalista	Centro de Saúde	Não (25%)	Não (1/3)	-
Grécia	Generalista	Centro de Saúde	Não	Não	-
Itália	Generalista ou Pediatra	Consultório Individual	X	X	1.030 (1.500)
Portugal	Generalista	Centro de Saúde	X	X	1.500
Reino Unido	Generalista	Consultório de Grupo	X	X	1.850
Suécia	Generalista	Centro de Saúde	Não	Não (opcional)	Não (2.000)
Seguro Saúde					
Alemanha	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não (hosp.)	Não	-
Áustria	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não (hosp.)	Não	-
Bélgica	Generalista	Consultório Individual	Não	Não	-
França	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não	Não	-
Holanda	Generalista	Consultório em Grupo	X	X	2.350
Irlanda	Generalista	Consultório Individual	X	X*	-
Luxemburgo	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não	Não	-

Fonte: Giovanella, 2006.

*Inscrição somente para pacientes de baixa renda; **Médias de pacientes inscritos por generalista para Dinamarca, Itália, Portugal e Reino Unido; para Espanha e Holanda número máximo.

Tabela 6. Organização da atenção ao primeiro contato (continua).

PAÍS	ÁUSTRIA	BÉLGICA	REPÚBLICA TCHECA	DINAMARCA
Fontes de atenção ao primeiro contato	Generalistas, ambulatórios, ambulatórios hospitalares; pediatras, ginecologistas, dentistas, oftalmologistas	Qualquer médico, atendimento hospitalar	Generalistas, pediatras, ginecologistas, dentistas e atendimento emergencial	Generalistas, centros de saúde
Porta de entrada / <i>gate keeping</i>	Até certo ponto; mais para generalistas com contratos de seguro social	Não	Sim (não plenamente aplicada)	Sim
Escolha do profissional da "porta de entrada"	Sim (com algumas restrições)	N/a	Sim	Sim (Dentro da área de residência)
Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Geralmente sim para generalistas com contratos de seguro social; caso contrário, não necessário para a maioria das especialidades	Não	Sim, mas os pacientes podem ignorar	Grupo 1 (10 Km de casa): sim, para a maioria; Grupo 2 (livre escolha): não
Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar não-emergencial	Sim	Não	Sim	Sim
Organização prática dominante	Principalmente práticas individuais, embora algumas funcionem em ambulatórios e algumas funcionem em ambulatórios hospitalares	Principalmente individual (75%), prática em grupo (16%) e centros de atenção primária (9%)	Individual (80%)	Individual
Número médio de pacientes por generalista	800 (estimativa)	588-1056	1613 por adultos, 952 por crianças	1400-1500
Envolvimento de outros profissionais da saúde	Generalistas trabalhando em formatos de grupo também trabalham geralmente ao lado de enfermeiras, especialistas e fisioterapeutas	Em centros de atenção primária: funcionários administrativos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicoterapeutas ou outros trabalhadores de atenção primária (ex. farmacêutico, fonoaudiólogo)	Não	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas

Tabela 6. Organização da atenção ao primeiro contato (continuação).

PAÍS	INGLATERRA	ESTÔNIA	FINLÂNDIA	FRANÇA
Fontes de atenção ao primeiro contato	Generalistas, centros de saúde	Generalistas, oftalmologistas, dermatologistas, ginecologistas, psiquiatras, infectologista, dentistas, pneumologista (em caso de TB) e todo especialista necessário no caso de trauma	Generalistas	Generalistas, especialistas
Porta de entrada <i>gate keeping</i>	Sim	Parcialmente sim	Sim, no setor público	Sim (85%)
Escolha do profissional da “porta de entrada”	Sim (Dentro da área de residência)	Sim	Sim	Sim
Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Sim, para todas as especialidades	Sim, para o mais especialista (pagamento extra)	Sim, no setor público	Sim, para algumas especialidades
Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar não-emergencial	Sim	Sim	Sim	Sim
Organização prática dominante	Grupo (81%)	Tanto prática individual quanto prática em grupo	Generalistas trabalham em centros de saúde municipais	Individual
Número médio de pacientes por generalista	1200-2200	1200-2000	1500-2000	1000-1500
Envolvimento de outros profissionais da saúde	Enfermeiras, farmacêuticos	Enfermeiras. De acordo com o Plano de Desenvolvimento da Atenção Primária de 2009, a prática de generalistas deverá ser integrada a parteiras, pediatras, especialistas em reabilitação, enfermeiras de saúde mental, etc.	Dependendo do tamanho e do tipo da municipalidade, os centros de saúde incluem generalistas, às vezes médicos especialistas, enfermeiras, enfermeiras de saúde pública, parteiras, dentistas, assistentes sociais	Pequeno envolvimento de outros profissionais

Tabela 6. Organização da atenção ao primeiro contato (continuação).

PAÍS	ALEMANHA	ITÁLIA	LITUÂNIA	HOLANDA
Fontes de atenção ao primeiro contato	Generalistas, especialistas, policlínicas	Generalistas, pediatras, e atendimento emergencial	Generalistas, especialista específico	Generalistas (em centros de saúde)
Porta de entrada / <i>gate keeping</i>	Não (Apenas 8%)	Sim	Sim	Sim (100%)
Escolha do profissional da "porta de entrada"	Sim	Sim	Sim	Sim
Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim, para todas as especialidades
Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar	Sim	Sim	Sim	Sim
Organização prática dominante	Individual (68%)	Individual	Prática em grupo (90%)	Individual (72%)
Número médio de pacientes por generalista	1500-2000	1800 generalistas 1000 pediatras	1800	2250
Envolvimento de outros profissionais da saúde	Enfermeiras, parteiras, nutricionistas, fisioterapeutas		Enfermeira de atenção primária à saúde, ginecologistas	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas

Tabela 6. Organização da atenção ao primeiro contato (conclusão).

PAÍS	POLÔNIA	ROMÊNIA
Fontes de atenção ao primeiro contato	Generalistas, pediatras, internistas	Generalistas
Porta de entrada / gate / keeping	Não formalmente, mas através de mecanismos como estrutura de financiamento	Sim
Escolha do profissional da "porta de entrada"	Sim, pode mudar 2 vezes ao ano sem nenhuma cobrança adicional	Sim (só pode trocar depois de 6 meses)
Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Sim, com algumas exceções como ginecologistas, dermatologistas, psiquiatras e outros.	Sim, para a maioria
Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar	Sim	Sim
Organização prática dominante	1.Prática individual 2.Prática em grupo 3.Unidades de atenção primária	Individual, com 1 enfermeira
Número médio de pacientes por generalista	4161	1200-1500
Envolvimento de outros profissionais da saúde	Práticas individuais tem de 1 a 2 serviços de suporte, geralmente incluindo uma enfermeira; práticas em grupo tem equipe maior, incluindo 2 a 3 enfermeiras e pessoal técnico-administrativo; centros de atenção primária dispõem de um amplo escopo de cuidados ambulatoriais e primários, possuindo grande equipe.	Enfermeiras

Fonte: Masseria et al., 2009.

Esclarece-se que grandes painéis estão associados ao pior desempenho em atividades de prevenção e promoção da saúde, bem como no manejo de doenças crônicas. Além disso, grandes painéis podem prejudicar o acesso efetivo, a longitudinalidade e a qualidade técnica do cuidado prestado à população. Não há informações sobre o efeito de tamanhos de painéis sobre a equidade (MULDOON et al., 2012).

Murray, Davies e Boushon (2007) relata que se o tamanho do painel for muito grande, o MFC terá um excesso de trabalho que não poderá ser realizado, levando ao esgotamento (*burnout*) e abandono do trabalho, elevando a rotatividade de médicos na APS.

2.5.3 Estimando um tamanho de painel adequado compartilhando tarefas de cuidados crônicos e preventivos com outros profissionais da saúde

O trabalho em equipe multiprofissional tem o potencial de diminuir a pressão assistencial nas consultas médicas e, simultaneamente, aumentar a oferta de serviços. Entretanto, pesquisa realizada em Florianópolis mostrou que outros profissionais na APS no ano de 2008 estavam sendo subutilizados no SUS, dados os resultados dos percentuais de encaminhamento da época para as seguintes categorias profissionais: psicólogo (28,9%), enfermeiro (21,6%), fisioterapeuta (20,0%), nutricionista (11,5%), odontólogo (3,9%), assistente social (3,3%), fonoaudiólogo (2,3%), educador físico (1,3%), farmacêutico (1,0%) (GUSSO, 2009).

Segundo Altschuler et al. (2012) os médicos despendem muito tempo atendendo usuários com problemas crônicos e que se encontram estabilizados, bem como desenvolvendo atividades preventivas que poderiam ser realizadas com a mesma qualidade por outros profissionais de saúde. Portanto, se o médico compartilhasse o trabalho com outros profissionais teria mais tempo para avaliar pessoas com problemas agudos e com doenças crônicas agudizadas. Pode-se dizer que um painel compartilhado com a equipe multiprofissional é, no mínimo, custoefetivo (ALTSCHULER et al., 2012).

Definir o tamanho do painel adequado para uma equipe multiprofissional em saúde é mais complexo. A partir do método de Murray, Davies e Boushon (2007) pode-se substituir a *pressão assistencial* pela somatória do número de consultas por dia das categorias profissionais envolvidas, contanto que todos realizem a mesma carga horária, as demais variáveis permanecem constantes.

O quadro 6 apresenta outros dois métodos para calcular o tamanho do painel para equipes multiprofissionais em saúde. Neste exemplo, foram utilizadas três categorias profissionais: enfermeiros, obstetrias e médicos assistentes. O método 1 estima a proporção de usuários por profissional de APS, implicando que todos contribuam de forma igualitária na assistência aos usuários. Por sua vez, o método 2 atribui os usuários segundo cuidados específicos de cada categoria profissional. Contudo, não esclarece os critérios para distribuição ou compartilhamento dos casos entre as distintas categorias profissionais (MULDOON et al., 2012).

Quadro 6. Cálculo do tamanho de painel para equipes multiprofissionais de saúde.

Método 1: atribuindo o número de usuários de forma igualitária entre todas as categorias profissionais de APS (médicos de família, enfermeiros generalistas, médicos assistentes e obstetrias).	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas atendidas no serviço de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de APS do serviço de saúde}}$
Método 2: atribuindo usuários por categoria profissional específica (responsabilidade técnica profissional).	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas atendidas pelos médicos de família}}{\text{N}^\circ \text{ de médicos de família do serviço de saúde}} + \frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas atendidas pelos enfermeiros generalistas, médicos assistentes e obstetrias}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiras generalistas, médicos assistentes e obstetrias do serviço de APS}}$

Fonte: Muldoon et al., 2012.

Alstchuller e colaboradores (2012) propõem um método alternativo para cálculo de painel para equipes multiprofissionais, fundamentado na proporção de cuidados compartilhada. Neste método, os autores calcularam o tempo anual por usuário gasto por cada categoria profissional (enfermeiros, farmacêuticos, educadores em saúde e médicos assistentes), ajustado ao perfil epidemiológico clínico e à proporção de controle das doenças crônicas para um painel de 2.500 pessoas. Sendo assim, três modelos foram propostos:

a) Modelo 1: 77% dos cuidados de prevenção e 47% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

b) Modelo 2: 60% dos cuidados de prevenção e 30% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

c) Modelo 3: 50% dos cuidados de prevenção e 25% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

A estimativa do tamanho de painel, segundo modelo de proporção de cuidados compartilhados, está apresentada na tabela 7.

Tabela 7. Estimativa do ‘Tamanho do painel’ em diferentes modelos de Delegação de Tarefas para outros profissionais de saúde não médicos.

	Modelo Não-Delegado Painel = 983		Modelo Delegado 1 Painel = 1.947		Modelo Delegado 2 Painel = 1.523		Modelo Delegado 3 Painel = 1.387	
	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ ano
Preventivo	0	0,71	77	0,16	60	0,28	50	0,35
Crônico	0	0,99	47	0,53	30	0,70	25	0,75
Agudo	0	0,36	0	0,36	0	0,36	0	0,36
Total	0	2,06	-	1,04	-	1,33	-	1,46

Fonte: Adaptado de Altschuler, 2012.

Segundo o modelo de Altschuler e colaboradores (2012) quanto maior o tempo compartilhado com outras categorias profissionais, maior o tamanho de painel, passando de um modelo médico-centrado com 983 usuários para um modelo centrado na equipe com 1.947 usuários, no cenário de maior proporção de cuidados compartilhados (tabela 7).

Considerando os três modelos de estimativa de painéis apresentados (MURRAY; DAVIES; BOUSHON, 2007; ALTSCHULER et al., 2012; MULDOON et al., 2012), o que mais se aproxima da realidade dos serviços de APS no Brasil é o que compartilha usuários segundo responsabilidade técnica profissional. Assim, no quadro 7 apresenta-se uma adaptação deste método para estimar o painel da equipe mínima na ESF, tendo em vista que os profissionais que exercem atividades clínico-específica são médicos (generalista, especialista em SF ou MFC) e enfermeiros (generalista e especialista em SF).

Quadro 7. Método para cálculo do Tamanho de Painel (TP) para uma equipe mínima de Saúde da Família.

$\text{Painel} = \frac{(\text{pressão assistencial do médico} \times \text{dias trabalhados pelo médico por ano}) + (\text{pressão assistencial do enfermeiro} \times \text{dias trabalhados pelo enfermeiro por ano})}{\text{Intensidade de uso repetido}}$
--

Fonte: Os autores, 2018.

Recomenda-se ainda o ajuste do painel às características da população adscrita, como idade, sexo, condições socioeconômicas e de saúde (carga de doença da população), uma vez que é maior o número de consultas entre mulheres, crianças, idosos e pessoas adoecidas (Murray et. al, 2007), bem como a carga de trabalho devido às condições de saúde relacionadas à pobreza (MULDOON; RAYNER; DAHROUGE, 2013). No entanto, nenhum dos autores apresenta como fazer este ajuste do painel, de acordo com as características da população assistida, além de não terem sido encontrados estudos tanto na literatura nacional e internacional que mostrem como fazê-lo.

Para mensurar carga de doença na população, a Johns Hopkins desenvolveu um sistema denominado Grupos Clínicos Ajustados (*“Adjusted Clinical Groups” – ACG® System*). É um sistema de caracterização por composição nosológica (*case-mix*)^{VI} das pessoas, de acordo com a combinação de diagnósticos em populações de pacientes dentro de grupos relativamente homogêneos, ao longo de um determinado período de tempo (geralmente um ano). É um método para caracterizar a morbidade. Esta indicação de morbidade não depende da taxa de consultas ou da extensão de uso porque são usados apenas diagnósticos para caracterização. As categorizações do ACG resultantes são altamente preditoras do número de consultas para atendimento ambulatorial durante o período de tempo a partir do qual os diagnósticos são indicados. Seu uso também é preditor para o ano seguinte. Portanto, seu uso pode auxiliar na prática do acompanhamento e monitoramento da população assistida pelos profissionais ou equipes de saúde (STARFIELD, 2002; WEINER et al., 1996).

^{VI} Categorização por composição nosológica (*case-mix*): são formas de medir a carga total de morbidade em uma população de pacientes pela combinação de diagnósticos de formas diferentes.

2.5.4 A enfermagem na APS e o compartilhamento de cuidado

Em 2017, Xue e Tuttle (2017) investigaram o número de usuários atendidos e o tamanho de painel entre enfermeiros da APS nos EUA. Identificaram que os enfermeiros dispensam, em média, 81% do seu tempo com trabalho burocrático e no cuidado direto ao usuário. Infelizmente não conseguiram separar essas duas informações, pois encontrava-se vinculada na fonte de dados secundária. Ademais, dispendiam 8,7% do tempo no ensino, 6,9% na administração e 3,4% em outras atividades. Em um contexto de ampla variação de atividades profissionais, atendiam em média 80 usuários (IC95% 79-82) em uma semana típica, tendo um tamanho médio de painel de 567 usuários (IC95% 522-612), o que não é pouco, considerando que ainda colaboram atendendo usuários do painel médico.

Por sua vez, Fabrellas e colaboradores (2011) avaliaram a viabilidade e a eficácia das consultas de enfermagem, fundamentadas em protocolos clínicos, no atendimento da demanda espontânea de doenças de menor gravidade na APS. Foram avaliadas 629.568 consultas, sendo 575.189 de adultos e 54.379 pediátricas. A resolutividade das consultas foi de 61,8% em adultos e 75,6% entre usuários pediátricos. Em adultos, as maiores taxas de resolução (>90%) encontradas foram no atendimento de queimaduras, lesões cutâneas e contracepção de emergência, e as menores em sintomas do trato urinário inferior (46,7%), dor de garganta (45,7%), hiperemia conjuntival (45,5%) e respiratórios do trato superior (41,4%). Em usuários pediátricos, as maiores taxas de resolutividade (>90%) foram em cólicas abdominais e queimaduras, e as mais baixas em tosse referida (36,2%). As taxas de retorno no período de sete dias pelo mesmo motivo de queixa foram baixas, sendo de 4% para adultos e de 2 a 4% para usuários pediátricos, demonstrando a efetividade dos atendimentos.

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007 (BRASIL, 2007), que dispõe sobre as atribuições dos profissionais na ESF, afirma a competência do enfermeiro em realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, observando-se as disposições legais da profissão e em consonância com protocolos e normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Em termos de protocolos assistenciais, em âmbito nacional, tem-se como referência os cadernos de AB do Ministério da Saúde. Em âmbito municipal, alguns protocolos de qualidade podem ser encontrados, principalmente em municípios maiores (BRASIL, 2007). Contudo, o

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP 2015) percebendo a criação e adaptação desordenadas de protocolos, resultando em recomendações vagas, inadequadas à realidade local, sem validação por parte dos profissionais e usuários, publicou o “Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem” (COREN, 2015).

Alguns argumentam que protocolos assistenciais conferem autonomia aos profissionais de enfermagem, mas a autonomia profissional independe da existência de protocolos. O enfermeiro é sempre responsável por suas ações e a decisão de seguir ou não determinado protocolo deve fundamentar-se em evidências científicas. Deve compreender que, decidindo ou não seguir o protocolo, responderá sozinho por sua escolha; contudo na primeira, contará com o endosso da instituição (COREN-SP, 2015).

Neste contexto, Xue e Tuttle (2017) evidenciaram que 96% dos enfermeiros que tinham seus próprios painéis em sua prática diária, atingiam a totalidade do escopo legal da profissão regulamentada pelo Estado. O fato interessante é que, para estes enfermeiros, a autonomia percebida é mais importante que a extensão do escopo de práticas profissionais regulamentadas, além de estar diretamente associada à sua produtividade na APS (XUE; TUTTLE, 2017). Portanto, ainda que o enfermeiro não possa prescrever determinadas medicações sem a supervisão médica, sente-se autônomo quando tem liberdade de atuar sozinho em seu consultório, de maneira a responsabilizar-se completamente pelo cuidado dos usuários, fundamentando suas ações em seu julgamento profissional (WEILAND, 2015).

2.6 REDUZINDO O TEMPO DE ESPERA E A DEMORA

O tempo de espera e a demora, quando elevados, constituem barreiras não financeiras ao sistema de saúde. Este tipo de barreira pode limitar o impacto de políticas de expansão do acesso, fundamentadas no incremento da acessibilidade ao cuidado. Ademais, quando as barreiras não financeiras não são reduzidas, a iniquidade de acesso entre grupos populacionais se mantém (KULLGREN et al., 2012).

A situação de desequilíbrio entre oferta e demanda ocasiona um trabalho acumulado (*backlog*) que por consequência resulta em listas e filas de espera. No dia a dia da prática clínica o acúmulo de trabalho é traduzido em atendimentos agendados para o futuro.

Há dois tipos de acúmulos, acúmulos positivos (*good backlogs*) resultantes dos usuários que não querem consultar hoje e daqueles agendados pela equipe como retorno programado, e acúmulos negativos

(*bad backlogs*) resultantes do trabalho que a equipe não conseguiu finalizar hoje, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho. Portanto, a redução do tempo de espera implica na redução dos acúmulos negativos de trabalho.

A seguir apresentam-se algumas medidas, propostas por Knight e Lembke (2011; 2013), úteis no diagnóstico e acompanhamento de resultados de intervenções relacionadas à redução do acúmulo de trabalho negativo nos serviços de APS:

a) Terceira vaga de agendamento disponível: medida para o atraso de consultas clínicas. Para calculá-la, deve-se contar o número de dias compreendidos entre a solicitação do agendamento da consulta e o dia da terceira vaga disponível (não usar vaga reservada para demanda espontânea). Quanto menor é esta medida, menor é o atraso do profissional ou do serviço de saúde;

b) Demanda não atendida: trata-se do número de usuários que deixaram o serviço de APS semanalmente, porque não conseguiram um agendamento em data oportuna;

c) Pesquisa de satisfação do usuário: pode-se abordar os usuários com duas questões simples: Em uma escala de 0 a 10, qual número representa sua satisfação com a marcação de consulta? Você consegue consulta com o profissional que deseja no dia que precisa?

d) Demora: alguns *softwares* utilizados nos serviços de APS, como prontuário eletrônico, por exemplo, demoram a iniciar e acessar os arquivos do usuário, sendo interessante otimizar este tempo;

e) Tempo de permanência no serviço de APS: média do tempo total de permanência dos usuários no serviço, desde a chegada até a saída.

Outras duas formas estratégias para redução do acúmulo negativo são o controle da agenda médica e do tempo de consulta. No controle da agenda, por exemplo, faz-se necessário reduzir a demanda desnecessária, protegendo o tempo médico para atendimento clínico direto. Pode-se, por exemplo, utilizar formas alternativas de atendimento não presenciais, como responder dúvidas dos usuários por e-mail ou telefone, compartilhar tarefas de cuidado com outros profissionais, criar mecanismos para resolver pendências administrativas fora do pico de demanda e informar usuários sobre como acessar e obter resposta às suas demandas administrativas.

Os médicos, em geral, organizam suas agendas das mais diferentes maneiras, mas que em certa medida se alinham com o sistema de agendamento adotado (tabela 8). A seguir apresentam-se alguns exemplos:

a) Tempo máximo por usuário;

- b) Número mínimo-máximo de usuários por dia;
- c) Atendimento de todos os usuários no mesmo dia;
- d) Distribuição do tempo de agenda de acordo com programas verticais (gestantes de baixo risco a tarde, diabéticos pela manhã, entre outras).

É bem conhecido que o estilo de prática exercido pelo médico determina o volume diário de usuários, sendo a organização da agenda elemento fundamental na garantia do acesso oportuno. Uma vez que as maiores barreiras são criadas pelos próprios profissionais, na ânsia de tentar organizar rigidamente suas agendas acabam desenvolvendo mecanismos complexos de classificação que restringem o acesso. Uma agenda rígida fragmenta o cuidado, gera acúmulo de trabalho negativo, adoção de sistemas de triagem ineficazes, insatisfação profissional e deterioração da dinâmica do trabalho em equipe. Por vezes, os profissionais racionalizam e concluem que o problema é a falta de tempo e de recursos, enquanto, na verdade trata-se de uma gestão de agenda que sustenta o desequilíbrio entre oferta e demanda. As agendas não precisam de grande organização, mas deve-se evitar que sejam controladas por processos administrativos e que contemplem usuários que não necessitam de cuidados, como por exemplo, usuários com doenças crônicas estáveis em intervalos de retorno inferior ao previsto.

Como exemplo prático, em uma hora de trabalho médico, pode-se agendar uma consulta de duração programada de 20 minutos, deixando os 40 minutos desta hora para:

- a) Três consultas de demanda espontânea de 10 minutos;
- b) Mais duas consultas imediatas, focadas em um problema urgente, de cinco minutos cada.

Esclarece-se que as consultas de demanda espontânea e imediatas devem ser direcionadas às questões clínicas pontuais e breves.

Neste esquema, em seis horas de trabalho no dia, teríamos: seis consultas de 20 minutos; 18 consultas de 10 minutos; e 12 consultas de cinco minutos cada, totalizando 36 consultas no período. Se a jornada de trabalho for de oito horas, e as seis horas acima descritas forem utilizadas para o atendimento clínico, isso corresponde a 75% da carga horária diária de trabalho. Logo, ainda pode ser utilizada uma hora por dia para visitas domiciliares e outra hora para outras demandas administrativas, como renovação de receitas, atestados médicos, preenchimento de laudo de medicações excepcionais; respostas a demandas não presenciais, como responder dúvidas de usuários por telefone ou e-mail, comunicar-se com a população por meio de mídias sociais ou e-mail; ou ainda para discutir casos em equipe, com especialistas matriciadores e pelo telessaúde.

A proposta de consultas de cinco minutos gera certa polêmica entre os profissionais, seja por receio de que consultas tão breves podem fragilizar a qualidade assistencial ou por medo de que os serviços de APS se transformem em pronto-atendimento. Contudo, deve-se considerar que o profissional de APS acompanha longitudinalmente os usuários, conhecendo-os bem. Portanto, uma avaliação pontual pode ser considerada um atendimento integral, quando, por exemplo, realiza-se otoscopia em um usuário diabético com dor de ouvido conhecido pela equipe. Se este usuário procurasse um serviço de emergência, seria atendido por um profissional que não o conhece, que possivelmente despenderia um maior tempo de consulta. Este exemplo ilustra um caso típico em que não se obtém benefícios adicionais, na qualidade e resolutividade assistencial, com o aumento da duração temporal da consulta (GERVÁS; FABI, 2017).

Segundo Gask e Usherwood (2002) o sucesso de uma consulta depende da qualidade da comunicação entre médico e usuário. Estes autores esclarecem que se o médico permitir que o usuário explique sua motivação por buscar atendimento sem interrupção, o usuário se expressará em 60 segundos ou menos e citará seus principais motivos de preocupação. Assim, o médico será capaz de direcionar a consulta adequadamente. Por outro lado, quando o médico interrompe o usuário, possivelmente direcionará a consulta às primeiras menções do usuário, que podem não ser representativas de suas necessidades e, dificilmente o usuário conseguirá expressá-las no decorrer da consulta (GASK; USHERWOOD, 2002).

Segundo Lopes (2007) o método de abordagem centrado na pessoa é possível de ser praticado na realidade brasileira, em uma consulta com duração de 13 a 15 minutos. Se o médico utilizar a abordagem descrita acima, por meio da pergunta “Em que posso te ajudar hoje?”, poderá identificar 90% das informações necessárias para resolver o problema do usuário. Ademais, pode estabelecer prioridades e usar a longitudinalidade do cuidado como aliada neste processo (LOPES, 2007).

2.7 MODELOS DE AGENDAMENTO

Segundo Vieira da Silva e colaboradores (2010b) ainda que a oferta de serviços de saúde seja insuficiente, simples mudanças no sistema de agendamento de consultas e na maneira como os usuários são recebidos tornam-se suficientes para evitar filas e sofrimento humano.

Na literatura internacional há uma variação na nomenclatura referente aos modelos de agendamento, embora a abordagem

organizacional seja bastante semelhante. Assim, identificou-se um padrão comum, que permite diferenciar os cinco principais modelos de agendamento em duas categorias:

a) Modelos em que a abordagem profissional diferencia consultas de urgência clínica e consultas de rotina ou seguimento, sendo eles: tradicional e *carve-out*;

b) Modelos em que não se diferenciam consultas de urgência clínica de consultas de rotina ou seguimento, de forma que a abordagem profissional é direcionada à necessidade apresentada pelo usuário, são eles: agendamento-dia, acesso aberto e acesso avançado.

As principais características e detalhes de cada modelo estão apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continua).

MODELO TRADICIONAL	
Referido como tradicional ou <i>saturated</i> por Murray e Tantau (1999; 2000) e como <i>supersaturated</i> por Knight e Lembke (2013)	
Principais características	Neste sistema, todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas, em sua maioria, solicitadas pelos usuários. No primeiro horário do dia a agenda médica já se encontra cheia, “saturada”. Durante o dia, chegam casos de demanda espontânea que são inseridos na agenda, em forma de agendamento duplo (<i>double-booking</i>). O médico tem que manejar esta situação, terá que atender o usuário em algum horário, por vezes, usa o horário de almoço e fim de tarde. Equipes de recepção explicam, triam e procuram vagas não existentes na agenda para colaborar com os médicos. Os médicos sentem-se sobrecarregados com o excesso de usuários aguardando atendimento. A sala de espera cheia gera tensão, estresses e atrasos. Para tentar dar conta desta demanda, criam-se mecanismos complexos que acabam restringindo o acesso, tais como reservas específicas na agenda para “saúde da mulher”, “saúde do homem”, “consulta de rotina”, entre outras. Na prática, há uma sensação de panela de pressão, reduzindo a capacidade de reflexão sobre outros sistemas ou ainda em completar cuidados estruturados de usuários portadores de condições crônicas. O <i>slogan</i> deste sistema é “fazer o último trabalho do mês, hoje”.
Vantagens e desvantagens	Vantagens: É uma tentativa honesta de fazer o sistema funcionar para todos, tentando acomodar usuários com necessidade de cuidados crônicos e com demanda espontânea por condições agudas. Desvantagens: há uma demanda espúria proveniente de usuários que visando garantir sua vaga solicitam consulta preventiva. O elevado tempo de espera para se conseguir um agendamento facilita o aumento da taxa de não comparecimento (<i>no-show</i>) às consultas. Fato que eleva a procura por serviços de urgência e emergência, dispendiosos, e fragiliza a relação médico-usuário. Por vezes, a duração das consultas acaba excedendo o tempo previsto, pois os usuários trazem inúmeras demandas para serem resolvidas na preciosa vaga agendada com o médico. A complexidade existente na marcação das consultas resulta em ineficiência e propicia fraudes, por exemplo, o encaixe de usuários escolhidos pela equipe de recepção, seja por empatia ou parentesco. Ademais, a rotatividade dos recepcionistas é alta, por conta da insatisfação com o trabalho.
Organização da agenda	Adota-se um sistema de cores que identifica o tipo de consulta com cores diferenciadas. Assim, têm-se cores especificadas para demanda por condições crônicas, por condições agudas, rotina de seguimento, vagas reservadas pelo médico com recados do tipo “favor não mexer”, entre outras. Logo, trabalhar muitas categorias de agendamento pode-se tornar extremamente complexo, uma vez que cada profissional de saúde acaba adotando suas regras próprias, não-escritas.

Tabela 8. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

MODELO CARVE-OUT	
<p>Referido como <i>carve-out</i> por Murray e Tantau (1999; 2000) e por Knight e Lembke (2013). Considerado uma evolução do modelo tradicional, é também chamado sistema de agendamento aberto (<i>open access system</i>) de primeira geração (MURRAY; TANTAU, 1999). Referido como duas formas de agendamento combinadas por Balasubramanian e colaboradores (2014): agendamentos para o mesmo dia (<i>same day appointments</i>), para condições agudas, e consultas pré-agendadas (<i>prescheduled appointments</i>) para exames de rotina anuais, e monitoramento de condições crônicas.</p>	
Principais características	<p>Sistema de agendamento com reserva de vagas para consultas de urgência. Recomenda-se que se reserve aproximadamente um terço das vagas diárias para cuidados agudos em saúde. O profissional de saúde pode ainda mensurar o número ideal de vagas a serem reservadas diariamente, conforme apresentado na organização da agenda médica. Neste sistema, as consultas pré-agendadas são realizadas pelo MFC de referência do usuário, enquanto as consultas agendadas para o mesmo dia podem ser realizadas por outros médicos, de acordo com a disponibilidade na agenda destes profissionais. Desta forma, as condições agudas são compartilhadas de forma flexível entre a equipe médica de um mesmo serviço. O slogan deste sistema é “faça parte do trabalho de hoje, hoje”.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: Permite planejar o trabalho diário com antecedência. Além de possibilitar o oferecimento de cuidados estruturados para as condições crônicas de saúde e ainda atender as condições agudas.</p> <p>Desvantagens: erros na predição da demanda podem ocasionar o desperdício de vagas que não são preenchidas. Ademais, a reserva de vagas para cuidados agudos em saúde eleva o tempo de espera para outros agendamentos. Em resposta, pode haver uma pressão em usar as vagas reservadas para agendar consultas de seguimento. Este sistema tende a criar um terceiro tipo de agendamento, encaixe, para usuários que não preenchem critérios de demanda aguda, mas que não podem esperar até a próxima vaga de seguimento disponível. Por fim, os usuários acabam procurando o serviço no dia em que desejam ser vistos, prejudicando qualquer tentativa de previsão da demanda diária. Tais problemas, quando associados e não gerenciados, tendem a conduzir este sistema de agendamento, de forma natural, ao modelo tradicional.</p>
Organização da agenda médica	<p>Balasubramanian (2014) recomenda que a agenda típica de um MFC apresente as consultas pré-agendadas no início do período de trabalho, de maneira que as vagas reservadas para agendamento no dia possam ser preenchidas no decorrer da jornada de trabalho. A seguir apresentam-se duas formas de definir a proporção de reserva de vagas. Smoller (1992), a partir de estudo sobre procuras por consultas de demanda espontânea, percebeu que a cada 10.000 usuários, 55 procuram espontaneamente o serviço na segunda-feira, 50 na terça-feira e 45 de quarta a sexta-feira. Como este serviço contava com quatro médicos, toda segunda-feira cada médico reservava 14 vagas para estes atendimentos. O restante das vagas era agendado como no sistema tradicional. Knight e Lembke (2013) apresentam uma proposta distinta, descrita por um sistema de pontuação análogo ao jogo de “golfe”, quanto menor é o escore obtido, melhor o resultado. Detalhes são apresentados nos quadros 8 e 9.</p>

Tabela 8. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

MODELO AGENDAMENTO-DIA	
Murray (2016) denomina acesso por negativa (ou recusa), do inglês <i>access by denial</i> . Referido por Knight e Lembke (2013) como <i>book on the day</i> .	
Principais características	Neste sistema, todas as consultas disponíveis são oferecidas para aquele dia. Os usuários não podem marcar consulta com antecedência. Há um pico de marcação de consulta no período da manhã. Se o usuário solicita agendamento e não há mais vagas naquele dia, é orientado a tentar no dia seguinte.
Vantagens e desvantagens	Vantagens: deficientes, idosos e trabalhadores tem maior oportunidade em programar uma consulta quando comparado ao sistema de acesso aberto. Os médicos têm maior flexibilidade para contingências (situações imprevistas) durante o dia, pois usuários podem ser realocados com maior facilidade. Desvantagens: neste sistema resposta incoerentes podem ser ofertadas aos usuários, por exemplo: – “Sim, eu sei que são 16h30min da tarde, mas não posso agendá-lo para amanhã. Você terá que tentar agendar de novo, amanhã a partir das 08:00h”. Além disso, nesse sistema a garantia de cuidados estruturados de doenças crônicas torna-se difícil.
Organização da agenda	Não existe agenda pré-definida.

Tabela 8. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

ACESSO ABERTO Denominado como <i>open access</i> por Knight e Lembke (2013).	
Principais características	<p>Não existem consultas agendadas. Os usuários chegam e aguardam até serem atendidos, podendo esperar por horas. Algumas adaptações são propostas para gerenciar situações inconvenientes e negativas, tais como: um sistema de ordenamento que ofereça aos usuários uma estimativa do horário de atendimento, permitindo que eles façam outras coisas e voltem no horário estimado; telefonar ou usar outra forma de comunicação para avisar o usuário da proximidade de seu horário de consulta; estabelecer estratégias para garantir a longitudinalidade do cuidado, com o médico de referência.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: o dia começa com todas as vagas para consultas disponíveis. O usuário sabe que vai ver o médico, mas precisa ser capaz de esperar. Os médicos trabalham em turnos, e sabem quando irão terminar seu trabalho. O tempo de consulta é flexível e pode, teoricamente, ser compatível com a demanda do usuário. Sugere-se escalar mais médicos nos horários identificados como de alta procura. Não há regras complicadas para agendamentos e triagens.</p> <p>Desvantagens: pessoas que trabalham e que dependem de outros para o transporte ou acompanhamento tendem a ser excluídas, uma vez que não conseguem programar o agendamento com antecedência. A “fila central”, gerada neste sistema, pode fazer com que os usuários percam a longitudinalidade com seu profissional de referência. Além disso, o serviço de saúde perde a capacidade de orientar os usuários sobre os intervalos de consulta adequados para sua situação de saúde, dificultando moldar a capacidade à demanda. Se a sala de espera está cheia, o profissional de saúde pode se sentir pressionado a reduzir o tempo de consulta, podendo não resolver todos os problemas do usuário; longos atrasos ocasionam insatisfação dos usuários.</p>
Organização da agenda	<p>Não existe agenda pré-definida.</p>

Tabela 8. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (conclusão).

ACESSO AVANÇADO Descrito por Murray e Tantau (1999; 2000) como <i>advanced access</i> ou <i>same-day appointment</i> , e classificado por esses autores como <i>open access system</i> de segunda geração. Referido como <i>advanced access</i> por Knight e Lembke (2013).	
Principais características	<p>O acesso avançado tem como princípio eliminar a distinção na qualidade assistencial entre consultas de urgência e de seguimento. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. No início do período, a maioria das vagas está livre, sendo uma inversão na proporção de consultas previamente agendadas segundo o modelo <i>carve-out</i>. Neste sistema, o slogan é: “façam todo o trabalho de hoje, hoje”. Toda a demanda poderá ser atendida no mesmo dia quando a capacidade de agenda é igual à demanda, e a terceira vaga disponível para agendamento é menor que um, não havendo acúmulo negativo de trabalho. Este sistema pressupõe o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Os objetivos do acesso avançado são: iniciar o dia com vagas suficientes para suprir a demanda do dia; não fazer restrição em realizar agendamentos futuros necessários; priorizar a longitudinalidade.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: os usuários ficam seguros em relação ao acesso oportuno ao seu médico de referência. Os cuidados agudos são tratados sem atrasos e com maior qualidade. Os usuários obtêm cuidados crônicos estruturados. O tempo de consulta varia conforme a necessidade do usuário. Tem potencial para melhorar as condições de trabalho dos profissionais e a experiência do usuário com o serviço de APS.</p> <p>Desvantagens: alguns pressupostos parecem sem sentido e exigem educação permanente, partilha de responsabilidades, disposição e comprometimento por parte da equipe de saúde, principalmente no período de implantação. Este sistema solicita um intervalo mínimo três meses para ser implantado, bem como mudanças estruturais para adequar a capacidade do serviço à demanda populacional. Alcançar o acesso avançado e mantê-lo ao longo do tempo requer liderança, apoio clínico e administrativo.</p>
Organização da agenda	<p>No início do trabalho, 65% a 75% das vagas da agenda devem estar completamente abertas, sendo que estes horários serão preenchidos no decorrer do dia. As consultas já agendadas estão reservadas para pessoas que não puderam ser atendidas no dia anterior ou que foram deliberadamente agendadas pelo médico (acúmulo de trabalho positivo), preferencialmente obedecendo a um critério claro partilhado com a equipe (agenda protegida para determinados casos).</p>

Fonte: Os autores, 2018.

Os quadros 8 e 9 apresentam detalhes de como prever a demanda no modelo *carve-out* segundo Knight e Lembke (2013).

Quadro 8. Cartão de escore para predição de demanda no modelo *carve-out*.

Semana 1	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
a) Vagas disponíveis para demanda espontânea no início do dia					
b) Número de consultas extras no final do dia					
c) Número de vagas não preenchidas					
d) Demanda não atendida.					
e) Seu escore = B - C + D					
f) Vagas para Demanda Espontânea = A + E					

Fonte: Knight; Lembke, 2013.

Quadro 9. Como predizer o número de vagas no modelo *carve-out*.

Este sistema auxilia na predição do número correto de vagas de cada dia sem o trabalho de medir a demanda de cuidados agudos. Antes iniciar o trabalho, deve-se contar:
- O número de vagas disponíveis na agenda (= A para condições agudas)
Após o dia de trabalho, deve-se contar:
- O número de consultas que foram de encaixe (= B consultas extras)
- O número de vagas que não foram preenchidas (= C onde ninguém foi agendado - evento raro)
- O número de pessoas que foram embora sem serem atendidas (= D demanda não atendida)
Sua pontuação para o dia é: Número de consultas extras (B) - número de vagas que não foram preenchidas (C) + demanda não atendida (D) Fazendo uma analogia ao jogo de golfe, temos (quanto menor a pontuação, melhor):
- Uma águia (<i>eagle</i>) é 0;
- Entre 1 e 3 é um <i>birdie</i> ;
- Um <i>par</i> é entre 4-6;
- Um <i>Bogye</i> é entre 7-9;
- Um <i>Bogye duplo</i> é a partir de 10.
Dicas para melhorar seu escore: O número de vagas que você precisa para obter zero no mesmo dia da semana em uma semana será:
- O número de vagas disponíveis na agenda no início do dia (A) + o seu escore para o dia (E): este é o número de vagas para demanda espontânea (eventos agudos);
- Esse número é incrivelmente consistente com a demanda de segunda a segunda-feira, de terça a terça-feira, etc.)

Fonte: Knight; Lembke, 2013.

2.8 MAXIMIZANDO A EFETIVIDADE DO AGENDAMENTO – EXEMPLO DE IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO

Cabe às equipes de saúde avaliarem se sua forma atual de marcação de consultas é bem-sucedida ou se desejam migrar para outro modelo. Caso seja necessário e/ou de interesse das equipes, mudanças organizacionais são essenciais para se maximizar a efetividade do agendamento.

Tendo em vista a notoriedade e o crescimento de experiências de implantação do acesso avançado no contexto da APS brasileira, a literatura fornece algumas orientações práticas para aqueles que desejam adotar este modelo.

É importante ressaltar que diversos estudos internacionais avaliam a efetividade do acesso avançado na APS. Contudo, revisão sistemática aponta a necessidade de desenhos mais robustos, como intervenções controladas, para assegurar resultados de efetividade (ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011). Em geral, os estudos indicam que a implantação do acesso avançado nos serviços de APS tem contribuído para a diminuição significativa do tempo médio de espera por consulta médica (BELARDI; WEIR; CRAIG, 2004; SALISBURY et al., 2007; CAMERON; SADLER; LAWSON, 2010; ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011), da taxa de absenteísmo (CAMERON; SADLER; LAWSON, 2010; ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011) e da satisfação dos usuários (O'HARE; CORLETT, 2004), sem, contudo, apresentar diferença no número de consultas (BELARDI; WEIR; CRAIG, 2004; CAMERON; SADLER; LAWSON, 2010), na equipe (SALISBURY et al., 2017) e na carga de trabalho (SALISBURY et al., 2007). Além disso, há uma carência de dados sobre desfechos clínicos e sobre o acompanhamento longitudinal dos pacientes (ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011).

Ressalta-se que a Prefeitura Municipal de Curitiba publicou em 2014 uma cartilha com o objetivo de estruturar a implantação do acesso avançado em sua rede de APS (WOLLMANN et al., 2014). Esta cartilha descreve um passo a passo para as equipes mudarem do modelo tradicional ou do modelo *carve out* de agendamento para o acesso avançado.

Antes de iniciar a implantação do acesso avançado deve-se atentar para a observância de alguns princípios essenciais para o sucesso da intervenção, são eles:

- a) Moldar a demanda à capacidade do serviço;
- b) Definir um tamanho de painel adequado à realidade local;
- c) Desenvolver um plano de contingência.

Ademais, antes de decidir-se pelo acesso avançado, os profissionais devem saber que:

a) A capacidade dos profissionais manterem o acesso avançado, “fazendo o trabalho de hoje, hoje”, depende diretamente do tamanho do painel. Se o profissional tiver um painel de 500 usuários, pode fazer qualquer coisa. Mas se ele tiver um painel de 5.000, continuará desapontando os usuários (MURRAY; TANTAU, 2000).

b) Durante o período de implantação, de três a quatro meses, haverá uma esperada intensificação da demanda, devido ao acúmulo das consultas previamente agendadas, à ansiedade da população por garantir atendimento em momento de mudança de proposta, e à demanda que estava reprimida no modelo de agendamento anterior;

c) Após o processo de implantação o profissional não terá reduzido a quantidade diária de atendimentos, mas terá distribuído melhor os casos, de maneira que poderá perceber diminuição na carga de trabalho;

d) As consultas não agendadas deverão ser atendidas com a mesma qualidade das consultas agendadas, sem distinção;

e) Os profissionais devem diminuir o acúmulo de trabalho negativo, fazendo o máximo do trabalho diário possível no mesmo dia. Assim, garantem a capacidade máxima de agenda para o dia seguinte.

A seguir apresentam-se aspectos práticos no processo de implantação do acesso avançado (WOLLMANN et al., 2014):

a) Buscar apoio para a mudança proposta entre a equipe gestora da AB local, usuários e membros da equipe. Apresentar a proposta da forma mais prática possível, esclarecendo possíveis dificuldades a serem enfrentadas no início e dividir as responsabilidades;

b) Definir, com os interessados, os casos que irão compor a agenda protegida. Quais os casos que realmente necessitam ser pré-agendados, bem como a proporção que terão na agenda, variando de (10-35%)^{VII}, sendo que tal proporção pode ser adaptada com a experiência prática. Em geral, as equipes optam por pré-agendar a consulta de recém-nascido e puericultura até seis meses, pré-natal e puerpério, saúde mental, casos complexos, casos compartilhados com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{VIII}, casos novos e, com menor frequência, usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM):

^{VII} Esta proporção refere-se à porcentagem da agenda destina às consultas clínicas individuais. A reserva de espaço na agenda destinado às outras atividades deve ser mantida, tais como, visita domiciliar, grupos de promoção à saúde, reunião de equipe.

^{VIII} O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das eSF e das equipes de AB, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

c) Gerenciar a agenda de transição: procurar reduzir o acúmulo de trabalho negativo; minimizar as classificações de agendamento e reduzir a demanda desnecessária;

d) Reduzir o acúmulo de trabalho negativo: consiste aqui na tarefa árdua de atender mais usuários diariamente por seis a oito semanas, a fim de diminuir os usuários que já estavam previamente agendados. É importante estabelecer uma data limite, a partir da qual não serão mais agendados usuários que não se enquadram na agenda protegida. É importante também questionar a frequência das consultas de rotina (*'check-up'*) ou seguimento (*'follow-up'*), que por vezes possuem intervalos muito mais relacionados à cultura organizacional do que baseados em evidências;

e) Minimizar as classificações de agendamento: procurar não classificar a agenda protegida, não incorrendo no risco de restringir inadvertidamente o acesso. Assim, permanece apenas com dois tipos de demandas – espontânea e programada – que em termos de qualidade da abordagem profissional não se diferenciam;

f) Reduzir a demanda de consultas desnecessárias: significa livrar-se de consultas de pouco valor. Uma orientação é maximizar o tempo de consulta com cada usuário, tentando resolver o máximo de problemas em uma única consulta, reduzindo assim a possibilidade deste usuário retornar em um futuro próximo por questões mínimas. Recomenda-se ainda a adoção de outras modalidades de atendimento, como grupos e a utilização de modelos de cuidado de atenção às doenças crônicas. Outras maneiras de reduzir a demanda desnecessária foram apontadas no item 2.5 deste trabalho.

O próximo passo em destaque é o desenvolvimento de um plano de contingência. Este é um item essencial do acesso avançado, que pode ser modificado ao longo do tempo para atender à realidade local. Devem responder aos momentos de demanda excessiva e de ausência de profissionais no serviço. Deve-se cogitar a possibilidade de desenhar um plano de contingência transicional, devido a intensificação da demanda durante o período de implantação do acesso avançado. Para elaboração do plano é importante considerar os recursos disponíveis, tais como profissionais folguistas, residentes que poderiam ser realocados eventualmente, possibilidade de realizar hora extra, entre outros. Quando se toma a decisão de fazer o trabalho de hoje, hoje, o primeiro plano de contingência é a palavra “hoje”.

Os serviços de saúde geralmente abrem às 08:00 da manhã e, de uma maneira geral, percebe-se o seguinte padrão de utilização: no turno da manhã, no início do período, ocorre uma maior frequência, que

diminui a partir das 10:00h e, se o serviço de saúde permanece aberto durante o horário de almoço, diminui ainda mais. No turno da tarde ocorre um padrão de frequência semelhante ao do turno da manhã, porém com menor intensidade. A partir das 16:00h cai para aproximadamente 4% da demanda total do dia (MURRAY et al., 2000). O fato é que quando os profissionais de saúde vêem muitos usuários no final da tarde é porque não conseguiram lidar com esta demanda durante o dia.

Ressalta-se que o plano de contingência deve ser utilizado em situações inesperadas, excetuando-se o período de implantação, se o uso de planos de contingência tornar-se frequente a capacidade do serviço deve ser reavaliada.

Em relação a organização da demanda espontânea, não se pode deixar de mencionar o *acolhimento*, diretriz da APS brasileira oficializada na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e dispositivo indutor de modificações organizacionais, como a melhoria do acesso, do trabalho em equipe e da relação técnico-usuário (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). O acolhimento foi uma iniciativa importante de melhoria de acesso e da interação serviços-usuários num contexto da APS brasileira onde havia predomínio da demanda programada, devido as suas raízes históricas na APS seletiva. Contudo, alguns estudos sobre o acolhimento apontam que problemas com o acesso oportuno ainda são abordados tangencialmente (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010a), e que sua incorporação como ferramenta organizacional fragmenta o trabalho coletivo em diferentes parcelas, pois é executado por diferentes profissionais especializados em cada uma de suas respectivas funções no cumprimento desta tarefa (SCHOLZE; JUNIOR; YOLANDA FLORES, 2009), podendo causar sofrimento ao trabalhador de saúde (SCHOLZE; JUNIOR; YOLANDA FLORES, 2009; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Um dos principais problemas relacionado à incorporação desta diretriz no cotidiano laboral é a dificuldade em se traduzir uma proposta abstrata e genérica em uma ferramenta de organização dos serviços de saúde, condição que resultou inclusive na publicação dos cadernos de AB nº 28, partes I e II (BRASIL, 2013a; 2013b).

Posto isto, a seguir são apresentadas algumas indicações práticas que, pelo fato de serem exclusivas de determinada parte do cuidado e, de certa forma, assumirem um caráter racionalizador, optou-se por diferenciar a organização da demanda espontânea do acesso avançado da do conceito de acolhimento. Logo, para organizar a demanda espontânea dentro do modelo de agendamento do acesso avançado é sugerido (MURRAY; BERWICK, 2003):

a) Orientar os profissionais da recepção a direcionar todas as pessoas que procuram atendimento no dia para suas próprias equipes (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), estando atentos para situações que precisem de intervenção imediata e treinados para as possibilidades de manejo;

b) A recepção do usuário deve ser realizada preferencialmente por sua equipe de referência, por conta do vínculo estabelecido. Sugere-se ainda que seja realizada pelos técnicos de enfermagem, devidamente capacitados, considerando a necessidade de transferir do médico e enfermeiro funções que podem ser realizadas por outros profissionais, a fim de maximizar a capacidade de oferta em atendimento clínico;

c) Médico e enfermeiro devem oferecer retaguarda ao técnico de enfermagem;

d) Os técnicos de enfermagem devem ofertar horários ao usuário, ao invés de senhas, permitindo que faça outras coisas enquanto aguarda a consulta, e possibilitando uma sala de espera mais tranquila para a equipe desenvolver seu trabalho;

e) Os técnicos de enfermagem devem ter claro quais situações clínicas encaminhar para cada profissional. Se o NASF fizer parte do acesso avançado, geralmente um dia na semana variando as categorias profissionais disponíveis, os técnicos de enfermagem devem ter claro quais casos encaminhar para esta equipe;

f) Se o usuário não quiser ou não puder ser atendido no horário determinado, o técnico de enfermagem deverá questionar a possibilidade de retorno no dia seguinte, mantendo o objetivo de 48 horas do acesso avançado. Se a resposta for positiva já agenda o usuário, de maneira que no dia seguinte ele não precise retornar à recepção, podendo esperar próximo ao consultório, se for o caso, no horário designado. Se a resposta for negativa, peça que o usuário retorne na data que preferir, garantindo que será atendido no mesmo dia.

g) Nos serviços de APS que utilizam horários de atendimento diferenciados entre os profissionais da mesma equipe, organize a escala de maneira que sempre tenha alguém da equipe durante todo o horário funcionamento do serviço, possibilitando o fortalecimento do vínculo com a população e maior resolubilidade. Para tal sugere-se a ideia de equipes irmãs^{IX}.

^{IX} Equipes irmãs: são equipes que alternam os horários dos médicos e enfermeiros, de modo a dar cobertura uma à outra, devem garantir que a equipe de enfermagem suporte estes profissionais, ainda que não pertençam à mesma equipe.

A próxima questão a ser considerada na implantação do acesso avançado é a forma de organização das consultas. Seguem algumas considerações (WOLLMANN et al., 2014):

a) Em um serviço de APS com várias equipes e com recepção única, se possível, viabilize o maior número de consultas possíveis com os profissionais de referência do usuário, de maneira a garantir a longitudinalidade, prevenindo demandas aditivas, retornos ou encaminhamentos desnecessários;

b) Ao final da consulta os profissionais devem agendar os usuários que preenchem critérios para agenda protegida e combinar o intervalo de retorno com os demais usuários, sugerindo um intervalo de dias propício para voltarem ao serviço (corresponsabilização);

c) Recomenda-se ainda que o enfermeiro tenha um consultório próprio, de preferência disposto ao lado do consultório do médico de sua equipe, agilizando as interconsultas e facilitando o entendimento da vinculação para a equipe e para a população. Devem-se maximizar os espaços existentes e dar preferência ao uso das salas para os profissionais que fazem atendimento clínico, e que estão presentes a maior parte do tempo na UBS (médicos e enfermeiros);

A partir de agora pode-se, então, organizar o novo sistema de agendamento e da agenda dos profissionais:

a) Ofertar consulta para o usuário no mesmo dia em que ele fizer contato solicitando o agendamento;

b) Permitir aos médicos e enfermeiros que agendem os usuários quando julgarem clinicamente necessário (acúmulo positivo). Encorajar a eficiência e a continuidade dos profissionais que adotarem o acesso avançado protegendo suas agendas da demanda de outros colegas que não adotarem tal prática e estão saturados de usuários;

c) Ajustar a agenda para acomodar a demanda espontânea diária. Pode-se utilizar a base de cálculo proposta por Murray e Berwick (2003) de 0,7 a 0,8% da população que procura atendimento diário no serviço de saúde. Logo, para uma população de 4.000 seriam necessárias 32 vagas diárias para consultas de demanda espontânea. Pode-se, ainda, ajustar este cálculo para a intensidade de uso da população assistida, que, entre os estudos avaliados, variou entre 40,3 e 74% (OLMOS et al., 1997; VIDAL, 2013). Sendo assim, teríamos:

Exemplo: $4.000 \times 0,74 = 2.960$ pessoas que efetivamente consultam no serviço de APS $\rightarrow 2960 \times 0,8 \approx 24$ vagas diárias para consulta de demanda espontânea.

Os quadros 10.1 e 10.2 apresentam um modelo de organização de agenda médica e de enfermagem na APS configurada de acordo com as características do acesso avançado.

Quadro 10.1. Modelo de organização da agenda do Médico de Família e Comunidade.

08:00 – 09:50	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
09:50 – Rápida			
10:00 – Consulta			
10:20 – Rápida			
10:30 – Rápida			
10:40 – Rápida			
10:50 – Rápida			
11:00 – Consulta			
11:30	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.)		
13:00 – 14:50	DEMANDA ESPONTÂNEA		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
14:50 – Rápida			
15:00 – Consulta			
15:20 – Rápida			
15:30 – Rápida			
15:40 – Rápida			
15:50 – Rápida			
16:00 – Consulta			
16:30	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.)		

Fonte: Zonta, 2016.

Quadro 10.2. Modelo de organização da agenda do Enfermeiro.

08:00 – 10:00	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
10:00 – Consulta			
10:20 – Consulta			
10:40 – Consulta			
11:00 – Consulta			
11:20	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.) Reuniões / consultas pontuais		
13:00 – 15:00	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
15:00 – Consulta			
15:20 – Consulta			
15:40 – Consulta			
16:00 – Consulta			
16:20	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.) Reuniões / consultas pontuais		

Fonte: Zonta, 2016.

Por fim, seguem algumas considerações relacionadas ao processo de trabalho:

a) Gerenciar a hiperutilização: é muito importante identificar os usuários hiperutilizadores e propor outras formas de abordagem, uma vez que o atendimento clínico individual parece não ser muito efetivo nestes casos. Talvez seja necessário o método clínico centrado na pessoa, envolvendo a equipe multiprofissional. Pensar em outras tecnologias de cuidado;

b) Criar mecanismos alternativos para checagem de exames, de maneira a liberar a agenda. Sugere-se que semanalmente os exames sejam checados, verificar os profissionais que podem realizar essa tarefa na equipe e que se responsabilizem pelo envio de comunicado aos usuários, informando sobre a normalidade dos resultados ou sugerindo uma data de consulta, caso não tenha, para receber seus resultados de exames (quando alterados);

c) Utilizar os 30 minutos finais do período de trabalho para recuperar atrasos;

d) Se a equipe optar por não incluir na agenda protegida os usuários portadores de HAS e DM, deve prever um sistema de controle do intervalo de retorno esperado, fundamentado na classificação de risco

clínico, que permita a busca ativa desse usuário, caso ele não procure o serviço espontaneamente no período combinado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se as equipes de Saúde da Família que utilizam o acesso avançado como modelo de agendamento de consultas médicas apresentam melhor desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário Norte (DSN) no município de Florianópolis, em Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados dos serviços de APS no DSN de Florianópolis/SC, utilizando o instrumento *PCATool-Brasil*;

- Caracterizar os diferentes modelos de agendamento de consultas médicas em APS no Distrito Sanitário Norte de Florianópolis/SC;

- Verificar a associação entre os diferentes modelos de agendamento com o escore geral do *PCATool-Brasil*, bem como com os atributos essenciais e derivados da APS avaliados por este instrumento, comparando o acesso avançado com os demais modelos de agendamento de consultas médicas utilizado pelas equipes de Saúde da Família do DSN, no município de Florianópolis/SC: a) modelo tradicional; b) *carve-out* com distribuição de vagas semanal; e c) *carve-out* com distribuição de vagas quinzenal.

4 METODOLOGIA

Estudo transversal realizado no Distrito Sanitário Norte (DSN) do município de Florianópolis, em 2012, utilizando o *PCATool-Brasil* (2010) como instrumento de medida de qualidade da APS. Com uma população adulta 64.732 pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2012), participaram do estudo os usuários com idade igual ou maior a 18 anos residentes no território adscrito à área de abrangência dos Centros de Saúde desta região.

Quando o entrevistador chegava no domicílio sorteado, poderiam responder ao questionário, no máximo, 2 (dois) adultos por moradia, a fim de limitar o número de adultos por domicílio. Como critério de exclusão, não foram utilizadas as entrevistas das pessoas que não reportaram como serviço de referência um dos Centros de Saúde (CS) avaliados na pesquisa.

O processo de amostragem dos domicílios foi por conglomerados (*clusters*), que foram distribuídos proporcionalmente pelo tamanho de suas respectivas populações adscritas. A unidade primária de amostragem foi o CS. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o software *OpenEpi*® versão 3.01. Verificou-se que era necessária a aplicação de 459 questionários. O percentual de perda acrescido ao tamanho de amostra estimada foi de 20%. Logo, eram necessários 574 questionários, embora, ao término da coleta, tenha se apurado que foram realizados 598, com 189 exclusões pelo critério descrito anteriormente. Os parâmetros utilizados para este cálculo foram: nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 5% e efeito de desenho (*design effect, Deff*) de 1,2 para ajuste do efeito de cluster para uma estimativa de proporção de usuários que atribuiriam alto escore ($\geq 6,6$) para 50% dos serviços avaliados, conforme observado em outros estudos que utilizaram o *PCATool-Brasil*.

A seleção dos domicílios para aplicação do instrumento foi realizada por meio de amostragem sistemática por rua e casa. Para isso, primeiramente foram colocados os 11 CS com os nomes das ruas de suas áreas de abrangência em uma planilha de *Microsoft Office Excel*® em ordem alfabética. Feito isto, utilizou-se a função =*ALEATÓRIOENTRE(1;X)* para aleatorizar a ordem das ruas das áreas de abrangência de cada CS na planilha. Por exemplo, se uma determinada rua da área de abrangência de um CS era a número 10 na linha da planilha e ao utilizar a função aparecia o número 1 nesta linha, é nesta rua que eram iniciadas as entrevistas, depois ia-se para a rua onde aparecia o número 2 e assim consecutivamente até completar o número de

entrevistas previsto para cada CS conforme acima descrito, visando diminuir ao máximo o número de perdas no estudo.

Para aleatorização de qual lado da rua se iniciava a seleção das casas onde as pessoas foram entrevistadas, utilizou-se uma moeda para sorteio. Pelo lado sorteado iniciava-se a busca pela primeira casa; depois, passava-se para a segunda casa do outro lado da rua, depois para a terceira casa do lado sorteado, ou seja, em ziguezague, até terminar a rua. Somente após o término da rua ia-se para a próxima.

4.1 PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS

Participaram desta pesquisa os profissionais da rede municipal de saúde do DSN de Florianópolis/SC. O trabalho de campo foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (n = 83) treinados para aplicação do instrumento, sob supervisão dos enfermeiros (n = 24) dos CS. Com objetivo de minimizar vieses de aferição, os Agentes Comunitários de Saúde não faziam a entrevista em sua área de atuação, sendo alocados para a área de outro CS do DSN.

Foi realizado um piloto da coleta para treinamento da equipe e esclarecimento de dúvidas quanto à aplicação do instrumento. A coleta de campo teve duração de cinco meses, de maio a setembro de 2012.

Foi utilizado o instrumento *PCATool*-Brasil que mede a presença e extensão dos atributos da APS por meio da experiência dos usuários. As respostas são do tipo Likert, com escala variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim) e a opção adicional 9 (não sei/não lembro), o escore final é transformado para valores de 0 - 10. Possui 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. São eles:

- a) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde;
- b) Acesso de Primeiro Contato – Utilização;
- c) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade;
- d) Longitudinalidade;
- e) Coordenação – Integração de Cuidados;
- f) Coordenação – Sistema de Informações;
- g) Integralidade – Serviços Disponíveis;
- h) Integralidade – Serviços Prestados;
- i) Orientação Familiar;
- j) Orientação Comunitária;

4.2 DADOS SECUNDÁRIOS

Foram utilizados os dados secundários provenientes do INFOSAÚDE – sistema informatizado de saúde utilizado pela SMS de Florianópolis – do período de 1 (um) ano, de 01/01/2011 a 31/12/2011. Foram incluídos no estudo todas os onze Centros de Saúde do DSN no período analisado.

Os dados referentes à presença de Áreas de Interesse Social (AIS)^x foram obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde da SMS de Florianópolis. Cabe ressaltar que foi ponderado no estudo o tempo em que algumas ESF ficaram sem médico. Já os dados referentes a proporção de pobreza foram obtidos através da renda nominal da população junto a SMS de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Outros dados secundários extraídos do INFOSAÚDE foram: a) População por área adscrita do Centro de Saúde; b) Número de equipes de SF por CS; c) Presença de Áreas de Interesse Social; d) Número de consultas médicas em um ano por CS; e) Número de pessoas atendidas em um ano por CS.

Os dados referentes às formas de acesso de agendamento médico de consultas foram obtidos mediante contato com cada Centro de Saúde. Os modos de agendamento foram subdivididos em quatro tipos:

- a) Acesso avançado;
- b) Modelo *Carve Out* com agendamento e distribuição de vagas semanal;
- c) Modelo *Carve Out* com agendamento e distribuição de vagas quinzenal;
- d) Agendamento tradicional de agendamento médico.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a digitação e análise estatística dos dados do *PCATool-Brasil* foi utilizado o software Microsoft Excel® 2010. Realizou-se a análise descritiva apresentando-se frequência absoluta, percentual e média. O cálculo do escore de qualidade de APS foi realizado conforme o manual do *PCATool-Brasil*, versão adulto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O

^x Áreas de Interesse Social, áreas de risco e/ou carentes (AIS): para classificar essas áreas como AIS a Secretaria Municipal de Saúde junto a Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental e a Assessoria Técnica de Geoprocessamento do município (2007) utilizam os seguintes critérios: Baixa Renda familiar, Precariedade Habitacional e da Rede de Infraestrutura, Precariedade Ambiental e Áreas de Risco, Precariedade na Posse da Terra e de Equipamentos e Serviços Urbanos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

ponto de corte entre baixo e alto e escore da APS $\geq 6,6$. Foi calculado o escore de cada um dos atributos, além dos escores essencial (EE) (resultado da média entre os escores dos atributos essenciais mais o grau de afiliação), derivado (obtido através da média dos atributos derivados) e escore médio geral (EG) da APS, formado pela média de todos os atributos mais o grau de Afiliação (valor médio dos atributos essenciais e derivados e do grau de afiliação). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

Conforme descrito na seção 4.1, as respostas possíveis do instrumento para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9).

De acordo com o instrumento de validação do *PCATool-Brasil* adultos, os escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0 - 10 é feita da seguinte forma (HARZHEIM et al., 2013):

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4 - 1)} \times 10$$

Observação: Cabe ressaltar que se para um entrevistado a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente, não se deve calcular o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

No entanto, se para um entrevistado a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve-se transformar o valor “9” para o valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (HARZHEIM et al., 2010).

Para a análise dos dados da metodologia multinível foi utilizado o software *Statistical Analysis Software*® (SAS), versão 9.4, utilizando a totalidade dos dados primários disponíveis mais os dados secundários.

Realizou-se a análise descritiva apresentando a frequência absoluta, o percentual, a média e o erro-padrão. A metodologia de análise multinível foi utilizada para observar a relação entre a variável dependente, o Escore Geral da APS, e a forma de agendamento das consultas médicas nas unidades de saúde, o fator em estudo. Cabe ressaltar que esta metodologia de análise estatística, análise multinível multivariada, além de poderosa tem como um de seus objetivos diminuir possíveis vieses de confundimento dos estudos epidemiológicos.

Primeiramente, foram realizados ajustes ao modelo utilizando a variável dependente, o fator em estudo, e as demais variáveis independentes de maneira individual – idade, raça, proporção de pobreza (utilizada no estudo como uma variável *proxy* de renda), população por equipe de saúde de saúde da família, número de equipes de saúde da família, área de interesse social, número de consultas médicas no ano e número de pessoas atendidas no ano. As variáveis independentes que apresentaram valor-*p* inferior a 0,20 nesse primeiro modelo foram eleitas a compor o modelo multinível final. O modelo multinível foi ajustado de acordo com os agregados de informação: indivíduo (usuários das unidades de saúde) e serviço de saúde (unidades de saúde). Os resultados foram apresentados pelos coeficientes B, os seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e os valores-*p*. O nível de significância de 5%, bilateral, foi utilizado para todas as análises estatísticas. A adequação do modelo foi verificada utilizando análise de resíduos e a presença de colinearidade entre as variáveis. O esquema abaixo mostra o modelo constituído por dois níveis: no primeiro nível estão as características dos usuários e no segundo nível as características dos centros de saúde.

Modelo conceitual utilizado para análise multinível.

Nível 1
<p><i>Características dos usuários:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Idade; – Sexo; – Cor da pele; – Proporção de pobreza (variável <i>proxy</i> de renda)
Nível 2
<p><i>Características dos Centros de Saúde (CS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Modelos de Agendamento – População por equipe de Saúde da Família (eSF) – Presença de Áreas de Interesse Social (AIS) – Número de consultas médicas em um ano por equipe SF – Número de pessoas atendidas em um ano por equipe SF
<p>Escore Geral da APS (grau de orientação para APS)</p>

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os entrevistados participaram voluntariamente da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo uma via do mesmo, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro. A Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis aprovou o projeto de pesquisa e também o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer favorável nº1.635.663 (CAAE nº 56667416.1.0000.0121).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o regimento do Programa de Pós-graduação em saúde Coletiva da UFSC, os resultados e discussão estão apresentados em forma de dois artigos científicos e um capítulo de livro.

5.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, 2012: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

TÍTULO CURTO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE PERFORMANCE IN FLORIANOPOLIS, SANTA CATARINA, 2012: A CROSS-SECTIONAL POPULATION-BASED STUDY

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, 2012: ESTUDIO TRANSVERSAL DE BASE POBLACIONAL

A ser submetido a revista Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS), versão impressa ISSN 1679-4974, versão on-line ISSN 2337-9622, Qualis B2 na Saúde Coletiva.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) em Florianópolis/SC. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional realizado com adultos residentes no território dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do município, em 2012. O instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)* foi aplicado para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS. **Resultados:** Dos 598 entrevistados, 68,4% referiram utilizar os CS como serviço de referência. Enquanto o acesso de primeiro contato, subdimensão utilização, foi o atributo melhor avaliado (8,4; IC95%: 8,2; 8,6), a integralidade, subdimensão serviços prestados, foi o pior (5,1; IC95%: 4,9; 5,3). Quatro (36,6%) dos 11 CS avaliados apresentaram alto escore médio essencial e geral de APS. No entanto, o escore médio geral deles foi baixo (6,4; IC95%: 6,2; 6,5). **Conclusão:** Considerando o modelo de

APS avaliado pelo *PCATool-Brasil*, os serviços de APS necessitam ser aprimorados, especialmente nos componentes processo e estrutura.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em Saúde. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of Primary Health Care (PHC) in Florianópolis/SC. **Methods:** Cross-sectional population-based study was carried out with adults residing in Health Centers (HC) catchment area of the Northern Sanitary District in 2012. The Primary Care Assessment Tool was applied to assess the presence and extent of PHC attributes. **Results:** Of the 598 interviewees, 68,4% reported using PHC centers as a referral service. While the first contact access, subdimension utilization, was the best evaluated attribute (8.4, 95%CI: 8.2; 8.6), the comprehensiveness, subdimension services provided, was the worst (5.1, 95%CI: 4.9; 5.3). Four (36.6%) out of eleven PHC centers evaluated had a high overall and essential PHC score. However, the overall mean score of the PHC centers was low (6.4; 95%CI: 6.2; 6.5). **Conclusion:** Considering the PHC model evaluated by *PCATool-Brasil*, PHC services need to be improved, especially in process and structure.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Services Research. Cross-sectional Studies.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el desempeño de la Atención Primaria a la Salud (APS) en Florianópolis/SC. **Métodos:** Estudio transversal de base poblacional realizado con adultos residentes en el territorio de los Centros de Salud (CS) del Distrito Sanitario Norte del municipio, en 2012. El instrumento Primary Care Assessment Tool (*PCATool-Brasil*) fue aplicado para evaluar la presencia y la extensión de los atributos de la APS. **Resultados:** A De los 598 entrevistados, 68,4% refirieron utilizar los CS como servicio de referencia. En el caso de que el acceso de primer contacto, subdimensión utilización, fue el atributo mejor valorado (8,4, IC95%: 8,2; 8,6), la integralidad, subdimensión servicios prestados, fue el peor (5,1, IC95%: 4,9; 5,3). Cuatro (36,6%) de los once CS evaluados presentaron alto puntaje medio esencial y general de APS. Sin embargo, la puntuación media general de ellos fue baja (6,4, IC95%: 6,2; 6,5). **Conclusión:** Considerando el modelo de APS evaluado por el *PCATool-*

Brasil, los servicios de APS necesitan ser mejorados, especialmente en los componentes proceso y estructura.

Palabras clave: *Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Evaluación en Salud. Estudios Transversales.*

INTRODUÇÃO

Avaliar uma estratégia da magnitude da Saúde da Família (SF) é uma tarefa onde o esforço coletivo é essencial, dada sua heterogeneidade no cenário nacional. Por isso, faz-se necessária a aplicação de instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de se produzir conhecimento científico com rigor metodológico na busca de evidências de sua efetividade, como modelo para reorganização da APS no país.¹

Uma das formas de se avaliar a APS se dá pelo uso do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, que avalia o desempenho da APS por meio da presença e extensão de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária), por meio de questões sobre os serviços de saúde que podem ser respondidas por usuários (versão adultos e crianças), gestores ou profissionais de saúde. Baseado no modelo de avaliação da qualidade proposta por Donabedian, mensura aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.¹ Validado e utilizado em diferentes países, tais como Canadá,² Estados Unidos,^{3,4} Espanha,⁵ China,⁶ Argentina,⁷ e Brasil,⁸⁻¹⁰ o *PCATool* evidenciou sua adequação em diferentes contextos sanitários e culturais.

Mesmo nas capitais com experiências exitosas de APS – como Belo Horizonte/MG, Curitiba/PR, Rio de Janeiro/RJ e Florianópolis/SC – a SF tem componentes de estrutura e processo a serem melhorados. Em Belo Horizonte, foram entrevistados 147 gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes de SF. Os atributos melhores avaliados foram o acesso de primeiro contato – subdimensão utilização, longitudinalidade e integralidade – e os piores, acesso de primeiro contato – subdimensão acessibilidade e orientação comunitária –, mostrando que as características de estrutura das UBS e da organização das equipes de SF (processo) influenciam nesse desempenho.¹¹

Em Curitiba/PR, o instrumento *PCATool*-Brasil foi aplicado a 190 profissionais de SF (91 médicos e 99 enfermeiros) das UBS no município. O acesso de primeiro contato, subdimensão acessibilidade, foi o único

atributo avaliado que obteve baixo escore para APS, enquanto os demais obtiveram alto escore.¹²

No Rio de Janeiro/RJ, entrevistou-se com o instrumento *PCATool-Brasil* 2.710 pessoas com a versão para crianças e 2.430 usuários com a versão adultos dos serviços de APS com SF. As equipes de SF tiveram, em média, baixo escore geral de APS, sendo os piores atributos a integralidade e o acesso de primeiro contato, subdimensão acessibilidade, e os melhores escores o acesso de primeiro contato subdimensão utilização e a coordenação do cuidado – subdimensão sistemas de informação.¹³

A aplicabilidade do instrumento *PCATool* é variada na literatura internacional. Rowan e colaboradores aplicaram o *PCATool* a 134 preceptores de Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Canadá para avaliar se eles seguiam os princípios da APS. O maior resultado foi para “coordenação – integração de cuidados” e o mais baixo foi para competência cultural.² Portanto, o *PCATool* também pode ser utilizado para comparar a qualidade de cuidados primários em saúde de preceptores de MFC. Tsai e colaboradores entrevistaram 879 pessoas, crianças e adultos, para examinar a relação entre ter um médico de referência e a qualidade das experiências ambulatoriais de cuidados médicos em Taiwan, onde existe cobertura de seguro de saúde universal. Verificou-se que ter um médico de referência está associado significativamente com melhor acessibilidade e utilização, longitudinalidade, orientação familiar e competência cultural.⁶

Clancy e colegas avaliaram a percepção da atenção à saúde de usuários com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em relação as consultas em grupo (grupo terapêutico) nos EUA. Foram designados aleatoriamente 186 pacientes com DM2 descontrolado, para receber cuidados individuais ou consultas em grupo, durante 12 meses. Comparados aos pacientes que receberam consultas individuais, os pacientes que as realizaram em grupo tiveram maiores escores nos atributos longitudinalidade ($p = 0,001$), orientação comunitária ($p < 0,0001$) e competência cultural ($p = 0,022$).⁴

Florianópolis/SC há tempos é reconhecida pela qualidade e cobertura da APS. Terceiro melhor Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) em 2012.¹ Sua APS é centrada na estratégia de SF,¹⁵ e não havia até o momento da submissão deste artigo nenhuma avaliação de seu desempenho utilizando o *PCATool-Brasil* no município.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho da APS no município de Florianópolis, a partir da experiência dos usuários adultos.

MÉTODOS

Desenho do estudo

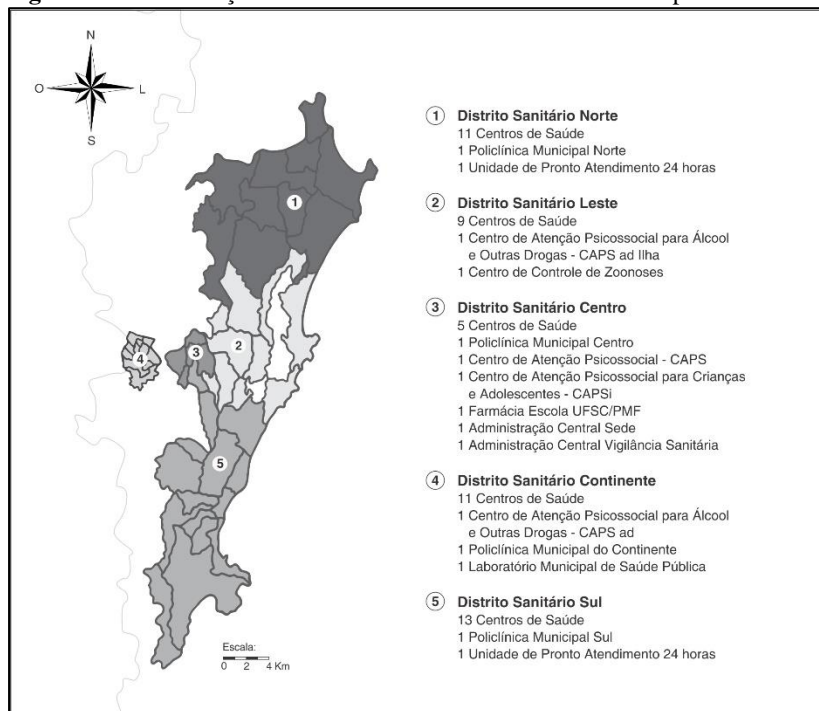
Estudo transversal realizado no Distrito Sanitário Norte (DSN) do município de Florianópolis, em 2012, utilizando o *PCATool-Brasil* adulto como instrumento de medida de desempenho da APS.

Contexto

Florianópolis é capital do estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul do Brasil. Em 2010, contava com 421.240 habitantes.¹⁶

Sua rede municipal de atenção à saúde se organiza em cinco distritos sanitários (Figura 1). A população adulta do DSN no período avaliado era de 64.732 pessoas.¹⁷

Figura 1. Caracterização dos cinco distritos sanitários de Florianópolis em 2012.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, 2012

Participantes

Foram incluídos no estudo os usuários dos serviços de APS com 18 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios localizados no território de abrangência dos 11 Centros de Saúde (CSs) do DSN.

Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o software *OpenEpi*®. Verificou-se que era necessária a aplicação de 459 questionários. O percentual de perda acrescido à amostra estimada foi de 30%. Portanto, foram aplicados 598 questionários. Os parâmetros utilizados para este cálculo foram: nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 5% e efeito de desenho (*design effect, Deff*) de 1,2 para o ajuste do efeito de *cluster* para uma estimativa de proporção de usuários que atribuiriam alto escore ($\geq 6,6$) de APS para os serviços avaliados de 50%. Foram excluídos do estudo os entrevistados que não tinham como serviço de referência um dos CSs em análise ($n = 189$).

O processo de amostragem dos domicílios foi por conglomerados (*clusters*), estratificados por CS e distribuídos proporcionalmente pelo tamanho de suas respectivas populações adstritas. A seleção dos domicílios para aplicação do instrumento foi realizada por meio de amostragem sistemática por rua e casa. Para isso, primeiramente foram colocados os 11 Centros de Saúde com os nomes das ruas de suas áreas de abrangência em uma planilha de *Microsoft Office Excel 2010*® em ordem alfabética. Após, utilizou-se uma função a fim de aleatorizar a ordem das ruas das áreas de abrangência de cada CS na planilha e determinar em que rua seriam iniciadas as entrevistas.

Para aleatorização de qual lado da rua se iniciava a seleção das casas onde as pessoas foram entrevistadas, utilizou-se uma moeda para sorteio. Pelo lado sorteado iniciava-se a busca pela primeira casa; depois, passava-se para a segunda casa do outro lado da rua, depois para a terceira casa do lado sorteado, ou seja, em ziguezague, até terminar a rua. Somente após o término da rua ia-se para a próxima e assim consecutivamente, até tentar completar o número de entrevistas previsto para cada CS conforme já descrito, visando diminuir ao máximo o número de perdas no estudo.

Quando o entrevistador chegava ao domicílio sorteado, poderiam responder ao questionário, no máximo, dois adultos por moradia, a fim de limitar o número de adultos por domicílio. Caso houvesse mais de dois adultos no mesmo local, respondiam ao questionário os que tinham maior idade.

Coleta de dados

Os entrevistadores foram Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) (n = 83) treinados para tal fim, sob supervisão dos enfermeiros (n = 24) das equipes da estratégia de Saúde da Família (ESF), norteadora da atenção em saúde em Florianópolis.¹⁵ A coleta de dados teve duração de cinco meses, de maio a setembro de 2012.

Vieses

Com objetivo de minimizar vieses de aferição, os ACSs não realizavam entrevistas em sua área de atuação, sendo alocados para outro CS do DSN. Foi realizado um piloto da coleta para treinamento da equipe e esclarecimento de dúvidas quanto à aplicação do instrumento.

Instrumentos e variáveis

A população estudada foi caracterizada por sexo, idade, cor da pele e serviço de referência utilizado para cuidados em saúde – Centro de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Policlínica Municipal ou saúde suplementar (rede privada).

O instrumento *PCATool-Brasil* mede a presença e extensão dos atributos da APS. Suas respostas são tipo Likert, com escala variando de 1 (Com certeza não) a 4 (Com certeza sim) e a opção adicional 9 (Não sei/não lembro). Possui 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS.

Dos atributos essenciais, o (I) Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde é o que identifica o serviço de referência dos cuidados em saúde do adulto entrevistado. Enquanto o (II) Acesso de Primeiro Contato, subdimensão ‘utilização’, avalia se o serviço de saúde é o primeiro a ser procurado quando ocorre um problema de saúde ou se serviço avaliado é o único meio de encaminhamento para serviços especializados de saúde; o (III) Acesso de Primeiro Contato, subdimensão ‘acessibilidade’, busca compreender a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm um problema de saúde, avaliando também o tempo de espera até o paciente ser atendido pelo médico ou enfermeiro.¹

O componente (IV) Longitudinalidade verifica se o paciente se sente confortável para se expressar nas consultas, bem como se o médico ou enfermeiro conhecem sua realidade biopsicossocial de forma ampla e integral. O atributo (V) Coordenação, subdimensão ‘integração de cuidados’, refere-se à última consulta com especialista ou último serviço especializado acessado. Já a (VI) Coordenação, subdimensão ‘sistema de informações’, identifica se o usuário quando vai ao serviço de saúde tem que levar algum registro de saúde ou boletim de atendimento prévio. A

(VII) Integralidade, subdimensão ‘serviços disponíveis’, verifica se o entrevistado conhece os serviços disponíveis em seu estabelecimento de saúde, independente de ter utilizado estes serviços. A (VIII) Integralidade, subdimensão ‘serviços prestados’, identifica se alguns assuntos de saúde foram abordados com o entrevistado em sua última consulta como o envelhecimento, por exemplo.¹

Em relação aos atributos derivados, a (IX) o componente Orientação Familiar avalia se o usuário participa das decisões de tratamento sua ou de seus familiares, bem como se são abordados na consulta problemas que podem ter relação com a dinâmica familiar. Por fim, na (X) Orientação Comunitária se analisa de que forma o serviço de saúde reconhece os problemas de saúde da comunidade e estimula a participação da mesma a resolvê-los.¹

De acordo com o instrumento de validação do *PCATool-Brasil* adultos, os escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0 a 10 é feita da seguinte forma:⁸

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore}-1)}{(4-1)} \times 10$$

Análise dos dados

Para a digitação e análise estatística dos dados foi utilizado o software *Microsoft Excel®* 2010. Realizou-se a análise descritiva apresentando a frequência absoluta, o percentual e a média. O cálculo do escore de desempenho da APS foi realizado conforme o manual do *PCATool-Brasil* do Ministério da Saúde.¹ Foi calculado o escore de cada um dos atributos, além dos escores essencial (EE) (resultado da média entre os escores dos atributos essenciais mais o grau de Afiliação), derivado (obtido por meio da média dos atributos derivados) e escore médio geral (EG) da APS, formado pela média de todos os atributos mais o grau de Afiliação (valor médio dos atributos essenciais e derivados e do grau de afiliação).

Considerações éticas

Os entrevistados participaram voluntariamente da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo

uma via do mesmo, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro. A Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis de pesquisa e o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina aprovaram o projeto em 12/06/2016, sob parecer nº 1.635.663.

RESULTADOS

Foram entrevistados 598 usuários. Devido à metodologia utilizada não houve perdas, pois o número de entrevistas realizadas previsto para cada CS foi atingido. Também não houve recusa por parte dos participantes. Os indivíduos que não podiam responder naquele momento a entrevista eram agendados para outro dia. A proporção de usuários que atribuíram alto escore de APS para os serviços avaliados foi de 46,4% (n = 190). A média de idade das pessoas entrevistadas foi de 47,0 anos (dp = 0,86), com uma maior proporção de mulheres (72,6%). 92% das pessoas referiram serem de cor da pele/raça branca. A grande maioria dos entrevistados (68,4%; n = 409) relataram utilizar os CSs como serviço de referência, sendo esta a amostra das análises subsequentes (n = 409). Outros dois serviços públicos foram mencionados como referência no DSN: a Unidade de Pronto Atendimento (9,7%; n = 57) e a Policlínica Municipal (2,2%; n = 13). As demais reportaram como serviço de referência a saúde suplementar (19,9%; n = 119).

O escore geral médio de APS foi baixo (EG = 6,4) de modo geral. A tabela 1 apresenta os escores médios dos atributos e os escores essencial, derivado e geral de APS, assim como a frequência de alto escore ($\geq 6,6$) na avaliação dos usuários dos CSs do DSN em 2012. Observa-se que o maior escore de APS avaliado foi o acesso de primeiro contato – subdimensão utilização (8,4; IC95%: 8,2; 8,6). A integralidade – subdimensão serviços prestados – foi o pior (5,1; IC95%: 4,9; 5,3).

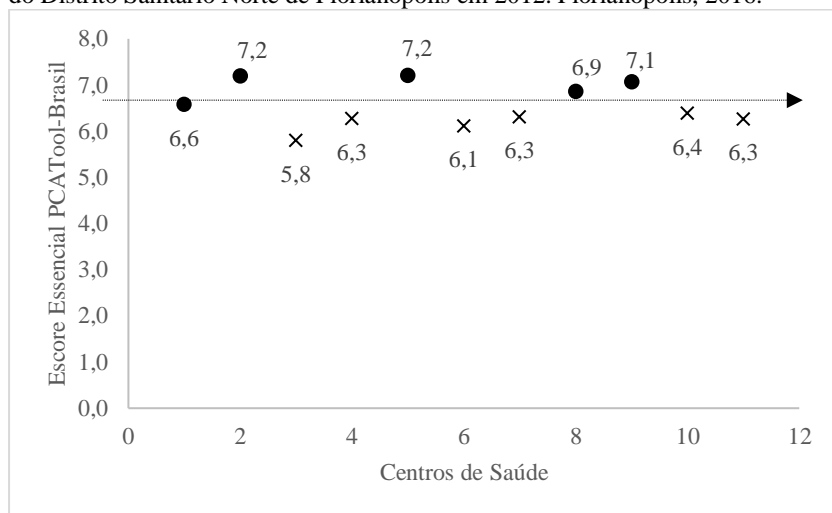
Tabela 1. Escores médios dos atributos e dos escores essencial do *PCATool-Brasil*^a, derivado e geral de atenção primária à saúde e frequência de alto escore ($\geq 6,6$) na avaliação dos usuários (n = 409) dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

Atributos da atenção primária	Escores médios (IC 95%)^b (n = 409)^c	Proporção de Alto Escore (≥6,6) n (%)
Acesso de primeiro contato – utilização	8,4 (8,2; 8,6)	360 (88,0)
Acesso de primeiro contato - acessibilidade	3,5 (3,3; 3,6)	14 (3,4)
Longitudinalidade	6,4 (6,2; 6,6)	211 (51,6)
Coordenação – integração de cuidados	6,7 (6,5; 7,0)	151 (36,9)
Coordenação – sistema de informações	7,0 (6,8; 7,2)	287 (70,2)
Integralidade – serviços disponíveis	5,4 (5,2; 5,7)	142 (34,7)
Integralidade – serviços prestados	5,1 (4,9; 5,3)	125 (30,6)
Escore essencial	6,6 (6,4; 6,7)	208 (50,9)
Orientação familiar	5,8 (5,5; 6,1)	205 (50,1)
Orientação comunitária	5,2 (4,9; 5,5)	130 (31,8)
Escore derivado	5,5 (5,2; 5,5)	168 (41,1)
Escore geral	6,4 (6,2; 6,5)	190 (6,4)

a) *Primary Care Assessment Tool*-Brasil; b) Os escores assumem valores de 0-10. c) IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

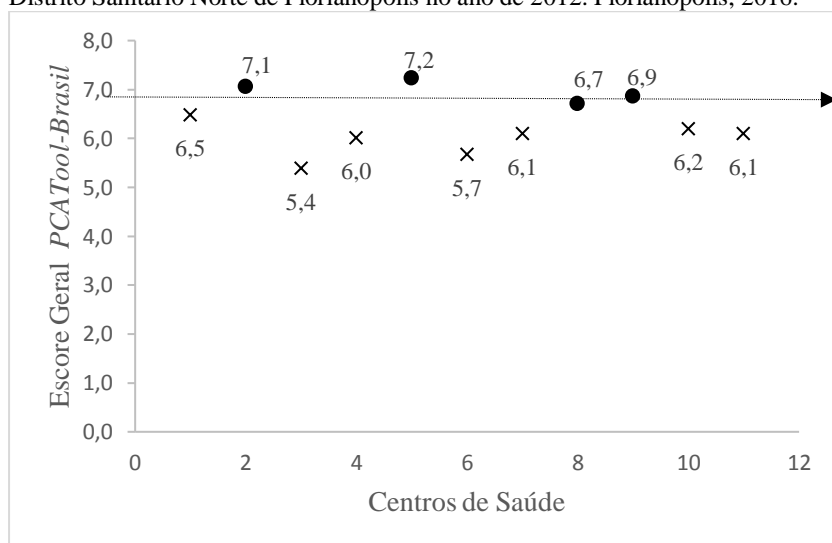
As Figuras 1 e 2 apresentam, respectivamente, os escores médios essencial e geral do *PCATool-Brasil* de todos os onze Centros de Saúde do DSN. Observa-se que os mesmos quatro serviços avaliados (36,6%) apresentaram alto escore de APS tanto do escore médio essencial quanto do geral.

Figura 1. Escore* médio Essencial do *PCATool-Brasil*** dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis em 2012. Florianópolis, 2016.



*Os escores assumem valores de 0-10; ***Primary Care Assessment Tool-Brasil*.

Figura 2. Escore* médio Geral do *PCATool-Brasil*** dos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis no ano de 2012. Florianópolis, 2016.



*Os escores assumem valores de 0-10; ***Primary Care Assessment Tool-Brasil*.

DISCUSSÃO

Entre os CSs do DSN de Florianópolis/SC, observou-se heterogeneidade na avaliação do escore geral da APS e assim como de cada atributo avaliado individualmente.

Os resultados encontrados são similares a revisão sistemática de Prates e colaboradores que analisaram 22 artigos publicados entre os anos de 2007 a 2015 na literatura nacional e internacional que avaliaram o desempenho dos serviços de APS por meio do instrumento *PCATool* na perspectiva do usuário¹⁸. O atributo melhor avaliado foi o acesso de primeiro contato – subdimensão utilização (EG 3,5; IC95%: 3,3; 3,6); e os piores, acesso de primeiro contato – subdimensão acessibilidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. O atributo acesso de primeiro contato apresentou uma variabilidade importante no presente estudo. Enquanto a subdimensão acessibilidade obteve o pior escore, a subdimensão utilização apresentou o melhor (EG=8,41; IC95% 8,22; 8,61) dentre todos os atributos avaliados.¹⁸

Esta variação também foi encontrada em outras pesquisas que utilizaram o *PCATool-Brasil*. Araújo e colaboradores avaliaram o desempenho da APS na perspectiva do idoso. Entrevistaram 100 idosos de 10 equipes de SF das 20 UBS de Macaíba/RN e obtiveram resultados semelhantes (subdimensão utilização EG 8,5; IC95%: 8,1; 9,0; acessibilidade EG 3,8; IC95%: 3,6; 4,1).¹⁹ Silva e Fraccolli também encontraram esta mesma variabilidade, entrevistando 527 adultos acima de 18 anos cadastrados em 33 unidades de SF em Alfenas/MG (utilização, EG 8,6; dp 2,0; acessibilidade, EG 3,2; dp 1,5).²⁰

Esses resultados sugerem que, apesar das pessoas utilizarem a SF, há dificuldades relacionadas à acessibilidade nestes serviços. O acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, mas sim o ajuste entre as necessidades da população e os serviços de saúde.²¹

A longitudinalidade obteve baixo escore médio para APS, embora próximo do ponto de corte de 6,6 (EG 6,4; IC95%: 6,2; 6,6). Resultado semelhante ao encontrado por Chomatas e colaboradores em Curitiba/PR (EG 6,6; IC95%: 6,4; 6,7).¹² Este atributo é característica central e exclusiva da APS. Uma maior extensão da longitudinalidade tende a produzir maior precisão diagnóstica e terapêutica, diminuindo o número de encaminhamentos desnecessários bem como a realização de procedimentos de maior complexidade, gerando menores custos em saúde.²²

O atributo coordenação do cuidado obteve alto escore médio para APS tanto na subdimensão integração de cuidados (EG 6,75; IC95%: 6,5; 7,0) quanto no sistema de informações (EG 7,0; IC95%: 6,8; 7,2), assim como o encontrado por Furtado e colegas em seu estudo aplicando o *PCATool-Brasil* a 44 mães de crianças menores de um ano usuárias da SF, em Ribeirão Preto/SP. Esse estudo utilizou a escala original do instrumento, que varia de 1 a 4, dos quais valores acima de 3,0 representam forte presença e extensão dos atributos (subdimensão integração de cuidados – EG 3,7; dp 0,4; sistema de informações EG 3,6; dp 0,3).²³ Isto mostra a capacidade das equipes de SF em garantir a continuidade da atenção no interior da rede de atenção à saúde. É essencial para a coordenação a disponibilidade da informação do usuário na rede de serviços, ou seja, a existência de um prontuário com suas informações em todos os pontos da rede. O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da prevalência das doenças crônicas, tornam esta ponderação cada vez mais necessária.²⁴

Quanto à integralidade da atenção, tanto a subdimensão serviços disponíveis quanto serviços prestados obtiveram baixo escore (EG 5,4; IC95%: 5,2; 5,7 e EG 5,1; IC95%: 4,9; 5,3, respectivamente), semelhante ao estudo de Lima e colaboradores que entrevistaram 215 usuárias de SF de Serra/ES, entre 20-49 anos (serviços disponíveis, EG 5,05; dp 1,6; serviços prestados, EG 3,9; dp 2,16).²⁵ O baixo escore na integralidade aponta a dificuldade dos serviços locais de saúde avaliados, em compor arranjos na equipe que garantam todos os serviços necessários para sua população, bem como de se responsabilizarem pela oferta destes serviços em outros pontos da rede assistencial.²⁴

Orientação familiar e orientação comunitária obtiveram baixo escore geral de APS (respectivamente: EG 5,8; IC95%: 5,5; 6,1 e EG 5,2 IC95%: 4,9; 5,5), resultados similares aos de Marques e colaboradores que avaliaram a APS e a saúde materno-infantil entrevistando 76 cuidadores de crianças de 0-5 anos em uma comunidade quilombola de Minas Gerais (orientação familiar 3,8, dp=2,6; 1; orientação comunitária 5,8, dp=1,9).²⁶ Isto expõe a dificuldade dos profissionais em ter um maior conhecimento acerca do funcionamento e da dinâmica familiar das pessoas para resolver eventuais conflitos e necessidades, bem como a dificuldade em reconhecerem as necessidades da população em seus contextos físico, econômico e social.²⁴

Dentre as limitações do estudo, a realização de até duas entrevistas por domicílio, contingenciado pela disponibilidade logística e de financiamento, pode ter elevado a média etária da amostra estudada e diminuído a sua representatividade. Ainda assim, a distribuição das

freqüências de idade da amostra estudada é semelhante à da população de adultos que efetivamente utilizou os serviços de APS em Florianópolis no ano de 2017. Embora os ACSs tenham sido alocados para outro CS a fim de minimizar possíveis efeitos de viés de aferição, eles apresentavam-se às pessoas como profissionais de saúde vinculados à prefeitura, fato este que pode as ter encoberto a avaliação do seu serviço de referência como insatisfatório e conseqüentemente atribuídos melhores escores, ainda que tenham participado voluntariamente e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa.

Outro possível limite é que o *PCATool-Brasil* confere a todos os atributos o mesmo peso e supõe que o desempenho dos serviços pode ser avaliado exclusivamente pela presença e extensão dos atributos da APS.²⁰ Além disso, a aplicação do *PCATool-Brasil* limitou-se a usuários adultos. A não aplicação de outras versões do instrumento – crianças e profissionais ou gestores – pode levar a algumas restrições na generalização dos resultados em relação ao desempenho dos serviços avaliados, que poderiam ser superadas caso fossem investigados esses outros sujeitos.

O desempenho dos serviços de APS avaliados precisa ser aprimorado, sendo necessário o fortalecimento dos componentes estrutura e processo para seu melhor desempenho. O acesso de primeiro contato – dimensão acessibilidade – foi o atributo pior avaliado, contribuindo substancialmente para a diminuição dos escores médio geral e essencial. Logo, são necessárias mudanças em prol da melhoria da acessibilidade destes serviços. Alterações na forma de agendamento de consultas são importantes e podem contribuir com este processo.

Muitas equipes de SF no país têm tentado melhorar sua acessibilidade, implantando modelos mais ágeis de agendamento, como o acesso avançado – modelo que permite um maior equilíbrio entre a capacidade de oferta e de demanda do serviço de saúde, diminuindo o tempo de espera para consultas – com esforço e adaptações necessárias à realidade local.²⁷

Além disso, o estabelecimento de estratégias de cooperação horizontal entre equipes e gestores de saúde; bem como o apoio institucional para reformular o modo de monitorar, planejar, supervisionar e avaliar por meio da presença e da extensão dos atributos da APS nos serviços, de forma periódica; e o uso racional desses resultados, pode contribuir para o desenvolvimento da qualidade da APS nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MC de, Agostinho MR, Hauser L. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil [Internet]. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 18 de agosto de 2017]. 82 p. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
2. Rowan MS, Lawson B, Maclean C, Burge F. Upholding the Principles of Primary Care in Preceptors' Practices. *Fam Med* [Internet]. 2002 [citado 11 de fevereiro de 2018];34(10):744–9. Available at: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Rowan_2002.pdf
3. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract F* [Internet]. 2001 [citado 18 de agosto de 2017];50(2). Available at: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Shi_2001.pdf
4. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further Evaluating the Acceptability of Group Visits in an Uninsured or Inadequately Insured Patient Population With Uncontrolled Type 2 Diabetes Purpose. 2007 [citado 11 de fevereiro de 2018]; Available at: <http://tde.sagepub.com/>
5. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. *Aten Primaria* [Internet]. 2007 [citado 18 de agosto de 2017];39(8):395–403. Available at: http://www.jhsph.edu/sebin/g/g/2007_AP_Pasarin.pdf
6. Tsai J, Shi L, Yu W-L, Lebrun LA. Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences A Cross-Sectional Survey of Patients From a Taiwanese Community. [citado 11 de fevereiro de 2018]; Available at: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Tsai_Usual_Source_2010.pdf
7. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev*

- Argentina Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 21 de agosto de 2017];2(8):6–14. Available at: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>
8. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):274–84.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 [citado 18 de agosto de 2017];22(8):1649–59. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>
10. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2013 [citado 10 de fevereiro de 2018];22(1):179–81. Available at: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>
11. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* [Internet]. Setembro de 2015 [citado 13 de junho de 2018];31(9):1941–52. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=pt&tlng=pt
12. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):294–303.
13. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. Maio de 2016 [citado 13 de junho de 2018];21(5):1399–408. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501399&lng=pt&tlng=pt
14. Brasil. IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. 2012 [citado 21 de agosto de 2017]. Available at: <http://idsus.saude.gov.br/index.html>

15. Florianópolis. Portaria SS/GAB nº 283/2007 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde, 283 Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família; 2007 p. 1–16. Available at: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=5>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Santa Catarina » Florianópolis » infográficos: evolução populacional e pirâmide etária [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 [citado 28 de junho de 2016]. Available at: <http://cod.ibge.gov.br/9D3>
17. Florianópolis. População 2012 (rendimento/raça) [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde. 2012 [citado 18 de agosto de 2017]. Available at: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/2012r/uls_2012_index.php
18. Prates ML, Machado JC, Saraiva L, Silva D, Avelar PS, Louzada Prates L, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 21 de agosto de 2017];22(6):1881–93. Available at: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf
19. Araújo LUA de, Gama ZA da S, Nascimento FLA do, Oliveira HFV de, Azevedo WM de, Júnior HJB de A. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 [citado 10 de fevereiro de 2018];19(8):3521–32. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
20. Silva SA da, Baitelo TC, Fracoli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 28 de maio de 2018];23((5)):979–87. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf
21. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Cristina TSV. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 21 de agosto de 2017];19(4):1–9. Available at: www.eerp.usp.br/rlae

22. Cunha EM da, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 [citado 10 de fevereiro de 2018];16(Supl. 1):1029–104. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
23. Furtado MC de C, Braz JC, Pina JC, Mello DF de, Lima RAG de. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 10 de fevereiro de 2018];21(2):[08 Telas]. Available at: www.eerp.usp.br/rlae
24. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. 1º ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015 [citado 7 de agosto de 2017]. 194 p. Available at: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
25. Lima E de FA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima R de CD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev Latino-Americana Enferm* [Internet]. 2015 [citado 10 de fevereiro de 2018];7. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf
26. Marques AS, Freitas DA, Leitão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 [citado 10 de fevereiro de 2018];19(2):365–71. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>
27. Wollmann A, Da Ros C, Lowen IMV, Moreira LR, Kami MT, Gomes MAG, et al. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 1º ed. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2014 [citado 18 de agosto de 2017]. 29 p. Available at: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha_acesso_avançado_05_06_14.pdf

5.2 ARTIGO 2: MODELOS DE AGENDAMENTO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL MULTINÍVEL

APPOINTMENT SCHEDULING SYSTEMS AND QUALITY OF PRIMARY CARE: A MULTILEVEL CROSS-SECTIONAL SURVEY

A ser submetido a Revista de Saúde Pública, ISSN 1518-8787, Qualis A2 na Saúde Coletiva.

RESUMO

Introdução: Modelos de agendamento são intervenções organizacionais que interferem diretamente na garantia do acesso oportuno. Por sua vez, o acesso oportuno relaciona-se com aumento da satisfação do usuário e da qualidade assistencial. **Objetivo:** Neste artigo, avaliamos a relação entre a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), na percepção do usuário, e o modelo de agendamento utilizado nos Centro de Saúde de APS em Florianópolis. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional que mediu a qualidade dos serviços pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)*, aplicado aos usuários adultos ($n = 409$) de 11 Centros de Saúde em Florianópolis/SC. O modelo multinível multivariado foi utilizada para verificar a relação entre o escore de qualidade geral (EG) da APS e o modelo de agendamento. As variáveis independentes com $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multinível, que foi ajustado com agregados de informação dos usuários e dos centros de saúde. **Resultados:** O centro de saúde que utilizava acesso avançado apresentou EG = 7,04, enquanto os que utilizavam *carve-out* semanal tiveram EG = 6,26, *carve-out* quinzenal EG = 5,87, e tradicional EG = 6,29. **Conclusão:** O modelo de agendamento acesso avançado teve um efeito positivo na qualidade da APS na experiência dos usuários. **Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Agendamento de Consultas. Atenção Primária à Saúde. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Background: The scheduling system, an organizational strategy, may ensure timely access; and timely access increases user's satisfaction and quality of care. **Objective:** Evaluate the association between the

*scheduling appointment system adopted by health centres in Florianopolis and the quality of Primary Health Care (PHC) according to users' perception. **Methods:** In this cross-sectional population-based study we measured the PHC services' performance by the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), which was applied to adult users (n = 409) of 11 health centres in Florianopolis/SC. We used multivariate multilevel model to verify the relation between overall PHC performance score (PS) and scheduling system. The independent variables with $p < 0.20$ were selected for the multilevel model, which was adjusted by clustered information from users and health centres. **Results:** The health centres that adopted advanced access, weekly carve-out, fortnight carve-out, and traditional scheduling model achieved PS = 7.04, PS = 6.26, PS = 5.87, PS = 6.29, respectively. **Conclusion:** The advanced access scheduling model had a positive effect on PHC performance according to users' perception.*

Key Words: Health Services Accessibility. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Appointments and Schedules. Primary Health Care. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O acesso é atributo primordial da qualidade do cuidado em saúde. De acordo com a definição de Campbell, Roland e Buetow, significa acesso às estruturas e aos processos de cuidado em tempo oportuno, recebendo cuidado efetivo.¹ Consequentemente, tem influência direta sobre a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nos últimos dez anos, houve um aumento expressivo de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, diferentes formas na implantação e na gestão da ESF permitiu grande variação na qualidade dos serviços pelo país, comprometendo a garantia da cobertura universal e equitativa no Sistema Único de Saúde (SUS).²

Mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera para se conseguir um atendimento na APS. O tempo de espera elevado – que representa a incapacidade dos serviços de saúde em ofertar acesso oportuno – ocasiona experiências negativas aos usuários, que poderiam ser evitadas. A incerteza de se obter um atendimento gera angústia, especialmente entre aqueles que acreditam que sua condição de saúde está em piora progressiva. Além disso, contribui para o incremento do uso inapropriado dos serviços de emergência.³

Melhorias no modelo de agendamento podem incrementar o acesso na APS.⁴ Uma forma de agendamento efetiva melhora o ambiente de trabalho, a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a satisfação da equipe de saúde, o acesso oportuno e a experiência do usuário com o serviço.⁵ Incluímos, na seção ‘Métodos’ deste artigo, uma caracterização dos três modelos de agendamento que utilizamos (acesso avançado, *carve-out* e tradicional). Outros autores já descreveram os principais modelos de agendamento vigentes.⁵⁻⁷

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.⁸ Ademais, o acesso avançado está associado com melhoras na satisfação da equipe de saúde,^{10,11} na longitudinalidade do cuidado e na segurança do paciente¹¹, e redução do absenteísmo,^{9,10} de consultas inapropriadas em serviços de emergência,^{10,11} do tempo médico dispensado na classificação de risco para priorizar atendimentos,¹⁰ e do acúmulo negativo (*bad backlog*) de trabalho – que consiste em agendamentos para o futuro, resultantes do trabalho não finalizado pela equipe no mesmo dia, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho.^{8,9}

No acesso avançado, o usuário consegue uma consulta em até dois dias úteis, mas se preferir pode ser agendado para o futuro;¹² não há distinção entre consultas de urgência (demanda espontânea) e rotina (demanda programada),⁶ e prioriza-se a longitudinalidade do cuidado.¹² O acesso avançado pressupõe cinco princípios: equilíbrio entre oferta e demanda; redução dos acúmulos negativos; melhoria das práticas interprofissionais; plano de contingência; e revisão do sistema de agendamento.⁶

No Brasil, desde 2014, várias experiências de implantação de acesso avançado foram realizadas localmente. Esta intervenção não foi incluída em nenhuma orientação nacional e várias iniciativas foram realizadas pelas equipes de APS na tentativa de atender às demandas locais. Além disso, esta intervenção ainda não foi avaliada por nenhum estudo até a submissão deste artigo.

Este artigo tem como objetivo investigar a relação entre a qualidade da APS percebida pelo usuário e o modelo de agendamento de consultas adotado no serviço de APS no Distrito Sanitário Norte (DSN) do município de Florianópolis, em 2012. Para isso, tratou-se de avaliar se as equipes de saúde da família que promovem acesso avançado apresentam maior escore em APS – atributos essenciais e derivados – comparadas àquelas que utilizam outro modelo de agendamento de consultas.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional realizado no Distrito Sanitário Norte (DSN) do município de Florianópolis, em 2012, utilizando o *PCATool*-Brasil adultos como instrumento de medida da qualidade da APS.

Foram incluídos adultos (≥ 18 anos) residentes no território de abrangência dos 11 centros de saúde (CSs) desta região ($n = 598$). Foram excluídos entrevistados que não tinham como serviço de referência um dos CSs em análise ($n = 189$).

Os entrevistadores foram Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ($n = 83$) treinados para tal fim, sob supervisão de enfermeiros ($n = 24$) das equipes da ESF, que é o modelo de organização da APS preconizado pela Política Municipal de Saúde. Com objetivo de minimizar vieses de aferição, os ACS não faziam a entrevista em sua área de atuação, sendo alocados para a área de outro CS. Foi realizado um piloto da coleta para treinamento e esclarecimento de dúvidas quanto à aplicação do instrumento. A coleta de campo teve duração de cinco meses, de maio a setembro de 2012.

Os dados que subsidiaram a identificação do modelo de agendamento de consultas médicas foram obtidos mediante contato com cada CS e classificados em quatro modelos:

a) Acesso avançado: aproximadamente 65 - 90% da agenda de consultas médicas diárias são reservadas para demanda espontânea.^{6,7} A maioria das consultas programadas (agendamentos prévios) resulta de acúmulos positivos (*positive backlogs*) de trabalho, que são os pacientes que não querem consultar naquele dia e os que são agendados pelo médico após avaliação de critérios clínicos e sociais. O tempo de espera máximo para conseguir uma consulta é de dois dias úteis;

b) *Carve-out* semanal: 50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea, enquanto 50% são para o atendimento de consultas programadas (previamente agendadas). O tempo de espera máximo para conseguir uma consulta eletiva é de cinco dias úteis;

c) *Carve-out* quinzenal: 50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea, enquanto 50% são para o atendimento de consultas programadas (previamente agendadas). O tempo de espera máximo para conseguir uma consulta eletiva é de dez dias úteis;

d) Tradicional: todas as consultas médicas diárias são pré-agendadas (agenda supersaturada). Não há reserva de vagas para demanda

espontânea, que são encaixadas entre os atendimentos, gerando duplicidade de agendamentos em um mesmo horário (*double-booking*). Neste modelo a média do tempo de espera para conseguir uma consulta eletiva é bastante variável, por vezes, sendo maior que trinta dias.

Instrumento

Para medir a qualidade da APS foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. Elaborado por Starfield e colaboradores (2002), esse instrumento avalia a qualidade da APS pela presença e extensão de seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado; e derivados: orientação familiar e orientação comunitária. Utiliza questões sobre os serviços de saúde que podem ser respondidas por usuários, profissionais ou gestores. O *PCATool* foi criado com base no modelo de avaliação de qualidade de Donabedian, fundamentado na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.¹³

Stein descreve a importância de se utilizar instrumentos validados para avaliar a qualidade do atendimento na APS e melhorar seu desempenho, e afirma que o *PCATool* é a ferramenta de eleição a ser utilizada por gestores e pesquisadores para a avaliação de qualidade na APS por ter propriedades de mensuração excelentes.¹⁴ Atualmente, é o instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a efetividade das equipes de Saúde da Família.¹⁵ A validação e utilização deste instrumento em diferentes países, como Canadá, Estados Unidos, Espanha, China, Argentina e Brasil, mostra sua adequação em diferentes contextos sanitários e culturais.¹⁶

Todos os atributos essenciais da APS são mensurados no *PCATool*-Brasil na perspectiva da experiência individual, incluindo componentes relacionados à estrutura e ao processo de atenção. As respostas são do tipo Likert, com escala variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim) e a opção adicional 9 (não sei/não lembro). Possui 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

- a) Grau de afiliação com serviço de saúde;
- b) Acesso de primeiro contato (subdimensão utilização);
- c) Acesso de primeiro contato (subdimensão acessibilidade);
- d) Longitudinalidade;
- e) Coordenação (subdimensão integração de cuidados);
- f) Coordenação (subdimensão sistema de informações);
- g) Integralidade (subdimensão serviços disponíveis);
- h) Integralidade (subdimensão serviços prestados);
- i) Orientação familiar; e

j) Orientação comunitária.

De acordo com o instrumento de validação do *PCATool*-Brasil adultos, os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0 a 10 é feita da seguinte forma:

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore}-1)}{(4-1)} \times 10$$

O cálculo do escore de qualidade de APS foi realizado conforme o manual do *PCATool*-Brasil, versão adulto, do Ministério da Saúde. Foi calculado o Escore Geral (EG) da APS, formado pela média de todos os atributos mais o grau de Afiliação, valor médio dos atributos essenciais e derivados e do grau de afiliação.¹³

Dados Secundários

Foram utilizados os dados secundários provenientes do Sistema Informatizado de Saúde (INFOSAÚDE), utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, do período de um ano, de 01/01/2011 a 31/12/2011. Foram incluídos no estudo todos os 11 Centros de Saúde (CSs) existentes no DSN no período analisado.

Os dados referentes à presença ou não de Áreas de Interesse Social (AIS) foram obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde da SMS de Florianópolis. Áreas classificadas como AIS obedecem aos seguintes critérios: baixa renda familiar; precariedade habitacional e da rede de infraestrutura; precariedade ambiental e áreas de risco; precariedade na posse da terra e de equipamentos e serviços urbanos.¹⁷

Os dados referentes à proporção de pobreza – pessoas que ganham até um salário-mínimo – foram obtidos através da renda nominal da população junto a SMS de Florianópolis. Outros dados secundários extraídos do INFOSAÚDE foram: população adscrita por centro de saúde; número de equipes de Saúde da Família (SF) por CS; número de consultas médicas por ano e número de pessoas atendidas pelo médico por ano. Cabe ressaltar que foi ponderado no estudo o tempo em que algumas equipes ficaram sem médico, no período analisado.

Amostragem e análise estatística

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o software *OpenEpi*®. Verificou-se que era necessária a aplicação de 459 questionários. Foram aplicados 598 questionários, considerando percentual de perda acrescido ao tamanho de amostra estimada de 30%. Os parâmetros utilizados para este cálculo foram: nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 5% e efeito de desenho (*design effect*, *Deff*) de 1,2 para o ajuste do efeito de *cluster* para uma estimativa de proporção de usuários que atribuiriam alto escore ($\geq 6,6$) de APS para 50% dos serviços avaliados.

O processo de amostragem dos domicílios foi por conglomerados (*clusters*), estratificados por CS e distribuídos proporcionalmente pelo tamanho de suas populações adscritas. A seleção dos domicílios para aplicação do instrumento foi realizada por meio de amostragem sistemática por rua e casa.

Para a análise dos dados realizou-se a análise descritiva apresentando-se frequência absoluta, percentual, média e erro-padrão. A metodologia de análise multinível foi utilizada para observar a relação entre a variável dependente (o escore geral da APS) e o fator de estudo (modelo de agendamento adotado).

Primeiramente, foram realizados ajustes ao modelo utilizando a variável dependente, o fator em estudo, e as demais variáveis independentes de maneira individual – idade, raça, proporção de pobreza (utilizada no estudo como uma variável *proxy* de renda), população por eSF, número de equipes de saúde da família, área de interesse social, número de consultas médicas no ano e número de pessoas atendidas no ano. As variáveis independentes que apresentaram valor-p inferior a 0,20 nesse primeiro modelo foram eleitas a compor o modelo multinível final. Embora a variável idade não tenha apresentado significância estatística ela foi mantida no modelo multivariável para fins de ajuste das estimativas devido sua relevância conceitual.

O modelo multinível foi ajustado de acordo com os agregados de informação: indivíduo (usuários dos CSs) e serviço de saúde (CSs). Os resultados foram apresentados pelos coeficientes B, os seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e os valores-p. O nível de significância de 5%, bilateral, foi utilizado para todas as análises estatísticas. Verificou-se a adequação do modelo utilizando análise de resíduos e a presença de colinearidade entre as variáveis. O quadro 1 ilustra o modelo constituído por dois níveis: no primeiro nível estão as características dos usuários e no segundo nível as características dos CSs.

Quadro 1. Modelo conceitual utilizado para análise multinível.

Nível 1
<p>Características dos usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Idade; – Sexo; – Cor da pele; – Proporção de pobreza (variável <i>proxy</i> de renda).
Nível 2
<p>Características dos Centros de Saúde (CSs):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modelos de Agendamento; – População por equipe de Saúde da Família (SF); – Presença de Áreas de Interesse Social (AIS); – Número de consultas médicas em um ano por equipe SF; – Número de pessoas atendidas em um ano por equipe SF.
Escore Geral da APS (grau de orientação para APS)

Os entrevistados participaram voluntariamente da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, recebendo uma via do mesmo, conforme Resoluções n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde municipal e pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que emitiu parecer favorável sob o nº1.635.663.

RESULTADOS

Foram entrevistados 598 usuários. A proporção de usuários que atribuíram alto escore de APS para os serviços avaliados foi de 46,45% (n = 190), em consonância com a proporção utilizada no cálculo de tamanho de amostral realizado.

A tabela 1 apresenta a proporção do Serviço de Referência de pessoas entrevistadas utilizando o *PCATool*-Brasil no DSN. Aproximadamente 70% das pessoas (n = 409) relataram utilizar os Centros de Saúde como serviço de referência para cuidados primários em saúde. Esta foi a amostra final das análises subsequentes.

A tabela 2 apresenta descrição dos CSs do DSN: dados secundários coletados e escore geral da APS de acordo com o *PCATool*-Brasil. Somente 36,36% dos CSs avaliados apresentaram alto escore geral da APS, sendo maior o do CS que utilizava acesso avançado.

A tabela 3 apresenta a distribuição das características dos usuários de acordo com o modelo de agendamento. A média geral de idade dos entrevistados foi de 47 anos ($dp = 0,86$). Quanto à cor da pele, 91,9% se declararam brancos.

A tabela 4 mostra o escore médio da subdimensão acessibilidade do acesso de primeiro contato por modelo de agendamento. Das doze perguntas desta parte do instrumento, verifica-se maior escore médio do acesso avançado em comparação aos outros modelos de agendamento em 50% delas.

A tabela 5 mostra o escore geral médio da APS pelo *PCATool-Brasil* dos CSs de acordo com o modelo de agendamento. Agrupando os CSs segundo modelo de agendamento, verificou-se que o CS que adotava o acesso avançado apresentou alto escore geral médio da APS, enquanto os demais apresentaram baixo escore.

A tabela 6 apresenta a análise bivariada dos escores dos atributos essenciais e derivados de APS com o modelo de agendamento. Com os atributos essenciais de APS, houve significância estatística comparando o escore do acesso de primeiro contato do acesso avançado com o escore dos modelos *carve-out* quinzenal e modelo tradicional de agendamento ($p = 0,00$; $p = 0,00$, respectivamente). Os escores dos atributos longitudinalidade e integralidade foram estatisticamente significativos comparando o acesso avançado com os demais (longitudinalidade: *carve-out* semanal $p = 0,02$, quinzenal $p = 0,02$, tradicional $p = 0,00$; integralidade: *carve-out* semanal $p = 0,00$, quinzenal $p = 0,00$, tradicional $p = 0,00$). Quanto a coordenação do cuidado, houve significância estatística apenas quando comparamos o acesso avançado com o *carve-out* quinzenal ($p = 0,02$). Com os atributos derivados da APS, orientação familiar e orientação comunitária, houve significância estatística comparando o acesso avançado com os modelos *carve-out* quinzenal e tradicional de agendamento dos dois atributos (orientação familiar: *carve-out* quinzenal $p = 0,00$ e modelo tradicional $p = 0,00$; orientação familiar: *carve-out* quinzenal $p = 0,00$ e modelo tradicional $p = 0,01$).

Na tabela 7 estão as características associadas ao escore geral da APS, bem como resultados dos modelos ajustados utilizando a metodologia multinível. A variável proporção de pobreza foi dicotomizada pela sua mediana, cujo resultado foi de 11%. Considerando os modelos onde foram ajustadas as variáveis independentes ao desfecho pode-se verificar que o modelo de agendamento e a população por equipe de SF mostraram-se associadas ao escore geral médio da APS.

No modelo multivariável multinível houve significância estatística do escore médio geral da APS do CS que tinha o acesso avançado como

modelo de agendamento quando comparado aos demais: *carve-out* semanal, *carve-out* quinzenal e tradicional.

Tabela 1. Proporção do Serviço de Referência entre os usuários entrevistados com o *PCATool-Brasil* no Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, 2012.

Serviço de Referência	n	%
Centro de Saúde	409	68,4
Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)	57	9,7
Policlínica	13	2,2
Saúde Suplementar	119	19,9
Total	598	100

Tabela 2. Descrição dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte de acordo com o *PCATool-Brasil*. Florianópolis, 2012.

Centros de Saúde	Modelo de Agendamento	Número de equipes ESF	População adscrita por equipe de ESF	Número de pessoas entrevistadas e proporção de pessoas que utilizam o CS como referência n (%)	Presença de Áreas de Interesse Social	Número de consultas médicas em 1 ano por equipe SF	Número de pessoas atendidas em 1 ano por equipe SF	Escore Geral APS* <i>PCATool-Brasil</i> (avaliação dos usuários)
1	Semanal	3	5249	101 (65,3)	Sim	2908	1525	6,5 (0,3)
2	Avançado	5	3784	121 (76,8)	Não	4433	1533	7,0 (0,3)
3	Quinzenal	3	4579	85 (74,1)	Não	2663	1270	5,4 (0,3)
4	Semanal	2	5651	77 (77,9)	Sim	3760	1264	6,0 (0,3)
5	Semanal	2	3581	47 (72,3)	Não	3125	1250	7,2 (0,4)
6	Tradicional	1	6910	49 (32,6)	Não	3480	1155	5,7 (0,4)
7	Tradicional	1	4114	27 (59,3)	Não	2989	1606	6,1 (0,4)
8	Tradicional	1	1630	10 (40,0)	Não	3231	593	6,7 (0,6)
9	Tradicional	1	2828	18 (50,0)	Não	3486	1696	6,9 (0,5)
10	Quinzenal	2	2746	36 (72,2)	Sim	2554	987	6,2 (0,4)
11	Tradicional	1	4160	27 (63)	Sim	2970	1362	6,1 (0,4)

* Escore variando de 0 a 10, média do escore entre todos os indivíduos entrevistados que referiram ter o Centro de Saúde avaliado como serviço de referência.

Tabela 3. Distribuição das características dos usuários de acordo com o modelo de agendamento. Florianópolis, 2012.

Características	Modelo de Agendamento									
	Geral	Tradicional (n = 63)			<i>Carve-out</i> semanal (n = 160)		<i>Carve-out</i> quinzenal (n = 90)		Acesso Avançado (n = 96)	
		Média (dp*)	Média (dp)	Mín- Máx**	Média (dp)	Mín- Máx	Média (dp)	Mín- Máx	Média (dp)	Mín- Máx
Idade (anos)	47,0 (0,86)	48,4 (2,4)	(16,0- 85,0)	46,2 (1,3)	(16,0- 80,0)	46,5 (1,6)	(18,0- 89,0)	48,5 (2,2)	(20,0- 78,0)	
n (%)										
Cor da pele										
Branco	376 (91,9)	59 (93,7)	-	143 (89,3)	-	85 (94,0)	-	89 (92,2)	-	
Não- Branco	33 (8,1)	4 (6,3)	-	17 (10,7)	-	5 (6,0)	-	7 (7,8)	-	

*dp: desvio-padrão; **Mín-Máx: mínimo-máximo.

Tabela 4. Escore médio da subdimensão acessibilidade do acesso de primeiro contato por modelo de agendamento. Florianópolis, 2012.

Perguntas do instrumento PCATool-Brasil do acesso de primeiro contato – subdimensão acessibilidade	Acesso Avançado (n=96)	Care-out semanal (n=160)	Care-out quinzenal (n=90)	Tradicional (n=63)
1. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	1,21	1,54	1,90	2,38
2. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	6,75	1,63	2,40	2,17
3. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	6,71	5,88	5,87	6,08
4. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	3,71	3,38	2,87	7,04
5. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	3,42	2,21	1,96	2,80
6. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	2,46	2,13	2,09	0,74
7. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	2,29	2,21	2,15	0,63
8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	5,75	6,08	3,75	4,97
9. Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4,13	4,83	4,08	4,44
10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	5,08	5,88	4,74	5,66
11. É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	5,25	4,92	4,52	4,44
12. Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4,42	5,46	5,76	5,82

Tabela 5. Escore* Geral médio da APS pelo *PCATool-Brasil* dos Centros de Saúde de acordo com o modelo de agendamento. Florianópolis, 2012.

Forma de Agendamento	Média	Erro-padrão	IC** 95%
Acesso Avançado	7,04	0,49	(6,09; 8,00)
<i>Carve-out</i> Semanal	6,26	0,27	(5,67; 6,74)
<i>Carve-out</i> Quinzenal	5,87	0,35	(5,18; 6,57)
Agendamento Tradicional	6,29	0,27	(5,67; 6,74)

* Escore variando de 0 a 10; ** IC: intervalo de confiança.

Tabela 6. Análise bivariada dos escores dos atributos essenciais e derivados da APS com o modelo de agendamento. Florianópolis, 2012.

Modelo de Agendamento	Escore de Acesso de Primeiro Contato			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-0,35	-0,72	0,19	0,06
<i>Carve-out</i> quinzenal	-1,00	-1,42	-0,58	0,00
Agendamento Tradicional	-0,79	-1,25	-0,32	0,00
Acesso Avançado	0,00			
Modelo de Agendamento	Escore de Longitudinalidade			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-0,62	-1,16	-0,08	0,02
<i>Carve-out</i> quinzenal	-0,70	-1,31	-0,09	0,02
Agendamento Tradicional	-1,15	-1,82	-0,47	0,00
Acesso Avançado	0,00			
Modelo de Agendamento	Escore de Coordenação			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-0,21	-0,76	0,34	0,46
<i>Carve-out</i> quinzenal	-0,75	-1,37	-0,12	0,02
Agendamento Tradicional	-0,07	-0,77	0,63	0,85
Acesso Avançado	0,00			
Modelo de Agendamento	Escore de Integralidade			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-1,50	-2,07	-0,94	0,00
<i>Carve-out</i> quinzenal	-2,78	-3,42	-2,13	0,00
Agendamento Tradicional	-1,65	-2,36	-0,94	0,00
Acesso Avançado	0,00			
Modelo de Agendamento	Escore de Orientação Familiar			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-0,58	-1,36	0,21	0,15
<i>Carve-out</i> quinzenal	-1,99	-2,87	-1,11	0,00
Agendamento Tradicional	-1,54	-2,51	-0,57	0,00
Acesso Avançado	0,00			
Modelo de Agendamento	Escore de Orientação Comunitária			
	Beta	IC 95%		Valor-p
<i>Carve-out</i> semanal	-0,51	-1,32	0,29	0,21
<i>Carve-out</i> quinzenal	-2,67	-3,59	-1,75	0,00
Agendamento Tradicional	-1,42	-2,44	-0,41	0,01
Acesso Avançado	0,00			

Tabela 7. Características associadas ao Escore Geral da APS na experiência dos usuários adultos dos Centros de Saúde. Florianópolis, 2012.

Características	Modelo Univariável*			Modelo Multivariável*				
	Beta	IC** 95%	Valor-p	Beta	IC** 95%	Valor-p		
<i>Usuários</i>								
Idade (em 10 anos)	0,04	-0,05	0,13	0,40	0,04	-0,05	0,13	0,41
Cor da pele								
Branca	0,19	-0,33	0,70	0,48				
Não branca	0,00							
<i>Centros de saúde</i>								
Modelo de Agendamento								
Carve-out semanal	-0,49	-1,60	0,61	0,38	-1,41	-2,53	-0,30	0,01
Carve-out quinzenal	-1,16	-2,33	0,01	0,03	-2,36	-3,61	-1,10	0,00
Tradicional	-0,89	-1,98	0,19	0,11	-2,64	-4,24	-1,05	0,00
Acesso Avançado	0,00				0,00			
População por equipe de SF (a cada 1.000 indivíduos)	-0,26	-0,51	0,00	0,05	-0,11	-0,20	-0,02	0,01
População por equipe de SF (a cada 1.000 indivíduos)	-0,26	-0,51	0,00	0,05	-0,11	-0,20	-0,02	0,01
Proporção de pobreza (renda)								
Até 0,11	0,45	-0,22	1,13	0,19				
Mais de 0,11	0,00							
Nº de equipes de SF (a cada 1 equipe de SF)	0,14	-0,15	0,43	0,35				
AIS								
Presença	0,07	-0,85	0,98	0,88				
Ausência	0,00							
Nº de consultas em um ano por equipe de SF (em 100 consultas)	0,04	-0,02	0,10	0,20				
Nº de pessoas atendidas em um ano por equipe de SF (em 100 pessoas)	0,00	-0,13	0,14	0,97				

* Ajustado por meio da metodologia multinível (variáveis em nível individual e em nível contextual); **IC: Intervalo de confiança.

O modelo multivariável multinível permitiu ainda inferir uma relação inversamente proporcional entre o tempo de espera para agendamento de consultas e o escore geral médio da APS, utilizando o acesso avançado como parâmetro para comparar os diferentes modelos de agendamento. Equipes de SF que utilizavam o modelo tradicional de agendamento obtiveram um escore geral médio da APS pior quando comparado ao modelo *carve-out* quinzenal que, por sua vez, obteve um escore geral médio da APS pior quando comparado ao *modelo carve-out* semanal ($B = -2,64$; $B = -2,36$; $B = -1,41$, respectivamente). Por isto, todos esses valores de beta (B) deram negativos, ou seja, tiveram escores médio geral de APS menores quando comparados ao acesso avançado, mantendo a idade dos usuários e a população adscrita constantes.

Além disso, os resultados permitiram verificar que quanto maior a população adscrita (tamanho do painel) de uma equipe de SF menor é o seu escore geral da APS, mantendo a idade e a forma de agendamento constantes. Os resultados mostram que o aumento de 1.000 pessoas reduz, em média, 0,11 no escore médio geral da APS.

DISCUSSÃO

O principal resultado deste estudo foi identificar a associação entre a forma de agendamento e o escore médio geral da APS – medida da qualidade da APS – em Florianópolis. A maioria dos estudos sobre acesso avançado aponta para o aumento da produtividade e redução do absenteísmo neste modelo de agendamento quando comparado aos outros modelos⁹, não abordando a qualidade dos serviços de saúde.

As análises bivariadas dos atributos essenciais e derivados da APS com o modelo de agendamento mostram que a superioridade do escore geral do acesso avançado em relação aos outros modelos de agendamento não se dá apenas por causa do atributo acesso de primeiro contato – como se poderia inferir se analisássemos-lo individualmente, apenas – e sim, por ele estar relacionado com o aumento do escore dos demais atributos.

Campbell e Rolland descrevem as medidas de qualidade dos sistemas de saúde em duas dimensões: individual e populacional. A dimensão individual tem como componentes básicos acesso e efetividade, definindo que qualidade “está na dependência de duas condições: os indivíduos terem acesso às estruturas e processos de cuidado para os quais necessitam; e se o cuidado recebido foi efetivo”.¹ Portanto, eles têm o acesso como condição essencial para a qualidade dos serviços de saúde, onde os outros atributos que caracterizam a APS são subcomponentes

estruturais da disponibilidade, ou seja, do acesso¹. Esta seria a interpretação para o aumento dos demais escores da APS.

A análise multinível evidencia que o CS que adotava o acesso avançado obteve maior escore médio geral de APS quando comparado aos serviços com outros modelos de agendamento. Os usuários da APS esperam acesso oportuno e serviços de saúde de alta qualidade. A literatura existente mostra que o acesso avançado está associado à melhoria da qualidade da consulta médica,¹⁸ à assistência prestada¹⁹ e aos resultados clínicos de usuários diabéticos,²⁰ assim como diminuição no atraso das consultas médicas^{9,21-23} e no absenteísmo.^{9,21}

Verificou-se também que a demora no tempo de espera para consultas está inversamente relacionada ao escore geral da APS. Desfechos negativos em saúde estão associados com a demora em se conseguir uma consulta eletiva na APS. Ademais, os estudos de O'Hare e Corlett¹⁹ e de Lukas e seus colaboradores²⁴ relataram aumento na satisfação dos usuários após redução no tempo de espera para se conseguir um atendimento clínico, reforçando a importância do acesso oportuno nos serviços de APS.

O tamanho do painel (população adscrita) por equipe de SF foi inversamente relacionado ao escore geral de APS. Grandes painéis em serviços de APS estão associados a menor qualidade nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, no gerenciamento de doenças crônicas, na qualidade técnica dos cuidados prestados, e interferência negativa no acesso efetivo e longitudinalidade do cuidado. No entanto, não há estudos sobre o efeito do tamanho do painel na equidade em saúde.²⁵

A nova Política Nacional de Atenção Básica²⁶, de 2017, recomenda um tamanho de painel de um médico de família de 2.000 a 3.500 usuários. De acordo com Murray e Tantau⁶, ele deve ser de aproximadamente 2.500 pessoas. Na Inglaterra, Kiran e O'Brien²⁷ sugerem diminuir esse número por profissional: de 2.500 a 3.550 para 1.800 pessoas. Nos EUA, Peterson e colaboradores²⁸ identificaram que cerca de 50% do total de médicos de família questionados (n = 11.231) e que dedicavam de 81 - 100% de seu tempo no cuidado clínico direto tinham um painel de 1501 a 3000 usuários, sendo que a maioria (21,3%) relatou ter entre 1.501 a 2.000 usuários. Masseria e colaboradores²⁹ descreveram a organização da APS em 14 países europeus e descobriram que o tamanho médio do painel por clínico geral é de 2.000 usuários – exceto na Polônia, com 4.161 usuários – ou seja, observa-se a indicação de painéis menores do que o recomendado pela atual PNAB, em contextos socioeconômicos menos

adversos e iníquos que o brasileiro, e consequentemente menos patogênicos.³⁰

Um requisito fundamental para a implantação do acesso avançado é o equilíbrio entre oferta e demanda nos serviços de APS. Para se atingir este equilíbrio, recomenda-se duas medidas organizacionais: redução do tempo de espera para se conseguir uma consulta e ajuste do tamanho do painel. Considerando que na literatura internacional estas duas medidas estão associadas com acesso oportuno, parece que a associação encontrada entre o acesso avançado e a qualidade percebida pelos usuários, deve-se ao fato deste modelo de agendamento incrementar o acesso oportuno nos serviços de APS avaliados.

Dentre as limitações deste estudo, está o fato dele não mensurar o número de consultas e de pessoas atendidas pela enfermagem, apenas consultas médicas. Há, ainda, as limitações inerentes do próprio instrumento *PCATool-Brasil*, que atribui a todos os atributos o mesmo peso, além de medir o desempenho dos serviços como medida de qualidade da APS exclusivamente pela presença e extensão de seus atributos.

Outras limitações foram não avaliar – entre os diferentes modelos de agendamento de consultas médicas – o absenteísmo, a demanda não atendida, o tempo de atuação na equipe de saúde, o tempo de formação e a titulação profissional, bem como a jornada de trabalho dos profissionais. Estas variáveis seriam úteis na análise e interpretação dos resultados encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo detectou efeito positivo do acesso avançado na qualidade da APS. É esperado e compreensível que a mudança para modelos de agendamento mais ágeis e sensíveis às necessidades dos usuários, como o acesso avançado, estejam positivamente relacionadas à qualidade dos cuidados prestados nos serviços de APS.

Mudanças organizacionais visando melhoria do desempenho e da qualidade da APS devem incluir medidas que sejam facilmente compreendidas pela população, pela equipe de saúde e que tenham sido testadas com sucesso em cenários semelhantes. Como já afirmado por Barbara Starfield, é fundamental medir a relação entre intervenções e a presença e extensão dos atributos da APS como medida de qualidade da APS. Outras pesquisas em contextos e cenários brasileiros distintos são necessárias para corroborar os achados aqui relatados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campbell, S.M; Roland, MO; Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611–25.
2. Fausto MCR, Fonseca HMS. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB [Internet]. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Saberes; 2014 [citado 31 de julho de 2018]. 318 p. Available at: http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf
3. Protasio APL, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 21];33(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en&tlng=en
4. Ryu J, Lee TH. The Waiting Game — Why Providers May Fail to Reduce Wait Times. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 Jun 15 [cited 2017 Aug 18];376(24):2309–11. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1704478>
5. Knight A, Lembke T. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Aug 21];42(3):152–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529528>
6. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* [Internet]. 2000 Sep [cited 2017 Aug 18];7(8):45–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11183460>
7. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* [Internet]. 2003 Feb 26 [cited 2018 Feb 28];289(8):1035–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597760>
8. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 24];17. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2219-y?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

9. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med* [Internet]. 2011 Jul 11 [cited 2013 May 29];171(13):1150–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3154021&to=ol=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Can Fam Physician* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 Apr 8];56(10):e361-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20944024>
11. Fournier J, Rainville A, Ingram J, Heale R. Implementation of an Advanced Access Scheduling System in Primary Healthcare: One Clinic's Experience. *Healthc Q* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 8];18(1):60–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168393>
12. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q* [Internet]. 1999 [cited 2017 Aug 21];7(3):45–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10620958>
13. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MC de, Agostinho MR, Hauser L. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil [Internet]. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Aug 18]. 82 p. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
14. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 10];22(1):179–81. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>
15. Prates ML, Machado JC, Saraiva L, Silva D, Avelar PS, Louzada Prates L, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 21];22(6):1881–93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf
16. D'Avila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017

[cited 2018 May 14];22(3):855–65. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0855.pdf>

17. Departamento de Territorialização e Cadastramento Prefeitura Municipal de Florianópolis. Territorialização - Critérios para classificação de Área de Interesse Social [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. 2007 [cited 2016 Jun 28]. Available from: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu=6>

18. Valenti WM, Bookhardt-Murray J. Advanced-access scheduling increases quality, productivity, and revenue. *AIDS Read* [Internet]. 2004 May [cited 2017 Aug 18];14(5):220–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15198080>

19. O'Hare CD, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. *Fam Pract Manag* [Internet]. 2004 Feb;11(2):35–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15011480>

20. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O'Connor PJ. The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Aug 18];5(1):A16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18082005>

21. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician* [Internet]. 2010 Sep [cited 2017 Aug 18];56(9):906–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20841595>

22. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H, et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2007 Aug [cited 2017 Aug 18];57(541):608–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688754>

23. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med* [Internet]. 2004 May [cited 2017 Aug 18];36(5):341–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129381>

24. Lukas CV, Meterko M, Mohr D, Seibert M. The implementation and effectiveness of advanced clinic access [Internet]. 1st ed. Washington DC: Department of Veterans Affairs; 2004 [cited 2017 Aug 18]. Available from:

http://www.academia.edu/29071857/The_implementation_and_effectiveness_of_advanced_clinic_access

25. Muldoon L, Dahrouge S, Russell G, Hogg W, Ward N. How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. *Healthc Policy* [Internet]. 2012 May [cited 2017 Aug 18];7(4):26–34. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634160>

26. Ministério da Saúde Brasil. Política Nacional de Atenção Básica 2017 [Internet]. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 2017 p.

38. Available from:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>

27. Kiran T, O'Brien P. Challenge of same-day access in primary care. *Can Fam physician Médecin Fam Can* [Internet]. 2015 May [cited 2016 Jun 28];61(5):399–400, 407–9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25971751>

28. Peterson LE, Cochrane A, Bazemore A, Baxley E, Phillips RL. Only one third of family physicians can estimate their patient panel size. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2017 Aug 18];28(2):173–4. Available from:

<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2015.02.140276>

29. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmil M, Mossialos E. Primary care in Europe. The London school of economics and political science. London; 2009.

30. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Feb 28];128:316–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25577953>.

5.3 CAPÍTULO DE LIVRO: MODELOS DE AGENDAMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Capítulo solicitado para publicação da segunda versão do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, ISSN 9788536327655.

O Acesso na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Em 1998, após a reorientação do Programa Saúde da Família como Estratégia Saúde da Família (ESF) houve aumento significativo da cobertura da população com relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), passando de 739 municípios com 2.054 equipes de saúde da família (SF) abrangendo 159.636.413 habitantes, para 5.425 municípios com 40.162 equipes de SF abrangendo 193.976.530 habitantes¹. Contudo, diversos estudos²⁻⁵ apontam que o acesso ao cuidado clínico na APS ainda é insuficiente no Brasil.

Estudos avaliativos da APS brasileira que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*⁶, instrumento de avaliação que mensura a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, descrevem o acesso de primeiro contato como o atributo com pior desempenho. Macinko e colaboradores², ao aplicarem o *PCATool* versão *Facility/Provider Survey* aos profissionais da rede de APS de Petrópolis/RJ, incluindo equipes da ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS), verificaram que o atributo acesso foi baixo em ambos os modelos assistenciais. Castro e colaboradores³ utilizaram o *PCATool-Brasil* com profissionais médicos e enfermeiros da APS em Porto Alegre/RS, identificando o acesso de primeiro contato como atributo de menor escore em todos serviços avaliados. Van Stralen e colegas⁴, ao aplicarem o *PCATool-Brasil* aos profissionais de saúde e usuários de 9 municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso, identificaram baixos valores de acesso em ambos os modelos assistenciais e na perspectiva de profissionais e usuários. Chomatas e colaboradores⁵ ao utilizarem o *PCATool-Brasil* em Curitiba/PR, em ambos modelos assistenciais, também identificaram o acesso como atributo de pior escore entre todos serviços avaliados.

Percebe-se, então, que o acesso efetivo ao cuidado na APS vincula-se à utilização dos serviços de saúde e que a disponibilidade de serviços de saúde não é suficiente para garanti-lo. Por sua vez, a utilização está diretamente relacionada com acessibilidade e tempo de espera. O acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, mas sim o ajuste entre as necessidades da população e os serviços de

saúde⁷.

Nesta relação, pode haver inúmeros obstáculos, tais como barreiras estruturais, culturais e organizacionais⁸. Entre estas barreiras, as demandas não atendidas têm um valor importante na experiência do usuário com o sistema de saúde. Em pesquisa usando dados secundários do primeiro ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado entre os anos de 2012 e 2013, Protasio e colaboradores⁹ encontraram dois fatores principais influenciando a satisfação dos usuários com a APS brasileira: a percepção de que os profissionais de saúde não conseguem responder suas necessidades e problemas (OR = 0,39; IC95%: 0,35 - 0,43), e que seus hábitos culturais, costumes e religião não são respeitados (OR = 0,44; IC95%: 0,37 - 0,52) ou são pouco respeitados (OR = 0,49; IC95%: 0,45 - 0,54).

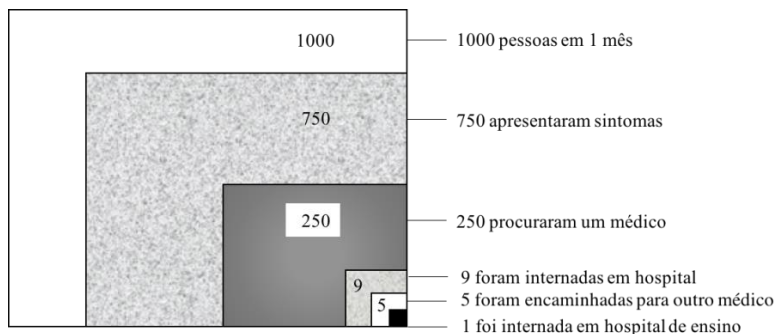
Por outro lado, o tempo de espera elevado representa a incapacidade dos serviços de saúde em ofertar acesso oportuno, ocasionando experiências negativas aos usuários, que poderiam ser evitadas. A incerteza de se obter um agendamento gera angústia, especialmente entre aqueles que acreditam que sua condição de saúde está em progressão para a piora¹⁰. Ademais, o uso inapropriado dos serviços de emergência, na faixa etária de 15 a 49 anos, esteve associado com a dificuldade em se conseguir um agendamento na APS (RR = 1,38), com a recusa do médico da APS em atender usuários não agendados (RR = 1,44) e com o limitado horário de funcionamento da UBS (RR = 1,63)¹¹. O fato é que equilibrar a demanda dos usuários com a capacidade dos serviços de APS constitui um problema sério a ser enfrentado no país.

Caracterizando a demanda na Atenção Primária à Saúde

Uma APS efetiva é capaz de resolver a maioria das necessidades em saúde da população, com pouca necessidade de encaminhamento aos serviços de maior complexidade clínica da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, a demanda na APS acaba sendo bastante ampla e complexa, fato que aparentemente dificulta sua caracterização.

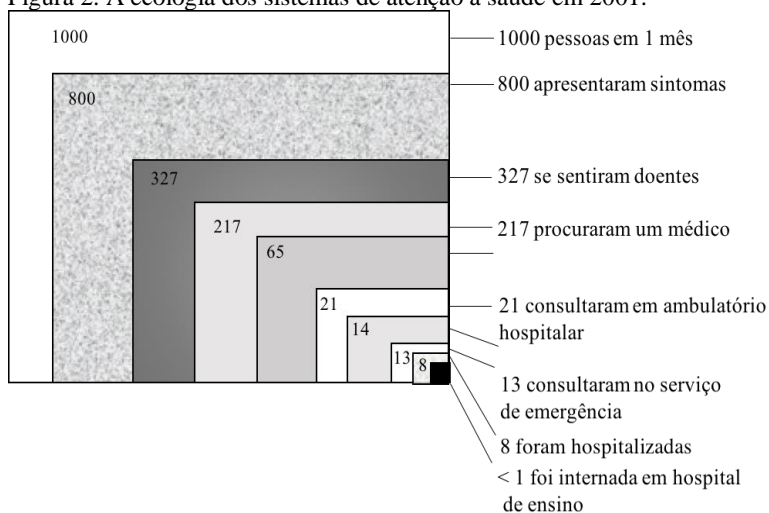
O clássico estudo ecológico de White, Williams e Greenberg¹² demonstrou que entre 1.000 pessoas maiores de 15 anos, no período de um mês, 750 apresentaram algum sintoma. Destas, a grande maioria (500) lidou com seus próprios problemas. Entre as que procuraram atendimento médico (250), cinco foram encaminhadas para outro médico, nove foram hospitalizadas e uma foi internada em um hospital de ensino (figura 1).

Figura 1. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde em 1961.¹²



Este estudo foi repetido 40 anos depois, utilizando metodologia similar e abrangendo todas as faixas etárias, e as proporções se mantiveram, conforme se pode verificar na figura 2.¹³

Figura 2. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde em 2001.¹³



Em termos de caracterização da demanda dos serviços de saúde, estes dois estudos^{12,13} sugerem que a cada 1.000 indivíduos aproximadamente 25% procuram atendimento médico no período de um mês. No cenário nacional, estudo realizado em Porto Alegre/RS, no serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que abrange aproximadamente 105 mil pessoas, verificou que 60% desta população procuraram atendimento, no período de três anos.¹⁴

Neste contexto, Gusso, Lotufo e Benseñor¹⁵ investigaram os principais motivos de consulta nos serviços de APS de Florianópolis/SC, avaliando 5.698 consultas médicas, no período de um ano. Os 30 motivos de consulta mais frequentes representaram 50,4% de todos os atendimentos. Destes, 29,8% foram motivos gerais e inespecíficos, reforçando o fato dos problemas de saúde, em sua maioria, serem ainda indiferenciados na APS. Ademais, os motivos administrativos, especialmente relacionados à prescrição medicamentosa e análise de exames clínicos, representaram cerca de 11% das consultas, conforme ilustra a tabela 1.

Takeda¹⁶ obteve resultados semelhantes no serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, identificando 12.437 problemas de saúde entre 7.849 atendimentos, sendo que os 30 diagnósticos mais frequentes corresponderam a 51,4% da demanda total do serviço.

Tabela 1. Motivos de consulta mais frequentes em APS em Florianópolis, 2012.¹⁵

Problema	Frequência	%	% acumulada
1.Medicina preventiva/ manutenção de saúde	529	5,7	5,7
2.Tosse	295	3,2	8,9
3.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Circulatório	294	3,2	12,1
4.Febre	278	3,0	15,1
5.Gravidez	264	2,8	17,9
6.Cefaléia	250	2,7	20,6
7.Hipertensão sem complicações	228	2,5	23,1
8.Dor abdominal generalizada/cólicas	175	1,9	25,0
9.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Psicológico	172	1,9	26,8
10.Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	167	1,8	28,6
11.Sinais/sintomas da região dorsal	152	1,6	30,3
12.Vômito	128	1,4	31,7
13.Diarréia	128	1,4	33,0
14.Sinais/sintomas da garganta	119	1,3	34,3
15.Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão	108	1,2	35,5
16.Exame médico/avaliação de saúde – parcial – circulatório	104	1,1	36,6
17.Medicação/prescrição/renovação/injeção- Endócrino	101	1,1	37,7
18.Sinais/sintomas da pele, outros	100	1,1	38,8
19.Resultado de exame/teste/carta a outro prestador - Endócrino	100	1,1	39,9
20.Dificuldade respiratória/dispnéia	95	1,0	40,9
21.Vertigens/Tonturas	96	1,0	41,9
22.Secreção Vaginal	93	1,0	42,9
23.Sinais/sintomas da região lombar	92	1,0	43,9
24.Prurido	89	1,0	44,9
25.Dores abdominais/epigástricas	88	0,9	45,8
26.Contracepção oral	88	0,9	46,8
27.Resultado de exame/teste/carta a outro prestador - Circulatório	87	0,9	47,7
28.Sinais/sintomas da coxa/perna	86	0,9	48,7
29.Dor de ouvidos	81	0,9	49,5
30.Sensação de depressão	80	0,9	50,4

Portanto, embora haja ampla variedade de motivos de procura por atendimento na APS, há grande concentração dos problemas mais frequentes na população. Isto permite uma melhor caracterização dos diferentes perfis de demanda efetiva visando à adequação da capacidade de oferta dos serviços.

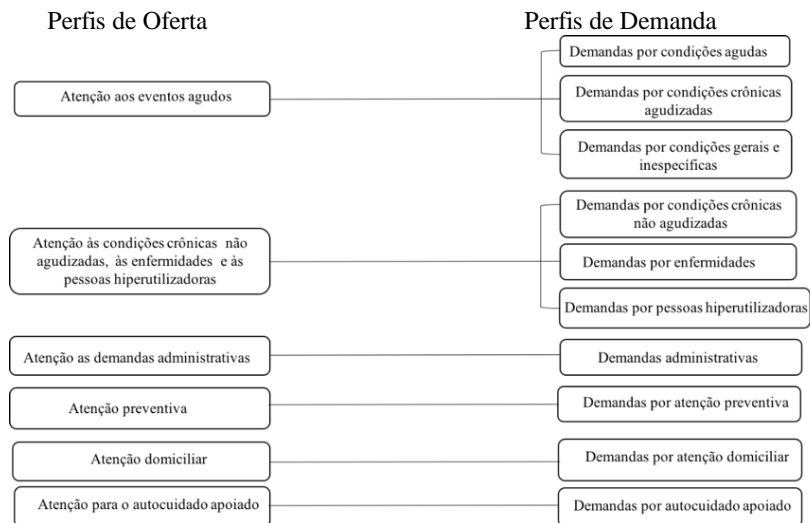
Neste sentido, Mendes¹⁷ descreve 10 perfis de demanda efetiva na APS: demandas por condições agudas, por condições crônicas agudizadas, por condições gerais e inespecíficas, por condições crônicas não agudizadas, por enfermidades, por pessoas hiperutilizadoras, por atenção preventiva, por autocuidado apoiado, por atenção domiciliar e, administrativas. Ainda que a maioria destes perfis de demanda seja bem compreendida pelos profissionais que trabalham na APS, o quadro 1 a seguir detalha alguns destes conceitos.

Quadro 1. Caracterização dos perfis de demanda por enfermidades, por pessoas hiperutilizadoras, por visita domiciliar, administrativas e por autocuidado apoiado.¹⁷

Perfis de Demanda	Caracterização
Demanda por enfermidades (sensação de estar mal ou doente)	Há diferença entre <i>disease</i> (doença) e <i>illness</i> (enfermidade ou sensação da própria pessoa de estar mal ou adoecida). Doença é uma condição do organismo, ou de parte dele, que promove distúrbios em suas funções e é diagnosticado pela biomedicina. A enfermidade ou a sensação de se sentir mal ou adoecido é referida pela pessoa, com ou sem doença diagnosticável ¹⁸ .
Demandas por pessoas hiperutilizadoras	São consideradas ‘pessoas hiperutilizadoras’ aquelas que consultam mais de seis vezes por ano. Verificou que 44% das pessoas eram hiperutilizadoras e consumiram 78,7% do total de consultas, no período de um ano, em duas unidades de saúde do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre/RS. ¹⁹
Demandas administrativas	Em Betim/MG, as ‘demandas administrativas’ foram responsáveis por 20% do total de consultas na APS. ²⁰
Demandas por visita domiciliar	Silva e Seixas ²¹ afirmam que a oferta e a ‘demanda por atenção domiciliar’ caracterizam-se por serem limitadas e direcionadas aos grupos populacionais muito específicos.
Demanda por autocuidado apoiado	É a prestação de serviços de educação em saúde e de intervenções de apoio, compartilhando conhecimentos com as pessoas portadoras de doenças crônicas, visando à adoção, manutenção e mudança de comportamentos que possa contribuir para a sua saúde. ²²

Estes dez perfis de demanda efetiva são agrupados por Mendes¹⁷ em seis perfis de oferta, que representariam a carteira de serviços ofertada pelas equipes da APS ajustada às necessidades da população, conforme ilustra a figura 3.

Figura 3. Os perfis de demanda agrupados pela sua similaridade e os perfis de oferta na APS.¹⁷



No Brasil, as equipes da ESF, em geral, ofertam um conjunto específico de ações, também chamado carteira de serviços, composta por consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo, rastreamento de câncer de colo de útero, solicitação, coleta e realização de exames complementares, visitas domiciliares e fornecimento de atestados médicos. Esta oferta de cuidados primários em saúde é diferente do perfil de oferta ajustado às necessidades populacionais, conforme apresentado acima. Fato que justifica a experiência dos usuários da APS brasileira de que os profissionais de saúde não conseguem oferecer respostas adequadas aos seus problemas.⁹

Adicionalmente, a instituição de uma carteira de serviços que atenda à demanda populacional não pode prescindir da adequação do tempo de resposta às demandas apresentadas. Portanto, sugere-se a classificação dos seis perfis de oferta, descritos na figura 3, em duas categorias principais:

a) Atenção por demanda espontânea¹ (não programada): implica em avaliação da demanda no momento em que o usuário busca o serviço de APS e subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica;

b) Atenção por demanda programada: demandas que podem ser agendadas de forma eletiva, sem caráter de urgência.

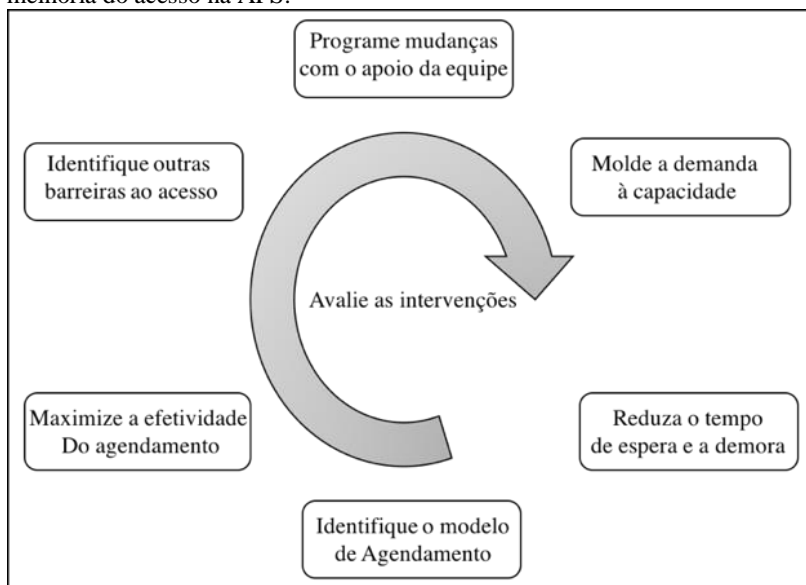
Para que a ESF se consolide como porta de entrada efetiva no sistema de saúde e serviço regular de cuidado é necessário atingir o equilíbrio entre estes dois tipos de ofertas^{23,24}. Portanto, a questão que se coloca aqui é: como equilibrar a atenção por demanda espontânea com a atenção por demanda programada nos serviços de APS brasileiros?

Neste ponto, convém a introdução de um modelo referencial que oriente a proposição de estratégias vinculadas ao incremento do acesso oportuno na APS (Figura 4). Após o diagnóstico da realidade local, a equipe será capaz de definir quais destas estratégias são primordiais e passíveis de aplicação prática. Lembrando que estratégias combinadas, e que atingem diferentes níveis do sistema de saúde, constituem a melhor maneira de incrementar o acesso.²⁵

A seguir cada uma das estratégias sugeridas na figura 4 está detalhada, com exceção do primeiro tópico ‘programe mudanças com apoio da equipe’, por se tratar de um pré-requisito e não exatamente uma estratégia.²⁶

¹ Demanda espontânea: contato não planejado de uma pessoa com o sistema de saúde, requerendo ajuda, cuidado ou conselhos, incluindo atenção às urgências e emergências.²⁷

Figura 4. Esquema representativo das principais estratégias utilizadas para melhoria do acesso na APS.²⁶



Molde a demanda à capacidade

Melhorar a capacidade dos serviços de APS exige investimentos no sistema, adequando processos organizacionais, utilizando tecnologias da informação e comunicação,¹⁰ melhorando mecanismos de agendamento,^{10,28,29} adequando o tamanho do painelⁱⁱ (*panel size*),^{30,31} ampliando o horário de funcionamento dos serviços³² e fortalecendo o trabalho multiprofissional.³³

Durante o processo de gerenciamento da capacidade dos serviços de APS, faz-se necessário promover a participação efetiva dos diversos atores em disputa política, gestores, profissionais e usuários, na tomada de decisões, tendo em vista que limitado poder decisório e ou decisões unilaterais total ou parcialmente não discutidas implicam em baixo envolvimento com o projeto de mudança proposto. Ademais, ofertar capacidade adicional sem atender as necessidades e preferências populacionais pode não atingir os resultados esperados.²⁶

ⁱⁱ Painel: número de usuários sob responsabilidade de um profissional de saúde ou equipe de saúde. Inicialmente o termo se aplicava aos profissionais médicos.

Sabendo que em situações de austeridade econômica é difícil obter apoio político e financeiro para investir em grandes projetos de incremento da capacidade dos serviços de APS, recomenda-se que as equipes comecem com as intervenções organizacionais, devido à alta governabilidade relacionada. Portanto, o alcance do projeto de intervenção pode ser definido em nível local, após reconhecimento dos recursos e apoios disponíveis, visando à viabilidade e sustentabilidade em longo prazo. Ainda que boa parte das mudanças solicitadas seja de cunho organizacional, mudanças políticas são indispensáveis e esperadas.²⁶ Intervenções fundamentadas em políticas nacionais ou estabelecidas a partir da introdução de diretrizes práticas no sistema de saúde são mais propensas ao sucesso do que intervenções em nível local, dependentes de uma equipe específica e que não contam com financiamento contínuo.²⁵

Neste tópico estão detalhados dois aspectos práticos centrais relacionados à capacidade dos serviços de APS e que simultaneamente implicam na carga de trabalho dos profissionais, são eles: formas de estimar oferta e demanda, e adequação do tamanho de painel.

Estimando a oferta e a demanda por consultas clínicas

Para adequar a oferta à demanda, faz-se necessário conhecer tais parâmetros, sendo mais fácil medir a oferta. Para medir a oferta basta responder algumas perguntas simples, tais como: Quanto tempo cada profissional de saúde está disponível diariamente para consultas? Quantas consultas cada um atende por dia? Quantos dias do ano eles trabalham?

Segundo Murray e Berwick³⁴ a demanda deve ser avaliada prospectivamente, uma vez que a mensuração retrospectiva se refere ao que o serviço de APS ofertou no período, não sendo necessariamente o que a população demandou. Neste caso, a mensuração de demanda prospectiva exige investigação e manutenção de registros sobre motivos de procura pelo serviço de APS (demanda externa), além dos registros de seguimento dos usuários em acompanhamento clínico (demanda interna).

A seguir apresentam-se cinco medidas para mensuração da demanda:³⁵

a) Intensidade de uso: é o número de consultas por habitante por ano. Divide-se o número de consultas em um ano pelo número de habitantes da população adstrita. Olmos e colaboradores³⁶ afirmam que intensidade de uso de uma determinada população espanhola varia entre 52 e 74%. Por sua vez, Vidal³⁷ descreveu que a intensidade de uso em Florianópolis/SC no ano de 2011 foi, em média, 40,3% (dp = 20,0).

b) Intensidade de uso repetido ou taxa de consultas: é a média de consultas por usuário por ano. Divide-se o número de consultas pelo

número de usuários, considerando o período de um ano. Gervás e Fabi³⁵ afirmam que a intensidade de uso repetido varia de três a seis encontros com o médico de referência por ano, dependendo da complexidade clínica. No Brasil, a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA)³⁸ reportou o número médio de 2,5 consultas por usuário no ano de 2005.

c) Extensão de uso: é o número de usuários da população adscrita que consultaram com um profissional de saúde no período de um ano. Divide-se o número de usuários atendidos anualmente pelo número de habitantes da população adscrita.

d) Pressão assistencial: é o número médio de consultas ofertadas por dia. Divide-se o número de consultas realizadas em determinado período de tempoⁱⁱⁱ pelo número de dias trabalhados.

e) Rotação: é o número de usuários novos atendidos diariamente pelo profissional de saúde. Divide-se o número de consultas por dia pela intensidade de uso repetido.

Existem ainda dois conceitos que podem ser usados na avaliação e monitoramento da capacidade do sistema de agendamento:³⁴

a) Capacidade: é o número de vagas por dia disponíveis na agenda de cada médico multiplicado pelo número de médicos no serviço de saúde. A capacidade pode ser subdividida ainda de acordo com a disponibilidade de vagas na agenda de outros profissionais da saúde que realizam atendimento clínico.

b) Capacidade de agenda aberta futura: é o número de vagas disponíveis para agendamento dividido pelo número de consultas agendadas nas próximas quatro semanas. Enquanto os sistemas de agendamento na forma de acesso avançado apresentam uma razão de 65-90%,^{34,39} outros modelos que utilizam maior proporção de consultas agendadas apresentam razões que variam ente 10% a 15%. Populações jovens e saudáveis podem atingir uma razão ainda mais alta (90%), enquanto populações com maior número de idosos e recém-nascidos terão razões menores.

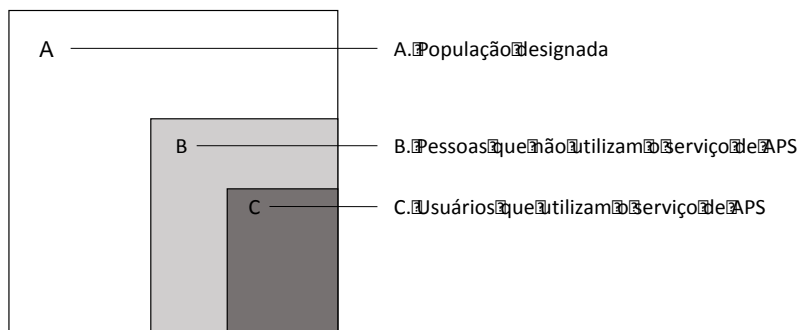
Esses cálculos permitem avaliar a gestão da demanda no sentido de perceber a quantidade de tempo dedicado aos diferentes usuários, bem como identificar os usuários que não utilizam consultas e os hiperutilizadores. Se a demanda não for moldada, cerca de 80% das consultas podem ser absorvidas por apenas 20% da população, e que

ⁱⁱⁱ Para fins de cálculo mais preciso da pressão assistencial é recomendado a utilização da população que consultou nos últimos 18 meses.^{34,35}

normalmente corresponde àqueles que menos necessitam de cuidados em saúde.

É importante ressaltar que as pessoas que efetivamente consultam nos serviços de APS são uma subpopulação de um grupo de pessoas designadas para este estabelecimento de saúde (figura 5). Casares e colaboradores⁴⁰ reportaram que no período de um ano em localidade espanhola que 46% da população adscrita não utilizou os serviços de APS.

Figura 5. Relação da população assistida com os serviços de APS.⁴¹



Sabe-se ainda que a pressão assistencial se encontra diretamente relacionada com a carga de trabalho do profissional. Koch e colaboradores⁴² investigaram a percepção de médicos da APS sobre seus sistemas nacionais de saúde e cotidiano laboral. Foram entrevistados 10.320 médicos, de 11 países. A tabela 2 mostra os resultados da pressão assistencial e carga de trabalho destes profissionais.

Tabela 2. Pressão Assistencial e a carga de trabalho dos médicos de APS em 11 países (2011).⁴²

	ALE	AUST	CAN	FR	IT	HOL	NZ	NOR	SUE	RU	EUA
Trabalho médio semanal (horas)	50.8	40.5	42.5	48.6	37.5	44.4	41	40.5	37.8	42.2	47.6
Com contato pessoal	70%	87%	75%	82%	75%	69%	83%	67%	66%	68%	76%
Média de usuários tratados por semana	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Média de usuários tratados por dia (pressão assistencial)	48,4	25,6	24,8	22	34,2	24,6	23,2	16,2	10,6	26	19,2

Legenda: ALE: Alemanha; AUST: Austrália; CAN: Canadá; FR: França; IT: Itália; HOL: Holanda; NZ: Nova Zelândia; NOR: Noruega; SUE: Suécia; RU: Reino Unido; EUA: Estados Unidos da América.

A literatura científica brasileira não recomenda uma variação aceitável para a pressão assistencial, por profissional de saúde, nos serviços de APS. Santos⁴³, em seu parecer consulta n° 009/2012 junto ao Conselho Regional de Medicina do Pará, descreve a pressão assistencial “recomendada” para um médico da APS, em um turno de quatro horas de trabalho, segundo os Conselhos Regionais de Medicina do Rio Grande do Sul (resolução n° 007/2011), de Pernambuco (resolução n° 01/2005) e do Rio de Janeiro (resolução n° 17/1987), sendo respectivamente 14, 14 e 12 usuários.

A tabela 3 apresenta a adaptação da informação referente a pressão assistencial “recomendada” pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina para um médico com jornada de 40 horas semanais na APS. Comparando estes dados com os de Koch e colaboradores,⁴² verifica-se que, excetuando Alemanha e Itália, a pressão assistencial no Brasil não é diferente dos demais países estudados.

Tabela 3. Pressão Assistencial (carga de trabalho) dos médicos de APS com seus usuários no Brasil (2012).⁴³

Resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina	RS	RJ	PE
Média de Usuários Tratados por dia (em jornada de trabalho de 40 horas semanais)	28	24	28

Definindo limites adequados para o tamanho do painel centrado no cuidado médico

Definir um painel possibilita planejamento do cuidado, estimativa da pressão assistencial, adequação da carga de trabalho profissional, e consequentemente incremento do acesso. Ademais, o tamanho do painel é um preditor de demanda dos usuários e mostrar claramente se o problema de acesso se associa com o desempenho profissional.³⁹

Segundo Murray e Tantau,³⁹ o tamanho do painel do Médico de Família e Comunidade (MFC) deve ser de aproximadamente 2.500 pessoas. Nos EUA, em 2015, Peterson e colaboradores⁴⁴ questionaram 11.231 MFC sobre o tamanho de seus painéis e o tempo gasto no cuidado direto ao usuário. Cerca de 50% dos MFC que despendiam entre 81 - 100% do seu tempo no cuidado direto tinham um painel entre 1.501 e 3.000 usuários, sendo que a maioria deles (21,3%) concentra-se na faixa de 1.501 – 2.000 usuários. Apenas 5,7% dos MFC tinham um painel entre 3.500 – 4.000 usuários, porém 97% deles conseguiam gastar entre 61% a 100% do seu tempo no cuidado direto. Segundo Dahrouge e colaboradores⁴⁵ alguns médicos com grandes painéis conseguem gerenciá-los sem comprometer a qualidade do cuidado, por conta de características pessoais, como experiência clínica, e características dos serviços onde atuam.

Desta maneira, o tamanho do painel apropriado para o médico depende de fatores organizacionais que implicam no número de consultas médicas realizadas por dia, tais como a jornada de trabalho do médico, a organização de sua agenda,⁴⁶ e a carga de trabalho relacionada às atividades gerenciais.⁴⁷ Bem como, de características do processo de trabalho médico, como a complexidade dos usuários sob seus cuidados, a extensão do envolvimento de enfermeiros e médicos assistentes^{iv} nos atendimentos, bem como o envolvimento de outros membros da equipe dividindo o trabalho ou gerenciando casos conjuntamente.⁴⁸

^{iv} *Medical assistant*: profissional como curso técnico em medicina, tal como o curso técnico de enfermagem está para o bacharel em enfermagem no Brasil.

Murray, Davies e Boushon⁴⁹ sugerem um método simples para cálculo do tamanho de painel:

$$\text{Painel} = \frac{\text{pressão assistencial}^v \times \text{dias trabalhados pelo médico por ano}}{\text{intensidade de uso repetido}}$$

Exemplo: O ano de 2017 tem 252 dias úteis. Supondo que o médico começou a trabalhar em janeiro e tirará férias em dezembro, teríamos 232 dias úteis. Como a média do número de consultas por usuário por ano no SUS é de 2,5, segundo dados da RIPSA³⁸ (arredondamos o valor para 3), se o médico atendesse 28 consultas por dia (número máximo preconizado pelos Conselhos Regionais de Medicina no país), teríamos:

$$\text{Painel} = \frac{28 \times 232}{3} = 2164 \text{ pessoas por médico}$$

Percebe-se que o tamanho do painel pode variar, pois as três variáveis da equação estão sujeitas à mudança:

a) Intensidade de uso repetido: esse número pode ser reduzido diminuindo o número de retornos dos usuários, trabalhando em equipe – compartilhando tarefas com outros profissionais – e utilizando outras modalidades de atendimento ao usuário, como telefone, e-mail, atividades em grupo, entre outras.

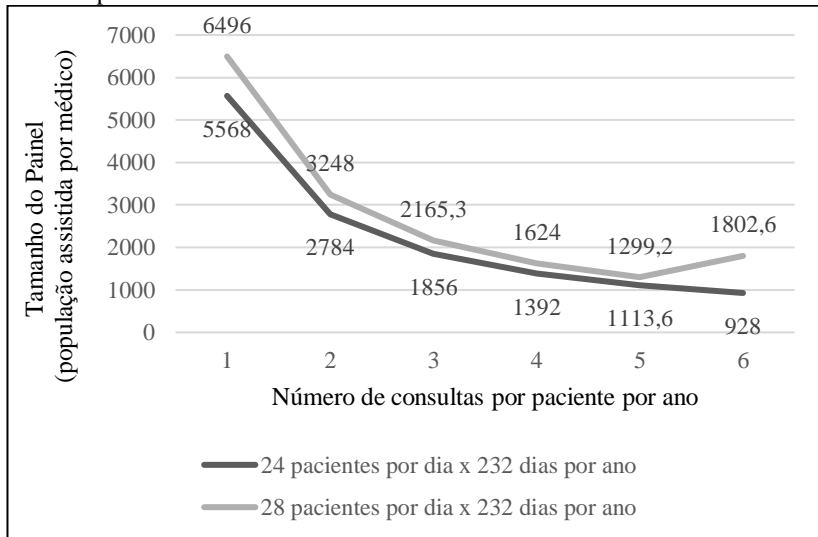
b) Pressão assistencial: não é somente o número de vagas na agenda disponível no dia. Esse número pode ser aumentado otimizando o modelo de agenda adotado, protegendo o tempo de agenda para atendimentos clínico-ambulatoriais, ajustando o tempo de consulta, diminuindo demanda burocráticas e reduzindo a taxa de absenteísmo (*no show*).

c) Número de dias trabalhados pelo médico por ano: pode-se elevar este número aumentando o número de dias de agenda para atendimento clínico. Por exemplo, ao invés do profissional fechar um turno ou ainda um dia inteiro de agenda para visitas domiciliares – muitas vezes para atender dois ou três usuários apenas – pode-se otimizar este tempo e realizar atendimentos clínicos também neste período.

^v Conforme já comentado, preferir utilizar dados de 18 meses para cálculo da capacidade assistencial ao invés de 12 meses, pois se pode subestimar o ‘tamanho do painel’.

O gráfico 1 a seguir ilustra o painel em dois cenários. Em ambos o médico trabalha 232 dias no ano e a média anual de consultas por usuário é igual a 3, a diferença é que no primeiro cenário o médico atende 24 consultas por dia e no segundo 28. Assim, o tamanho de painel no primeiro cenário seria de 1.856 usuários e de 2.165 no segundo.

Gráfico 1. Exemplo de tamanhos de painéis distintos pelo número de consultas médicas por dia.



Na ESF, o tamanho do painel é definido pelo disposto na Política Nacional de Atenção Básica: “cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendável de 3.000, respeitando critérios de equidade para esta definição”.⁵⁰

Esclarece-se que grandes painéis estão associados ao pior desempenho em atividades de prevenção e promoção da saúde, bem como no manejo de doenças crônicas. Além disso, grandes painéis podem prejudicar o acesso efetivo, a longitudinalidade e a qualidade técnica do cuidado prestado à população. Não há informações sobre o efeito de tamanhos de painéis sobre a equidade.⁴⁶

Murray, Davies e Boushon⁴⁹ relataram que se o tamanho do painel for muito grande, o MFC terá um excesso de trabalho que não poderá ser realizado, levando ao esgotamento (*burnout*) e abandono do trabalho, elevando a rotatividade de médicos na APS.

Estimando um tamanho de painel adequado compartilhando tarefas de cuidados crônicos e preventivos com outros profissionais da saúde

O trabalho em equipe multiprofissional tem o potencial para diminuir a pressão assistencial nas consultas médicas, e simultaneamente aumentar a oferta de serviços. Entretanto, pesquisa realizada em Florianópolis mostrou que outros profissionais atuantes na APS estão sendo subutilizados no SUS, dado os resultados dos percentuais de encaminhamento para as seguintes categorias profissionais: psicólogo (28,9%), enfermeiro (21,6%), fisioterapeuta (20,0%), nutricionista (11,5%), odontólogo (3,9%), assistente social (3,3%), fonoaudiólogo (2,3%), educador físico (1,3%), farmacêutico (1,0%).⁵¹

Segundo Altschuler e colaboradores,⁵² os médicos despendem muito tempo atendendo usuários com problemas crônicos e que se encontram estabilizados, bem como desenvolvendo atividades preventivas que poderiam ser realizadas com a mesma qualidade por outros profissionais de saúde. Portanto, se o médico compartilhasse o trabalho com outros profissionais teria mais tempo para avaliar pessoas com problemas agudos e com doenças crônicas agudizadas. Pode-se dizer que um painel compartilhado com a equipe multiprofissional é no mínimo custo-efetivo.

Definir o tamanho do painel adequado para uma equipe multiprofissional em saúde é mais complexo. A partir do método de Murray, Davies e Boushon⁴⁹ pode-se substituir a *pressão assistencial* pela somatória do número de consultas por dia das categorias profissionais envolvidas. Contanto que todos realizem a mesma carga horária, as demais variáveis permanecem constantes.

O quadro 2 apresenta outros dois métodos para calcular o tamanho do painel para equipes multiprofissionais em saúde.⁴⁶ Neste exemplo, foram utilizadas três categorias profissionais: enfermeiros, obstetizes e médicos assistentes. O método 1 estima a proporção de usuários por profissional de APS, implicando que todos contribuam de forma igualitária na assistência aos usuários. Por sua vez, o método 2 atribui os usuários segundo cuidados específicos de cada categoria profissional. Contudo, não esclarece os critérios para distribuição ou compartilhamento dos casos entre as distintas categorias profissionais.⁴⁶

Quadro 2. Cálculo do tamanho de painel para equipes multiprofissionais de saúde.⁴⁶

Método 1: atribuindo o número de usuários de forma igualitária entre todas as categorias profissionais de APS (médicos de família, enfermeiros generalistas, médicos assistentes e obstetrias).	$\frac{\text{Nº de pessoas atendidas no serviço de saúde}}{\text{Nº de profissionais de APS do serviço de saúde}}$
Método 2: atribuindo usuários por categoria profissional específica (responsabilidade técnica profissional).	$\frac{\text{Nº de pessoas atendidas pelos médicos de família}}{\text{Nº de médicos de família do serviço de saúde}} + \frac{\text{Nº de pessoas atendidas pelos enfermeiros generalistas, médicos assistentes e obstetrias}}{\text{Nº de enfermeiras generalistas, médicos assistentes e obstetrias do serviço de APS}}$

Alstchuller e colaboradores⁵² propõem um método alternativo para cálculo de painel para equipes multiprofissionais, fundamentado na proporção de cuidados compartilhados. Neste método, os autores calcularam o tempo anual por usuário gasto por cada categoria profissional (enfermeiros, farmacêuticos, educadores em saúde e médicos assistentes), ajustado ao perfil epidemiológico clínico e à proporção de controle das doenças crônicas para um painel de 2500 pessoas. Sendo assim, três modelos foram propostos:

a) Modelo 1: 77% dos cuidados de prevenção e 47% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

b) Modelo 2: 60% dos cuidados de prevenção e 30% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

c) Modelo 3: 50% dos cuidados de prevenção e 25% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.

A estimativa do tamanho de painel, segundo modelo de proporção de cuidados compartilhados, está apresentada na tabela 4.

Tabela 4. Estimativa do “Tamanho do painel” em diferentes modelos de Delegação de Tarefas para outros profissionais de saúde não médicos.⁵²

Tipo de Cuidado	Modelo Não-Delegado Painel = 983		Modelo Delegado 1 Painel = 1.947		Modelo Delegado 2 Painel = 1.523		Modelo Delegado 3 Painel = 1.387	
	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ano	Tempo delegado (%)	Horas por paciente/ano
Preventivo	0	0,71	77	0,16	60	0,28	50	0,35
Crônico	0	0,99	47	0,53	30	0,70	25	0,75
Agudo	0	0,36	0	0,36	0	0,36	0	0,36
Total	0	2,06	-	1,04	-	1,33	-	1,46

Segundo o modelo de Alstchuller e colaboradores,⁵² quanto maior o tempo compartilhado com outras categorias profissionais, maior o tamanho de painel, passando de um modelo médico-centrado com 983 usuários para um modelo centrado na equipe com 1.947 usuários, no cenário de maior proporção de cuidados compartilhados (tabela 4).

Considerando os três modelos de estimativa de painéis apresentados^{46,49,52} o que mais se aproxima da realidade dos serviços de APS no Brasil é o que compartilha usuários segundo responsabilidade técnica profissional. Assim, o quadro 3 apresenta uma adaptação deste método para estimar o painel da equipe mínima na ESF, tendo em vista que os profissionais que exercem atividades clínico-específica são médicos (generalista, especialista em saúde da família ou MFC) e enfermeiros (generalista e especialista em saúde da família).

Quadro 3. Método para cálculo do tamanho de painel para uma equipe mínima de Saúde da Família.

$$\text{Painel} = \frac{(\text{pressão assistencial do médico} \times \text{dias trabalhados pelo médico por ano}) + (\text{pressão assistencial do enfermeiro} \times \text{dias trabalhados pelo enfermeiro por ano})}{\text{Intensidade de uso repetido}}$$

Recomenda-se ainda o ajuste do painel às características da população adscrita, como idade, sexo, condições socioeconômicas e de saúde (carga de doença da população), uma vez que é maior o número de consultas entre mulheres, crianças, idosos e pessoas adoecidas,⁴⁹ bem como a carga de trabalho devido às condições de saúde relacionadas à pobreza.⁵³ No entanto, nenhum dos autores apresentam como fazer este ajuste do painel de acordo com as características da população assistida,

além de não terem sido encontrados estudos tanto na literatura nacional e internacional que mostrem como fazê-lo.

Para mensurar carga de doença na população, a Johns Hopkins desenvolveu um sistema chamado de Grupos Clínicos Ajustados (*Adjusted Clinical Groups – ACG® System*). É um sistema de caracterização por composição nosológica (*case-mix*)^{vi} das pessoas de acordo com a combinação de diagnósticos em populações de pacientes dentro de grupos relativamente homogêneos ao longo de um determinado período de tempo, geralmente um ano. É um método para caracterizar a morbidade. Esta indicação de morbidade não depende da taxa de consultas ou da extensão de uso porque são usados apenas diagnósticos para caracterização. As categorizações do ACG resultantes são altamente preditoras do número de consultas para atendimento ambulatorial durante o período de tempo a partir do qual os diagnósticos são indicados; seu uso também é preditor para o ano seguinte. Portanto, seu uso pode auxiliar na prática para o acompanhamento e monitoramento da população assistida pelos profissionais ou equipes de saúde.^{54,55}

Enfermagem na APS e o compartilhamento de cuidado

Em 2017, Xue e Tuttle⁵⁶ investigaram o número de usuários atendidos e o tamanho de painel entre enfermeiros da APS nos EUA. Identificaram que os enfermeiros dispensam em média 83% do seu tempo com trabalho burocrático e no cuidado direto ao usuário. Infelizmente não conseguiram separar essas duas informações, pois encontravam-se vinculadas na fonte de dados secundária. Ademais, despendiam 8,7% do tempo no ensino, 6,9% na administração e 3,4% em outras atividades. Em um contexto de ampla variação de atividades profissionais, atendiam em média 80 usuários (IC95% 79 - 82) em uma semana típica, tendo um tamanho médio de painel de 567 usuários (IC95% 522 - 612), o que não é pouco considerando que ainda colaboram atendendo usuários do painel médico.⁵⁶

Por sua vez, Fabrellas e colaboradores³³ avaliaram a viabilidade e a eficácia das consultas de enfermagem, fundamentadas em protocolos clínicos, no atendimento da demanda espontânea de doenças de menor gravidade na APS. Foram avaliadas 629.568 consultas, sendo 575.189 de

^{vi} Categorização por composição nosológica (*case-mix*): são formas de medir a carga total de morbidade em uma população de pacientes pela combinação de diagnósticos de formas diferentes; são uma ferramenta importante para avaliar tanto a qualidade quanto os custos da atenção.

adultos e 54.379 pediátricas. A resolutividade das consultas foi de 61,8% em adultos e 75,6% entre usuários pediátricos. Em adultos, as maiores taxas de resolução (>90%) encontradas foram no atendimento de queimaduras, lesões cutâneas e contracepção de emergência, e as menores em sintomas do trato urinário inferior (46,7%), dor de garganta (45,7%), hiperemia conjuntival (45,5%) e respiratórios do trato superior (41,4%). Em usuários pediátricos, as maiores taxas de resolutividade (> 90%) foram em cólicas abdominais e queimaduras, e as mais baixas em tosse referida (36,2%). As taxas de retorno no período de sete dias pelo mesmo motivo de queixa foram baixas, sendo de 4% para adultos e de 2 a 4% para usuários pediátricos, demonstrando a efetividade dos atendimentos.³³

Neste contexto, o *British Medical Journal* em parceria com a Universidade do Cabo, na África do Sul, lançou o projeto *Providing guidance to empower health teams globally*, visando a capacitação em nível global de equipes de APS, por meio do uso de protocolos clínicos e diretrizes baseadas em evidência. O material desenvolvido para tal fim é denominado *Practical Approach to Care Kit (PACK)*⁵⁷, um guia para médicos e enfermeiros que facilita a tradução do conhecimento científico para a prática clínica, abrangendo cerca de 40 sintomas e 20 condições crônicas frequentes entre os usuários da APS. Florianópolis (SC) adotou o PACK em junho de 2017, sendo a pioneira no país.⁵⁸

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007⁵⁹, que dispõe sobre as atribuições dos profissionais na ESF, afirma a competência do enfermeiro em realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, observando-se as disposições legais da profissão e em consonância com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal. Em termos de protocolos assistenciais, em âmbito nacional, tem-se como referência os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde. Em âmbito municipal, alguns protocolos de qualidade podem ser encontrados, principalmente em municípios maiores. Contudo, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo percebendo a criação e adaptação desordenadas de protocolos, resultando em recomendações vagas, inadequadas à realidade local, sem validação por parte dos profissionais e usuários, publicou o “guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem”.⁶⁰

Alguns argumentam que protocolos assistenciais conferem autonomia aos profissionais de enfermagem, mas a autonomia profissional independe da existência de protocolos. O enfermeiro é

sempre responsável por suas ações, e a decisão de seguir ou não determinado protocolo deve fundamentar-se em evidências científicas.⁶⁰ Contudo, deve compreender que se decidir não seguir o protocolo responderá sozinho por sua escolha, e se decidir seguir responderá da mesma maneira, mas contará com o endosso da instituição.⁶⁰

Neste contexto, Xue e Tuttle⁵⁶ evidenciaram que 96% dos enfermeiros que tinham seus próprios painéis, em sua prática diária, atingiam a totalidade do escopo legal da profissão regulamentada pelo Estado. O fato interessante é que para estes enfermeiros a autonomia percebida é mais importante que a extensão do escopo de práticas profissionais regulamentadas, além de estar diretamente associada à sua produtividade na APS.⁵⁶ Portanto, ainda que o enfermeiro não possa prescrever determinadas medicações sem a supervisão médica, sente-se autônomo quando tem a liberdade de atuar sozinho em seu consultório, de maneira a se responsabilizar completamente pelo cuidado dos usuários, fundamentando suas ações em seu julgamento profissional.⁶¹

Reduza o tempo de espera e a demora

O tempo de espera e a demora quando elevados constituem barreiras não financeiras ao sistema de saúde. Este tipo de barreira pode limitar o impacto de políticas de expansão do acesso, fundamentadas no incremento da acessibilidade ao cuidado. Ademais, quando as barreiras não financeiras não são reduzidas, a iniquidade de acesso entre grupos populacionais se mantém.⁶²

A situação de desequilíbrio entre oferta e demanda ocasiona um trabalho acumulado (*backlog*) que por consequência resulta em listas e filas de espera. No dia a dia da prática clínica o acúmulo de trabalho é traduzido em atendimentos agendados para o futuro. Há dois tipos de acúmulos, acúmulos positivos (*good backlogs*) resultantes dos usuários que não querem consultar hoje e daqueles agendados pela equipe como retorno programado, e acúmulos negativos (*bad backlogs*), resultantes do trabalho que a equipe não conseguiu finalizar hoje, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho. Portanto, a redução do tempo de espera implica na redução dos acúmulos negativos de trabalho.

A seguir apresentam-se algumas medidas, propostas por Knight e Lembke,^{63,64} úteis no diagnóstico e acompanhamento de resultados de intervenções relacionadas à redução do acúmulo de trabalho negativo nos serviços de APS:

a) Terceira vaga de agendamento disponível: medida para o atraso de consultas clínicas. Para calculá-la, deve-se contar o número de dias compreendidos entre a solicitação do agendamento da consulta e o dia da terceira vaga disponível (não usar vaga reservada para demanda espontânea). Quanto menor é esta medida, menor é o atraso do profissional ou do serviço de saúde;

b) Demanda não atendida: trata-se do número de usuários que deixaram o serviço de APS semanalmente, porque não conseguiram um agendamento em data oportuna (no Brasil não se tem o costume de registrar esse número de pacientes, dispensados das recepções verbalmente sem nenhum registro). Recomenda-se fortemente que isso seja iniciado, como medida de qualificação e monitoramento do acesso, o que pode ser realizado de maneiras simples, com a confecção de um registro diário desses pacientes, uma listagem - pelo nome e prontuário, se possível);

c) Pesquisa de satisfação do usuário: não precisar ser nada elaborado, aborde os usuários com duas questões simples: Em uma escala de 0 a 10, qual número representa sua satisfação com a marcação de consulta? Você consegue consulta com o profissional que deseja no dia que precisa?

d) Demora: verifique se os *softwares* usados no serviço de APS, como prontuário eletrônico, por exemplo, demoram a iniciar e acessar os arquivos do usuário, sendo interessante diminuir esse tempo;

e) Tempo de permanência no serviço de APS: média do tempo total de permanência dos usuários no serviço, desde a chegada até a saída.

Outras duas formas estratégicas para redução do acúmulo negativo são o controle da agenda médica e do tempo de consulta. No controle da agenda, por exemplo, faz-se necessário reduzir a demanda desnecessária, protegendo o tempo médico para atendimento clínico direto. Assim, sugere-se, por exemplo, maior utilização de formas alternativas de atendimento não presenciais, como responder dúvidas dos usuários por e-mail ou telefone, compartilhar tarefas de cuidado com outros profissionais, criar mecanismos para resolver pendências administrativas fora do pico de demanda (como, por exemplo, no horário da reunião semanal da eSF ou nos horários das visitas domiciliares, em que costuma haver tempos ociosos) e informar usuários sobre como acessar e obter resposta às suas demandas administrativas.

Os médicos, em geral, organizam suas agendas das mais diferentes maneiras, mas que em certa medida se alinham com o sistema de agendamento adotado (Tabela 5). A seguir apresentam-se alguns exemplos:

- a) Tempo máximo por usuário;
- b) Número mínimo-máximo de usuários por dia;
- c) Atendimento de todos os usuários no mesmo dia;
- d) Distribuição do tempo de agenda de acordo com programas verticais (gestantes de baixo risco a tarde, diabéticos pela manhã, entre outras).

É bem conhecido que o estilo de prática exercido pelo médico determina o volume diário de usuários, sendo a organização da agenda elemento fundamental na garantia do acesso oportuno. As maiores barreiras são criadas geralmente pelos próprios profissionais, que, na ânsia de tentar organizar rigidamente suas agendas acabam desenvolvendo mecanismos complexos de classificação que restringem o acesso. Uma agenda rígida fragmenta o cuidado, gera acúmulo de trabalho negativo, adoção de sistemas de triagem ineficazes, insatisfação profissional e deterioração da dinâmica do trabalho em equipe. Por vezes, os profissionais racionalizam e concluem que o problema é a falta de tempo e de recursos, enquanto, na verdade trata-se de uma gestão de agenda que sustenta o desequilíbrio entre oferta e demanda. As agendas não precisam de grande organização, mas deve-se evitar que sejam controladas por processos administrativos e que contemplem usuários que não necessitam de cuidados, como por exemplo, usuários com doenças crônicas estáveis em intervalos de retorno inferior ao previsto.

Como exemplo prático, em uma hora de trabalho médico, pode-se agendar uma consulta de duração programada de 20 minutos, deixando os 40 minutos desta hora para:

- a) Três consultas de demanda espontânea de 10 minutos;
- b) Mais duas consultas imediatas, focadas em um problema urgente, de cinco minutos cada.

Esclarece-se que as consultas de demanda espontânea e imediatas devem ser direcionadas às questões clínicas pontuais, breves.

Neste esquema, em seis horas de trabalho no dia, teríamos: seis consultas de 20 minutos cada; 18 consultas de 10 minutos cada; e 12 consultas de cinco minutos cada, totalizando 36 consultas no período. Se a jornada de trabalho for de oito horas, você utilizar estas seis horas acima descritas para atendimento clínico, o que corresponde a 75% da carga horária diária de trabalho. Logo, você pode utilizar ainda uma hora por dia para visitas domiciliares e outra hora para outras demandas administrativas, como renovação de receitas, atestados médicos, preenchimento de laudo de medicações excepcionais; respostas a demandas não presenciais, como respondendo dúvidas de usuários por telefone ou e-mail, comunicando-se com a população por meio de mídias

sociais ou e-mail; ou ainda para discussão de casos em equipe, com especialistas matriciadores e pelo telessaúde.

A proposta de consultas de cinco minutos gera certa polêmica entre os profissionais, seja por receio de que consultas tão breves podem fragilizar a qualidade assistencial ou por medo que os serviços de APS se transformem em pronto-atendimento. Contudo, deve-se considerar que o profissional de APS acompanha longitudinalmente os usuários, conhecendo-os bem. Portanto, uma avaliação pontual pode ser considerada um atendido integral, quando, por exemplo, realiza-se otoscopia em um usuário diabético com dor de ouvido conhecido pela equipe. Se este usuário procurasse um serviço de emergência, seria atendido por um profissional que não o conhece, que possivelmente despenderia um maior tempo de consulta. Este exemplo ilustra um caso típico em que não se obtém benefícios adicionais, na qualidade e resolutividade assistencial, com o aumento da duração temporal da consulta.³⁵

Segundo Gask e Usherwood,⁶⁵ o sucesso de uma consulta depende da qualidade da comunicação entre médico e usuário. Estes autores esclarecem que se o médico permitir que o usuário explique sua motivação por buscar atendimento sem interrupção, o usuário se expressará em 60 segundos ou menos e citará seus principais motivos de preocupação. Assim, o médico será capaz de direcionar a consulta adequadamente. Por outro lado, quando o médico interrompe o usuário, possivelmente direcionará a consulta às primeiras menções do usuário, que podem não ser representativas de suas necessidades, e dificilmente o usuário conseguirá expressá-las no decorrer da consulta.⁶⁵

Segundo Lopes⁶⁶ o método de abordagem centrado na pessoa é possível de ser praticado na realidade brasileira em uma consulta de duração entre 13 e 15 minutos. Se o médico utilizar a abordagem descrita acima, por meio da pergunta “Em que posso te ajudar hoje?”, poderá identificar 90% das informações necessárias para resolver o problema do usuário. Ademais, pode estabelecer prioridades e usar a longitudinalidade no cuidado como aliada neste processo.⁶⁶

Tabela 5. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continua).

MODELO TRADICIONAL Referido como tradicional ou <i>saturated</i> ^{39,67} e como <i>supersaturated</i> ⁶⁴	
Principais características	<p>Neste sistema, todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas, em sua maioria, solicitadas pelos usuários. No primeiro horário do dia a agenda médica já se encontra cheia, “saturada”. Durante o dia, chegam casos de demanda espontânea que são inseridos na agenda, em forma de agendamento duplo (<i>double-booking</i>). O médico tem que manejar esta situação, terá que atender o usuário em algum horário, por vezes, usa o horário de almoço e fim de tarde. Equipes de recepção explicam, triam e procuram vagas não existentes na agenda para colaborar com os médicos. Os médicos sentem-se sobrecarregados com o excesso de usuários aguardando atendimento. A sala de espera cheia gera tensão, estresses e atrasos. Para tentar dar conta desta demanda, criam-se mecanismos complexos que acabam restringindo o acesso, tais como reservas específicas na agenda para “saúde da mulher”, “saúde do homem”, “consulta de rotina”, entre outras. Na prática, há uma sensação de panela de pressão, reduzindo a capacidade de reflexão sobre outros sistemas ou ainda em completar cuidados estruturados de usuários portadores de condições crônicas. O <i>slogan</i> deste sistema é “fazer o último trabalho do mês, hoje”.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: É uma tentativa honesta de fazer o sistema funcionar para todos, tentando acomodar usuários com necessidade de cuidados crônicos e com demanda espontânea por condições agudas. Desvantagens: há uma demanda espúria proveniente de usuários que visando garantir sua vaga solicitam consulta preventiva. O elevado tempo de espera para se conseguir um agendamento facilita o aumento da taxa de não comparecimento (<i>no-show</i>) às consultas. Fato que eleva a procura por serviços de urgência e emergência, dispendiosos, e fragiliza a relação médico-usuário. Por vezes, a duração das consultas acaba excedendo o tempo previsto, pois os usuários trazem inúmeras demandas para serem resolvidas na preciosa vaga agendada com o médico. A complexidade existente na marcação das consultas resulta em ineficiência e propicia fraudes, por exemplo, o encaixe de usuários escolhidos pela equipe de recepção, seja por empatia ou parentesco. Ademais, a rotatividade dos recepcionistas é alta, por conta da insatisfação com o trabalho.</p>
Organização da agenda	<p>Adota-se um sistema de cores que identifica o tipo de consulta com cores diferenciadas. Assim, têm-se cores especificadas para demanda por condições crônicas, por condições agudas, rotina de seguimento, vagas reservadas pelo médico com recados do tipo “favor não mexer”, entre outras. Logo, trabalhar muitas categorias de agendamento pode-se tornar extremamente complexo, uma vez que cada profissional de saúde acaba adotando suas regras próprias, não-escritas.</p>

Tabela 5. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

MODELO CARVE-OUT ^{37,64,67}	
<p>Considerado uma evolução do modelo tradicional, é também chamado sistema de agendamento aberto (<i>open access system</i>) de primeira geração.⁶⁷ Referido como duas formas de agendamento combinadas:²⁹ agendamentos para o mesmo dia (<i>same day appointments</i>), para condições agudas, e consultas pré-agendadas (<i>prescheduled appointments</i>) para exames de rotina anuais, e monitoramento de condições crônicas.</p>	
Principais características	<p>Sistema de agendamento com reserva de vagas para consultas de urgência. Recomenda-se que se reserve aproximadamente um terço das vagas diárias para cuidados agudos em saúde. O profissional de saúde pode ainda mensurar o número ideal de vagas a serem reservadas diariamente, conforme apresentado na <i>organização da agenda médica</i>. Neste sistema, as consultas pré-agendadas são realizadas pelo MFC de referência do usuário, enquanto as consultas agendadas para o mesmo dia podem ser realizadas por outros médicos, de acordo com a disponibilidade na agenda destes profissionais. Desta forma, as condições agudas são compartilhadas de forma flexível entre a equipe médica de um mesmo serviço. O slogan deste sistema é “faça parte do trabalho de hoje, hoje”.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: Permite planejar o trabalho diário com antecedência. Além de possibilitar o oferecimento de cuidados estruturados para as condições crônicas de saúde e ainda atender as condições agudas.</p> <p>Desvantagens: erros na predição da demanda podem ocasionar o desperdício de vagas que não são preenchidas. Ademais, a reserva de vagas para cuidados agudos em saúde eleva o tempo de espera para outros agendamentos. Em resposta, pode haver uma pressão em usar as vagas reservadas para agendar consultas de seguimento. Este sistema tende a criar um terceiro tipo de agendamento, encaixe, para usuários que não preenchem critérios de demanda aguda, mas que não podem esperar até a próxima vaga de seguimento disponível. Por fim, os usuários acabam procurando o serviço no dia em que desejam ser vistos, prejudicando qualquer tentativa de previsão da demanda diária. Tais problemas, quando associados e não gerenciados, tendem a conduzir este sistema de agendamento, de forma natural, ao modelo tradicional.</p>
Organização da agenda médica	<p>Balashramanian²⁹ recomenda que a agenda típica de um MFC apresente as consultas pré-agendadas no início do período de trabalho, de maneira que as vagas reservadas para agendamento no dia possam ser preenchidas no decorrer da jornada de trabalho. A seguir apresentam-se duas formas de definir a proporção de reserva de vagas. Smoller,⁶⁸ a partir de estudo sobre procuras por consultas de demanda espontânea, percebeu que a cada 10.000 usuários, 55 procuram espontaneamente o serviço na segunda-feira, 50 na terça-feira e 45 de quarta a sexta-feira. Como este serviço contava com quatro médicos, toda segunda-feira cada médico reservava 14 vagas para estes atendimentos. O restante das vagas era agendado como no sistema tradicional. Knight e Lembke⁶⁴ apresentam uma proposta distinta, descrita por um sistema de pontuação análogo ao jogo de “golfe”, quanto menor é o score obtido, melhor o resultado. Detalhes são apresentados nos quadros 8 e 9.</p>

Tabela 5. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

MODELO AGENDAMENTO-DIA	
Murray ⁶³ denomina acesso por negativa (ou recusa), do inglês <i>access by denial</i> . Referido por Knight e Lembke ⁶⁴ (2013) como <i>book on the day</i> .	
Principais características	Neste sistema, todas as consultas disponíveis são oferecidas para aquele dia. Os usuários não podem marcar consulta com antecedência. Há um pico de marcação de consulta no período da manhã. Se o usuário solicita agendamento e não há mais vagas naquele dia, é orientado a tentar no dia seguinte.
Vantagens e desvantagens	Vantagens: deficientes, idosos e trabalhadores tem maior oportunidade em programar uma consulta quando comparado ao sistema de acesso aberto. Os médicos têm maior flexibilidade para contingências (situações imprevistas) durante o dia, pois usuários podem ser realocados com maior facilidade. Desvantagens: neste sistema resposta incoerentes podem ser ofertadas aos usuários, por exemplo: – “Sim, eu sei que são 16h30min da tarde, mas não posso agendá-lo para amanhã. Você terá que tentar agendar de novo, amanhã a partir das 08:00h”. Além disso, nesse sistema a garantia de cuidados estruturados de doenças crônicas torna-se difícil.
Organização da agenda	Não existe agenda pré-definida.

Tabela 5. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (continuação).

ACESSO ABERTO <i>(Open access)</i> ⁶⁴	
Principais características	<p>Não existem consultas agendadas. Os usuários chegam e aguardam até serem atendidos, podendo esperar por horas. Algumas adaptações são propostas para gerenciar situações inconvenientes e negativas, tais como: um sistema de ordenamento que ofereça aos usuários uma estimativa do horário de atendimento, permitindo que eles façam outras coisas e voltem no horário estimado; telefonar ou usar outra forma de comunicação para avisar o usuário da proximidade de seu horário de consulta; estabelecer estratégias para garantir a longitudinalidade do cuidado, com o médico de referência.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: o dia começa com todas as vagas para consultas disponíveis. O usuário sabe que vai ver o médico, mas precisa ser capaz de esperar. Os médicos trabalham em turnos, e sabem quando irão terminar seu trabalho. O tempo de consulta é flexível e pode, teoricamente, ser compatível com a demanda do usuário. Sugere-se escalar mais médicos nos horários identificados como de alta procura. Não há regras complicadas para agendamentos e triagens.</p> <p>Desvantagens: pessoas que trabalham e que dependem de outros para o transporte ou acompanhamento tendem a ser excluídas, uma vez que não conseguem programar o agendamento com antecedência. A “fila central”, gerada neste sistema, pode fazer com que os usuários percam a longitudinalidade com seu profissional de referência. Além disso, o serviço de saúde perde a capacidade de orientar os usuários sobre os intervalos de consulta adequados para sua situação de saúde, dificultando moldar a capacidade à demanda. Se a sala de espera está cheia, o profissional de saúde pode se sentir pressionado a reduzir o tempo de consulta, podendo não resolver todos os problemas do usuário; longos atrasos ocasionam insatisfação dos usuários.</p>
Organização da agenda	<p>Não existe agenda pré-definida.</p>

Tabela 5. Sistema de agendamento e variação de nomenclatura, características, vantagens, desvantagens e organização da agenda médica, 2017 (conclusão).

ACESSO AVANÇADO Descrito por Murray e Tantau ^{39,67} como <i>advanced access</i> ou <i>same-day appointment</i> , e classificado por esses autores como <i>open access system</i> de segunda geração. Referido como <i>advanced access</i> por Knight e Lembke. ⁶⁴	
Principais características	<p>O acesso avançado tem como princípio eliminar a distinção na qualidade assistencial entre consultas de urgência e de seguimento. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. No início do período, a maioria das vagas está livre, sendo uma inversão na proporção de consultas previamente agendadas segundo o modelo <i>carve-out</i>. Neste sistema, o slogan é: “façam todo o trabalho de hoje, hoje”. Toda a demanda poderá ser atendida no mesmo dia quando a capacidade de agenda é igual à demanda, e a terceira vaga disponível para agendamento é menor que um, não havendo acúmulo negativo de trabalho. Este sistema pressupõe o equilíbrio entre a oferta e a demanda. Os objetivos do acesso avançado são: iniciar o dia com vagas suficientes para suprir a demanda do dia; não fazer restrição em realizar agendamentos futuros necessários; priorizar a longitudinalidade.</p>
Vantagens e desvantagens	<p>Vantagens: os usuários ficam seguros em relação ao acesso oportuno ao seu médico de referência. Os cuidados agudos são tratados sem atrasos e com maior qualidade. Os usuários obtêm cuidados crônicos estruturados. O tempo de consulta varia conforme a necessidade do usuário. Tem potencial para melhorar as condições de trabalho dos profissionais e a experiência do usuário com o serviço de APS.</p> <p>Desvantagens: alguns pressupostos parecem sem sentido e exigem educação permanente, partilha de responsabilidades, disposição e comprometimento por parte da equipe de saúde, principalmente no período de implantação. Este sistema solicita um intervalo mínimo três meses para ser implantado, bem como mudanças estruturais para adequar a capacidade do serviço à demanda populacional. Alcançar o acesso avançado e mantê-lo ao longo do tempo requer liderança, apoio clínico e administrativo.</p>
Organização da agenda	<p>No início do trabalho, 65% a 75% das vagas da agenda devem estar completamente abertas, sendo que estes horários serão preenchidos no decorrer do dia. As consultas já agendadas estão reservadas para pessoas que não puderam ser atendidas no dia anterior ou que foram deliberadamente agendadas pelo médico (acúmulo de trabalho positivo), preferencialmente obedecendo a um critério claro partilhado com a equipe (agenda protegida para determinados casos).</p>

Os quadros 4 e 5 apresentam detalhes de como prever a demanda no modelo *carve-out* segundo Knight e Lembke.⁶⁴

Quadro 4. Cartão de escore para predição de demanda no modelo *carve-out*.⁶⁴

Semana 1	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
a) Vagas disponíveis para demanda espontânea no início do dia					
b) Número de consultas extras no final do dia					
c) Número de vagas não preenchidas					
d) Demanda não atendida.					
e) Seu escore = B - C + D					
f) Vagas para Demanda Espontânea = A + E					

Quadro 5. Como predizer o número de vagas no modelo *carve-out*.⁶⁴

Este sistema auxilia na predição do número correto de vagas de cada dia sem o trabalho de medir a demanda de cuidados agudos. Antes iniciar o trabalho, deve-se contar:
- O número de vagas disponíveis na agenda (= A para condições agudas)
Após o dia de trabalho, deve-se contar:
- O número de consultas que foram de encaixe (= B consultas extras)
- O número de vagas que não foram preenchidas (= C onde ninguém foi agendado - evento raro)
- O número de pessoas que foram embora sem serem atendidas (= D demanda não atendida)
Sua pontuação para o dia é: Número de consultas extras (B) - número de vagas que não foram preenchidas (C) + demanda não atendida (D)
Fazendo uma analogia ao jogo de golfe, temos (quanto menor a pontuação, melhor):
- Uma águia (<i>eagle</i>) é 0;
- Entre 1 e 3 é um <i>birdie</i> ;
- Um <i>par</i> é entre 4-6;
- Um <i>Bogye</i> é entre 7-9;
- Um <i>Bogye</i> duplo é a partir de 10.
Dicas para melhorar seu escore: O número de vagas que você precisa para obter zero no mesmo dia da semana em uma semana será:
- O número de vagas disponíveis na agenda no início do dia (A) + o seu escore para o dia (E): este é o número de vagas para demanda espontânea (eventos agudos);
- Esse número é incrivelmente consistente com a demanda de segunda a segunda-feira, de terça a terça-feira, etc.)

Maximize a efetividade do agendamento – exemplo de implantação do acesso avançado

Após a identificação do tipo de agendamento adotado no serviço de APS, a equipe deve verificar se convêm realizar mudanças organizacionais para melhorar a efetividade do agendamento atual ou se deseja migrar para outro modelo de agendamento.

Tendo em vista a notoriedade e o crescimento de experiências de implantação do acesso avançado no contexto da APS brasileira, optou-se por apresentar algumas dicas práticas para aqueles que desejam adotar este modelo.

É importante ressaltar que diversos estudos internacionais avaliam a efetividade do acesso avançado na APS. Contudo, revisão sistemática aponta a necessidade de desenhos mais robustos, como intervenções controladas, para assegurar resultados de efetividade.⁷⁰ Em geral, os estudos indicam que a implantação do acesso avançado nos serviços de APS tem contribuído para a diminuição significativa do tempo médio de espera por consulta médica,⁷⁰⁻⁷³ da taxa de absenteísmo^{70,71}, da satisfação da equipe⁷² e dos usuários,⁷⁴ sem, contudo, apresentar diferença no número de consultas,^{71,73} e na carga de trabalho.⁷⁵ Além disso, há uma carência de dados sobre desfechos clínicos e sobre o acompanhamento longitudinal dos pacientes.⁷⁰

Ressalta-se que a prefeitura municipal de Curitiba publicou em 2014 uma cartilha com o objetivo de estruturar a implantação do acesso avançado em sua rede de APS.⁷⁶ Esta cartilha descreve um passo a passo para as equipes mudarem do modelo tradicional ou do modelo *carve out* de agendamento para o acesso avançado.

Antes de iniciar a implantação do acesso avançado deve-se atentar para a observância de alguns princípios essenciais para o sucesso da intervenção, são eles:

- a) Moldar a demanda à capacidade do serviço;
- b) Definir um tamanho de painel adequado à realidade local^{vii};
- c) Desenvolver um plano de contingência.

Ademais, antes de decidir-se pelo acesso avançado os profissionais devem saber que:

- a) Durante o período de implantação, de três a quatro meses, haverá uma esperada intensificação da demanda, devido ao acúmulo das

^{vii} A capacidade dos profissionais manterem o acesso avançado, “fazendo o trabalho de hoje, hoje”, depende diretamente do tamanho do painel. Se o profissional tiver um painel de 500 usuários, pode fazer qualquer coisa. Mas se ele tiver um painel de 5.000, continuará desapontando os usuários (Murray e Tantau, 2000)³⁹.

consultas previamente agendadas, à ansiedade da população por garantir atendimento num momento de mudança de proposta, e à demanda que estava reprimida no modelo de agendamento anterior;

b) Após o processo de implantação o profissional não terá reduzido a quantidade diária de atendimentos, mas terá distribuído melhor os casos, de maneira que poderá perceber diminuição na carga de trabalho;

c) As consultas não agendadas deverão ser atendidas com a mesma qualidade das consultas agendadas, sem distinção;

d) Os profissionais devem diminuir o acúmulo de trabalho negativo, fazendo o máximo do trabalho diário possível no mesmo dia. Assim, garantem a capacidade máxima de agenda para o dia seguinte.

Tendo esclarecido estas questões, a seguir apresentam-se aspectos práticos no processo de implantação do acesso avançado:

a) Inicie pela busca de apoio para a mudança proposta (equipe gestora da atenção básica local, usuários e membros da equipe). Apresente a proposta da forma mais prática possível, esclareça as possíveis dificuldades a serem enfrentadas no início e divida responsabilidades;

b) Em seguida, defina, com os interessados, os casos que comporão a agenda protegida. Quais os casos que realmente necessitam ser pré-agendados, bem como a proporção que terão na agenda, variando de (10-35%)^{viii}, sendo que tal proporção pode ser adaptada com a experiência prática. Em geral, as equipes optam por pré-agendar a consulta de recém-nascido e puericultura até seis meses, pré-natal e puerpério, saúde mental, casos complexos, casos compartilhados com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{ix}, casos novos e, com menor frequência, usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM);

c) Gerencie a agenda de transição: procurando reduzir o acúmulo de trabalho negativo, minimizar as classificações de agendamento e reduzir a demanda desnecessária;

d) Reduza o acúmulo de trabalho negativo: consiste aqui na tarefa árdua de atender mais usuários diariamente por seis a oito semanas, a fim de diminuir os usuários que já estavam previamente agendados. É importante estabelecer uma data-alvo, a partir da qual não serão mais

^{viii} Esta proporção refere-se à porcentagem da agenda destinada às consultas clínicas individuais. A reserva de espaço na agenda destinado às outras atividades deve ser mantida, tais como, visita domiciliar, grupos de promoção à saúde, reunião de equipe.

^{ix} O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

agendados usuários que não se enquadram na agenda protegida. É importante também questionar a frequência das consultas de rotina (*check-up*) ou seguimento (*follow-up*), que por vezes possuem intervalos muito mais relacionados à cultura organizacional do que baseados em evidências;

e) Minimize as classificações de agendamento: procurar não classificar a agenda protegida, não incorrendo no risco de restringir inadvertidamente o acesso. Assim permanece apenas com dois tipos de demandas - espontânea e programada, que em termos de qualidade da abordagem profissional não se diferenciam;

f) Reduza a demanda de consultas desnecessárias: significa se livrar de consultas de pouco valor. Uma orientação é maximizar o tempo de consulta com cada usuário, tentando resolver o máximo de problemas em uma única consulta, reduzindo assim a possibilidade deste usuário retornar em um futuro próximo por questões mínimas. Recomenda-se ainda a adoção de outras modalidades de atendimento, como grupos e a utilização de modelos de cuidado de atenção às doenças crônicas. Outras maneiras de reduzir a demanda desnecessária foram apontadas anteriormente neste capítulo.

O próximo passo em destaque é o desenvolvimento de um plano de contingência. Este é um item essencial do acesso avançado, que pode ser modificado ao longo do tempo para atender à realidade local. Devem responder aos momentos de demanda excessiva e de ausência de profissionais no serviço. Cogite a possibilidade de desenhar um plano de contingência transicional, devido a intensificação da demanda durante o período de implantação do acesso avançado. Para elaboração do plano considere os recursos disponíveis, tais como profissionais folguistas, residentes que poderiam ser realocados eventualmente, possibilidade de realizar hora extra, entre outros.

Quando se toma a decisão de fazer o trabalho de hoje, hoje, o primeiro plano de contingência é a palavra “hoje”. Os serviços de saúde geralmente abrem às 08:00 da manhã e, de uma maneira geral, percebe-se o seguinte padrão de utilização: no turno da manhã, no início do período, ocorre uma maior frequência, que diminui a partir das 10:00h e, se o serviço de saúde permanece aberto durante o horário de almoço, diminui ainda mais. No turno da tarde ocorre um padrão de frequência semelhante ao do turno da manhã, porém com menor intensidade. A partir das 16:00h cai para aproximadamente 4% da demanda total do dia. O fato é que quando os profissionais de saúde vêem muitos usuários no final da tarde ou à noite é porque não conseguiram lidar com esta demanda durante o dia. Ressalta-se que o plano de contingência deve ser utilizado

em situações inesperadas, excetuando-se o período de implantação, se o uso de planos de contingência tornar-se frequente a capacidade do serviço deve ser reavaliada.

Na sequência, organize a recepção da demanda espontânea. Neste ponto, não se pode deixar de mencionar o acolhimento, diretriz da APS brasileira oficializada na Política Nacional de Humanização⁷⁷ e dispositivo indutor de modificações organizacionais, como a melhoria do acesso, do trabalho em equipe e da relação técnico-usuário.⁷⁸ O acolhimento foi uma iniciativa importante de melhoria de acesso e da interação serviços-usuários num contexto da APS brasileira onde havia predomínio da demanda programada devido a suas raízes históricas na APS seletiva. Contudo, alguns estudos sobre o acolhimento apontam que problemas com o acesso oportuno ainda são abordados tangencialmente⁷⁹, e que sua como ferramenta organizacional fragmenta o trabalho coletivo em diferentes parcelas, pois é executado por diferentes profissionais especializados em cada uma de suas respectivas funções no cumprimento desta tarefa,⁸⁰ podendo causar sofrimento ao trabalhador de saúde.^{78,80} Um dos principais problemas relacionado à incorporação desta diretriz no cotidiano laboral é a dificuldade em se traduzir uma proposta abstrata e genérica em ferramenta de organização dos serviços de saúde, condição que resultou inclusive na publicação dos cadernos de Atenção Básica nº 28, parte I e II.^{81,82}

Não se tem o intuito de aprofundar esta discussão neste capítulo. Contudo, a seguir apresentam-se algumas indicações práticas, que pelo fato de serem exclusivas de determinada parte do cuidado e de certa forma assumirem um caráter racionalizador de organização ao cuidado clínico, optou-se por diferenciá-la da proposta de acolhimento. Desta maneira, apresenta-se aqui uma forma prática de organizar a demanda espontânea dentro do modelo de agendamento do acesso avançado.

a) Cabe aos profissionais da recepção direcionar todas as pessoas que procuram atendimento no dia para suas próprias equipes (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), estando atentos para situações que precisem de intervenção imediata, e treinados para as possibilidades de manejo;

b) A recepção do usuário deve ser realizada preferencialmente por sua equipe de referência, por conta do vínculo estabelecido. Sugere-se ainda que seja realizada pelos técnicos de enfermagem, devidamente capacitados, considerando a necessidade de transferir do médico e enfermeiro funções que podem ser realizadas por outros profissionais, a fim de maximizar a capacidade de oferta em atendimento clínico;

c) Médico e enfermeiro devem oferecer retaguarda ao técnico de enfermagem;

d) Os técnicos de enfermagem devem ofertar horários ao usuário, ao invés de senhas, permitindo que faça outras coisas enquanto aguarda a consulta, e possibilitando uma sala de espera mais tranquila para a equipe desenvolver seu trabalho;

e) Os técnicos de enfermagem devem ter claro quais situações clínicas encaminhar para cada profissional. Se o NASF fizer parte do acesso avançado, geralmente um dia na semana variando as categorias profissionais disponíveis, os técnicos de enfermagem devem ter claro quais casos encaminhar para esta equipe;

f) Se o usuário não quiser ou não puder ser atendido no horário determinado, o técnico de enfermagem deverá questionar a possibilidade de retorno no dia seguinte, mantendo o objetivo de 48 horas do acesso avançado. Se a resposta for positiva já agenda o usuário, de maneira que no dia seguinte ele não precise retornar à recepção, podendo esperar próximo ao consultório, se for o caso, no horário designado. Se a resposta for negativa, peça que o usuário retorne na data que preferir, garantindo que será atendido no mesmo dia;

g) Nos serviços de APS que utilizam horários de atendimento diferenciados entre os profissionais da mesma equipe, organize a escala de maneira que sempre tenha alguém da equipe durante todo o horário funcionamento do serviço, possibilitando o fortalecimento do vínculo com a população e maior resolubilidade. Para tal sugere-se a ideia de *equipes irmãs*^x.

O próximo item a ser considerado na implantação do acesso avançado é a organização das consultas, seguem alguns apontamentos:

a) Em um serviço de APS com várias equipes, e com recepção única, se possível viabilize o maior número de consultas possíveis com os profissionais de referência do usuário, de maneira a garantir a longitudinalidade, prevenindo demandas aditivas, retornos ou encaminhamentos desnecessários.

b) Ao final da consulta os profissionais devem agendar os usuários que preenchem critérios para agenda protegida e combinar o intervalo de retorno com os demais usuários, sugerindo um intervalo de dias propício para voltarem ao serviço (corresponsabilização).

^x Equipes irmãs são equipes que alternam os horários dos médicos e enfermeiros, de modo a dar cobertura uma à outra, devem garantir que a equipe de enfermagem suporte estes profissionais, ainda que não pertençam à mesma equipe.

c) Recomenda-se ainda que o enfermeiro tenha um consultório próprio, de preferência disposto ao lado do consultório do médico de sua equipe, agilizando as interconsultas e facilitando o entendimento da vinculação para a equipe e para a população. Devem-se maximizar os espaços existentes e dar preferência ao uso das salas para os profissionais que fazem atendimento clínico, e que estão presentes a maior parte do tempo na UBS (médicos e enfermeiros).

O penúltimo item a ser abordado neste tópico é a organização do novo sistema de agendamento e da agenda dos profissionais:

a) Oferte consulta para o usuário no mesmo dia em que ele fizer contato solicitando o agendamento;

b) Permita que médicos e enfermeiros agendem os usuários quando julgarem clinicamente necessário (acúmulo positivo). Encoraje a eficiência e a continuidade dos profissionais que adotarem o acesso avançado protegendo suas agendas da demanda de outros colegas que não adotarem tal prática e estão saturados de usuários;

c) Ajuste a agenda para acomodar a demanda espontânea diária. Pode-se utilizar a base de cálculo proposta por Murray e Berwick³⁴ de 0,7 a 0,8% da população que procura atendimento diário no serviço de saúde. Logo, para uma população de 4.000 seriam necessárias 32 vagas diárias para consultas de demanda espontânea. Pode-se, ainda, ajustar este cálculo para a intensidade de uso da população assistida, que, entre os estudos avaliados, variou entre 40,3 e 74%.^{36,37} Sendo assim, teríamos:

Exemplo: $4.000 \times 0,74 = 2.960$ pessoas que efetivamente consultam no serviço de APS $\rightarrow 2960 \times 0,8 \approx 24$ vagas diárias para consulta de demanda espontânea.

Por fim, apresenta-se um modelo de organização de agenda médica e de enfermagem na APS que contempla as características do acesso avançado (Quadros 6.1 e 6.2).

Quadro 6.1. Modelo de organização da agenda do Médico de Família e Comunidade.⁸³

08:00 – 09:50	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
09:50 – Rápida			
10:00 – Consulta			
10:20 – Rápida			
10:30 – Rápida			
10:40 – Rápida			
10:50 – Rápida			
11:00 – Consulta			
11:30	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.)		
13:00 – 14:50	DEMANDA ESPONTÂNEA		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
14:50 – Rápida			
15:00 – Consulta			
15:20 – Rápida			
15:30 – Rápida			
15:40 – Rápida			
15:50 – Rápida			
16:00 – Consulta			
16:30	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.)		

Quadro 6.2. Modelo de organização da agenda do Enfermeiro.

08:00 – 10:00	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
10:00 – Consulta			
10:20 – Consulta			
10:40 – Consulta			
11:00 – Consulta			
11:20	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.) Reuniões / consultas pontuais		
13:00 – 15:00	Demanda espontânea		
HORÁRIO	NOME	DN	TEL./OBS.
15:00 – Consulta			
15:20 – Consulta			
15:40 – Consulta			
16:00 – Consulta			
16:20	Demandas administrativas (E-mail, retornar ligações, renovar receitas, etc.) Reuniões / consultas pontuais		

Finalizando este tópico seguem-se dicas diversas relacionadas ao processo de trabalho:

a) Gerencie a hiperutilização: é muito importante identificar os usuários hiperutilizadores e propor outras formas de abordagem, uma vez que o atendimento clínico individual parece não ser muito efetivo nestes casos. Talvez seja necessário o método clínico centrado na pessoa, envolvendo a equipe multiprofissional. Pensar em outras tecnologias de cuidado;

b) Crie mecanismo alternativo para checagem de exames, de maneira a liberar a agenda. Sugere-se que semanalmente os exames sejam checados, verifique os profissionais que podem realizar essa tarefa na equipe e que se responsabilizem pelo envio de comunicado aos usuários, informando sobre a normalidade dos resultados ou sugerindo uma data de consulta, caso não tenha, para receber seus resultados de exames (quando alterados);

c) Utilize os 30 minutos finais do período de trabalho para recuperar atrasos;

e) Se a equipe optar por não incluir na agenda protegida os usuários portadores de HAS e DM, deve prever um sistema de controle do intervalo de retorno esperado, fundamentado na classificação de risco clínico, que permita a busca ativa do usuário, caso ele não procure o serviço espontaneamente no período combinado.

Considerações finais

O reconhecimento de que o acesso à APS no Brasil ainda é insuficiente e que o acesso efetivo se dá pela utilização e não apenas pela disponibilidade de serviços, exige o manejo das barreiras que se impõe à acessibilidade e da incapacidade dos serviços de APS de oferecerem acesso oportuno. Assim, acredita-se que uma carteira de serviços ajustada às necessidades da população pode melhorar a satisfação dos usuários com a resolubilidade, se acompanhada de mecanismos que garantam o tempo oportuno. Fato que suscita a seguinte questão: Como equilibrar demanda espontânea e programática?

Neste capítulo, apresenta-se um modelo que oferece estratégias gerais, passíveis de modificar aspectos distintos do processo de trabalho nas equipes de APS e incrementar o acesso. Sugere-se a adoção de intervenções combinadas e ajustadas à realidade local.

A primeira estratégia ‘molde a demanda à capacidade’ oferece recursos para estimar a demanda e a oferta, visando posterior modelagem, de maneira a contribuir com a promoção da equidade de acesso entre

diferentes grupos populacionais. Bem como, apresenta alguns métodos para adequar o tamanho do painel. A literatura emergente e a experiência de políticas internacionais de saúde desencorajam um tamanho de painel padronizado para todos os MFC e profissionais de saúde. É claro que não se devem descartar as medidas e variáveis para determinar o tamanho do painel, mas os fatores contextuais devem ser utilizados para seu ajuste. Em resumo, sustenta-se que uma eSF deve ser responsável pelo maior número possível de usuários, desde que não implique em piora dos desfechos em saúde.

A segunda estratégia ‘reduzir o tempo de espera e a demora’ suscita a necessidade de redução dos acúmulos de trabalho negativo. Tal redução é abordada, principalmente, por meio da organização da agenda e gestão do tempo de consulta.

Na terceira estratégia ‘identifique o modelo de agendamento’ apresenta-se de forma sintética e organizada os principais modelos encontrados na literatura internacional, características, vantagens e desvantagens.

Na quarta e última estratégia ‘maximize a efetividade do agendamento’ apresenta-se dicas para implantação do acesso avançado, visto sua crescente notoriedade no país, pois permite um maior equilíbrio entre a capacidade de oferta e de demanda, além de diminuir o tempo de espera para consultas. Sabe-se que muitos serviços de APS têm implantado este sistema de agendamento de consultas, não sem esforço e com adaptações necessárias à realidade local.

Por isso, para modificar o sistema de agendamento, deve-se primeiramente verificar se há estrutura disponível para sustentá-lo por parte da equipe de saúde após o diagnóstico da realidade local. É preferível iniciar sempre por pequenas mudanças e discuti-las com a população assistida, uma vez que são as suas preferências e necessidades em saúde que orientam a oferta de serviços.

Espera-se que este capítulo suscite outras discussões, permita reflexões e aplicação prática das ferramentas oferecidas no contexto dos serviços de APS.

Referências

1. Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [atualizada em jun 2017; citado 20 jun 2017]. Cobertura da estratégia de Saúde da Família no Brasil; [1 tela].

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATOOL – Brasil. Brasília: (DF); 2010.

3. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004 Dec;19(4):303–17.

4. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Set [citado 20 jun 2017];28(9):1772-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>

5. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 20 jun 2017];24 Suppl 1:s148-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>

6. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013; [citado 2017 Jun 20]; 8(29):294-303. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828>.

7. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 18 jun 2015];19(4):1994-2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf

8. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidiao MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J. Epidemiol. Community Health*. 2010;64(12):1100-05.

9. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 24 jul 2017]; 33(2):e00184715. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>

10. Ryu J, Lee TH. The Waiting Game — Why providers may fail to reduce wait times. *N Engl J Med*. 2017 June 15;376:2309-11.
11. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7-28.
12. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. 1961. *Bull Med Libr Assoc*. 1996;73(1):187-212.
13. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001; 344:2021-25.
14. Takeda S. Acesso e utilização no serviço de saúde comunitária. Porto Alegre: Mimeo; 2012.
15. Gusso GDF, Lotufo P, Benseñor IM. Avaliação da probabilidade pré-teste em Atenção Primária à Saúde usando a Classificação Internacional de Atenção Primária 2 (CIAP-2). *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 22 abr 2013; [citado 20 jun 2017];8(27):112-20. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/713>.
16. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 19-32.
17. Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
18. Gusso GDF. *Necessidades do SUS e processos de geração de educadores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
19. Fernandes CLC. *Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
20. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):3025-36.
21. Silva KL, Seixas CT. *Atenção domiciliar: avanços e perspectivas para os sistemas públicos de saúde*, 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/atencaodomiciliar/files2013/12>.

22. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. 1st edition. Washington: The National Academy Press; 2003.
23. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2011;29(2):84-95.
24. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2015;24(1):165-79.
25. Comino EJ, Davies GP, Krastev Y, Haas M, Christl B, Fuler J, et al. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. *BMC Health Serv Res.* 21 nov 2012;12:415.
26. Rocha SA, Bocchi SCMB, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis [Internet].* 2016; [citado 20 jun 2017];26(1):87-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00087.pdf>
27. National Health Service (UK). Commissioning a new delivery model for an unscheduled care in London. London: NHS; 2011.
28. Kearney L, Fulbrook P. Open-access community child health clinics: The everyday experience of parents and child health nurses. *J. Child Health Care.* 2012;16(1):5-14.
29. Balasubramanian H, Biehl S, Dai L, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag. Sci.* 2014;17(1):31-48.
30. Balasubramanian H, Banerjee R, Denton B, Naessens J, Stahl J. Improving clinical access and continuity through physician panel redesign. *J. Gen. Intern. Med.* 2010;25(10):1109-15.
31. Ozen A, Balasubramanian H. The impact of case mix on timely access to appointments in a primary care group practice. *Health Care Manag. Sci.* 2013;16(2):101-118.
32. Morgan CL, Beerstecher HJ. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study. *Br. J. Gen. Pract.* 2011;61(589):e498-e507.

33. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of “same day” consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Cataloni. *J. Adv. Nurs.* 2011;67(8):1811-16.
34. Murray M, Berwick DM. Advanced Access Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *JAMA.* 2003;289(8):1035-40.
35. Gérvas J, Fabi LF. Gestión de la consulta. En: *Práctica Clínica en Medicina Familiar y Comunitaria*. Montevideo: Bibliométrica. A ser publicado 2017. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestio%CC%81n-final-final.pdf>
36. García Olmos L, Gérvas J, García Calleja A, López Ruiz A, Sánchez Rodríguez F, Palomo Cobos L. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. *Aten Primaria.* 1997;19:469-76.
37. Vidal TB. 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.
38. Ministério da Saúde (BR). Características dos Indicadores: fichas de qualificação [Internet]. Departamento de Informática do SUS. [citado 27 de junho de 2017]. Número de consultas médicas (SUS) por habitante: F.1 – 2012; [6 telas]. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/f-1/?l=pt_BR.
39. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50.
40. Rivera Casares F, Illana Mayordomo A, Oltra Benavent A, Narváez Hostaled M, Benlloch C, Rovira Peña B. Características de los Pacientes que no Utilizan las Consultas de Atención Primaria. *Gac Sanit.* 2000;14(2):117-21.
41. Gérvas J. Información en Medicina General. *Rev San Hig Públ.* 1992;66:179-85.
42. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians’ perspective. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Apr;108(15):255–61.
43. Santos AC. Parecer N° 009/2012 - CRM/PA - Processo consulta n° 437/2012 [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2012/9_2012.pdf.

44. Peterson L, Cochrane A, Bazemore A, Baxley E, Phillips RL Jr. Only one third of family physicians can estimate their patient panel size. *J Am Board Fam Med.* 2015;28(2):173-4.
45. Dahrouge S, Hogg W, Younger J, Muggah E, Russell G, Glazier RH. Primary care physician panel size and quality of care: a population based study in Ontario, Canada. *Ann Fam Med.* 2016;14(1):26-33.
46. Muldoon L, Dahrouge S, Russell G, Hogg W, Ward N. How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. *Healthc Policy.* 2012;7(4):26-34.
47. Arndt B, Tuan WJ, Schumacher J. Panel workload assessment in US primary care: accounting for non-face-to-face panel management activities. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(4):530-37.
48. Grumbach K, Olayiwola JN. Patient empanelment: the importance of understanding who is at home in the medical home. *J Am Board Fam Med.* 2015;28(2):170-2.
49. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag.* 2007 Apr;14(4):44-51.
50. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
51. Gusso GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
52. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med.* 9 jan 2012;10(5):396-400.
53. Muldoon L, Rayner J, Dahrouge S. Patient poverty and workload in primary care: study of prescription drug benefit recipients in community health centres. *Can Fam Physician.* 2013;59(4):384-90.
54. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição Brasil. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.
55. Weiner JP, Starfield BH, Powe NR, Stuart ME, Steinwachs DM. Ambulatory care practice variation within a Medicaid program. *Health Serv Res.* 1996;30(6):751-70.

56. Xue Y, Tuttle J. *Clinical Productivity of Primary Care Nurse Practitioners in Ambulatory Settings*. *Nurs Outlook*. 2016 Sep 22;65(2):162-71.
57. BMJ. Our partnership [Internet]. London: BMJ; [atualizada em 2017; citado 26 jun 2017]. Providing guidance to empower health teams globally; [7 telas] Disponível em: www.bmj.com/company/partner-with-us/providing--local-health-guidelines-to-improve-patient-care-in-south-africa.
58. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atenção Primária: começa projeto Pack Brasil. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis. [Citado 26 jun 2017]. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17245
59. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1625 de 10 de julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2007; 11 de julho. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.html
60. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP); Pimenta CA de M, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Edição revisada. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.
61. Weiland SA. Understanding nurse practitioner autonomy. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2015 Feb;27(2):95-104.
62. Kullgren JT, McLaughlin CG, Mitra N, Armstrong K. Nonfinancial barriers and access to care for U.S. adults. *Health Serv Res*. 2012;47(1 Pt 2):462-85.
63. Knight A, Lembke T. Appointments: getting it right. *Aust Fam Physician*. 2011;40(1-2):20-23.
64. Knight A, Lembke T. Appointment 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician*. 2013;42(1-2):152-56.
65. Gask L, Usherwood, T. ABC of psychological medicine. The Consultation. *BMJ*. 2002 Jun 29; 324(7353):1567-9.
66. Lopes JMC. Abordagem centrada na pessoa. In: Programa de atualização de medicina de família e comunidade (PROMEF). Org. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Ciclo 2,

módulo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda; 2007. p.109-44.

67. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q.* 1999;7(3):45-55.

68. Smoller M. Telephone calls and appointment requests. Predictability in an unpredictable world. *HMO Pract.* 01 Jun 1992 ;6(2):25-9.

69. Murray M. Improvement Blgo [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [atualizada 27 mai 2016; citado 20 jun 2017]. Improving Patient Access Doesn't Mean Increasing Workload. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [5 telas] Disponível em:

http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=254

70. 71. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011 Jul 11; 171(13):1150-9.

71. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician.* 2010 Sep;56(9):906-11.

72. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H, et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract.* 2007; 57(541):608-14.

73. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med.* 2004 May;36(5):341-5.

74. O'Hare CD, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. *Fam Pract Manag.* 2004 Feb;11(2):35-8.

75. Salisbury C, Banks J, Goodall S, Baxter H, Montgomery A, Pope C, et al; National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). An evaluation of Advanced Access in general practice: final report. Bristol: National Institute for Health Research (UK); 2007. Disponível em: <https://www.nihr.ac.uk/>

76. Wollmann A, Ros CD, Lowen IM, Moreira LR, Kami MT, Gomes MA, et al; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2014.

Disponível em:

http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005_06_14.pdf

77. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
78. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cienc saude colet.* 2012;17(8):2071-85.
79. Vieira-da-silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DV da S, Caputo MA, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. saude mater. infant.* 2010;10 supl. 1:S131-43.
80. Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu).* 2009;13(31):303-14.
81. Ministério da Saúde (BR). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
82. Ministério da Saúde (BR). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
83. Zonta, R. Modelos de Agenda do médico e enfermeiro do Centro de Saúde do Saco Grande. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. Ano 2016.

6 CONCLUSÃO

O reconhecimento de que o acesso à APS no Brasil ainda é insuficiente e que o acesso efetivo se dá pela utilização e não apenas pela disponibilidade de serviços, exige o manejo das barreiras que se impõe à acessibilidade e da incapacidade dos serviços de APS de oferecerem acesso oportuno. Assim, acredita-se que uma carteira de serviços ajustada às necessidades da população pode melhorar a satisfação dos usuários com a resolubilidade, se acompanhada de mecanismos que garantam o tempo oportuno. Fato que suscita a seguinte questão: Como equilibrar demanda espontânea e programada?

Para isto é necessário pensar em estratégias passíveis de modificar aspectos distintos do processo de trabalho nas equipes de APS e incrementar o acesso por meio da adoção de intervenções combinadas e ajustadas à realidade local. Na gestão e organização de demandas em APS, como na gestão de doenças, o planejamento e o desenho de um sistema racional na organização dos serviços de saúde podem resolver problemas de forma efetiva.

Ainda que a literatura emergente e a experiência de políticas internacionais de saúde desencorajem um tamanho de painel padronizado para todos os MFC e profissionais de saúde, não se deve descartar as medidas e variáveis para determinar o tamanho do painel. Contudo, fatores contextuais devem ser utilizados para seu ajuste. Desse modo, a melhor resposta para a pergunta ‘Uma equipe de Saúde da Família deve ser responsável por quantas pessoas?’ é ‘Pelo maior número possível, sem implicar em piora dos desfechos em saúde’.

Logo, antes da equipe de saúde identificar qual o modelo de agendamento que desejar adotar em seu serviço de saúde, deve-se primeiramente verificar se há estrutura disponível para sustentá-lo após o diagnóstico da realidade local. Logo, faz-se mister estudar não apenas suas características, mas também suas vantagens e desvantagens. É preferível iniciar sempre por pequenas mudanças e discuti-las com a população assistida, uma vez que são as suas preferências e necessidades em saúde que orientam a oferta de serviços.

Os resultados mostraram que existe uma relação positiva entre um formato de agenda mais flexível como no acesso avançado, e o escore médio geral da APS – medida da qualidade da APS – em Florianópolis. Quanto maior é o tempo de espera para o agendamento de consultas menor é o escore geral da APS na experiência dos usuários. Embora a literatura nacional e internacional seja escassa em correlacionar o acesso

avançado com melhoria da qualidade do cuidado e dos desfechos clínicos na APS, nosso estudo mostrou esta associação.

Além disso, mostrou-se também que grandes painéis estão inversamente relacionados a qualidade da atenção. Isso reforça a necessidade de se investir cada vez mais na expansão do número de equipes de Saúde da Família a fim de se diminuir o tamanho destes painéis, oportunizando assim melhores condições de trabalho para estas equipes e conseqüentemente uma maior qualidade da APS – ainda mais em contextos socioeconômicos mais adversos e iníquos como é o caso do Brasil.

Por fim, o acesso aos cuidados primários em saúde ainda é um problema muito importante no país e a forma de agendamento tem influência importante na percepção de seus usuários. Medir a relação entre intervenções e a presença e extensão dos atributos da APS como medida de qualidade é fundamental, ainda mais quando relacionadas a este atributo essencial da APS. Sem o acesso de primeiro contato, todos os demais atributos da APS elencados por Starfield inexistem.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES PÊGO, R.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 971–989, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400006&lng=es&tlng=es>. Acesso em: 7 ago. 2017.
- ALMEIDA, C. M. **A assistência médica ao trabalhador rural: FUNRURAL**, a história de uma política social. 1981. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, [s. l.], 1981.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- ALTSCHULER, J. et al. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. **Annals of family medicine**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. 396–400, 2012. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1400>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1–9, 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- ARNDT, B. et al. Panel workload assessment in US primary care: accounting for non-face-to-face panel management activities. *Journal of the American Board of Family Medicine*: **JABFM**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 530–7, 2014. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2014.04.130236>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, [s. l.], 1999. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/sus-18266>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BALASUBRAMANIAN, H. et al. Improving Clinical Access and Continuity through Physician Panel Redesign. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 25, n. 10, p. 1109–1115, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20549379>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BALASUBRAMANIAN, H. et al. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health care management science**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 31–48, 2014. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10729-013-9242-2>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BELARDI, F. G.; WEIR, S.; CRAIG, F. W. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. **Family medicine**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. 341–5, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129381>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BERRA, S. et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. **Revista Argentina de Salud Pública**, [s. l.], v. 2, n. 8, p. 6–14, 2011a. Disponível em: <<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 285, 2011b. Disponível em: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-285>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 7–11, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100001&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BMJ. Providing guidance to empower health teams globally | **BMJ**. 2017. Disponível em: <http://www.bmj.com/company/partner-with-us__trashed/providing-local-health-guidelines-to-improve-patient-care-in-south-africa/>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. [s. l.], p. 226–226, 1981. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-32534>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990. p. 15. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. **Descentralização das ações e serviços de saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. PORTARIA Nº 692 DE 25 DE MARÇO DE 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). **Diário Oficial da União** 60, DE 29/3/94, 1994. p. 3. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998. Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. PORTARIA/GM Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2006b: 21 ago. 2017.

_____. PORTARIA Nº 1.625 DE 10 DE JULHO DE 2007. **Diário Oficial da União**, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.html>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2010. p. 25. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011. p. 7. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. **IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. 2012a. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/index.html>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. **Cobertura - Fichas de Qualificação da RIPSAs** – 2012. 2012b. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/category/cobertura/?l=pt_BR>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. **Acolhimento à Demanda Espontânea** - Volume I. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. **Acolhimento à Demanda Espontânea** - Volume II - Queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. Política Nacional de Atenção Básica 2017. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, 2017b. p. 38. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2018

CAMACHO, J. G. Informacion en Medicina General. **Rev San Hig Públ.**, [s. l.], v. 66, n. 3–4, p. 179–185, 1992. Disponível em: <<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/08/informacion-en-medicina-general-1992.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CAMERON, S.; SADLER, L.; LAWSON, B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, [s. l.], v. 56, n. 9, p. 906–11, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20841595>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 7–28, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19180283>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social** - Google Livros. 1. ed. Rio de Janeiro: FASE, 1995. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Conselhos_de_saúde_no_Brasil.html?hl=pt-BR&id=GoxgAAAAMAAJ>. Acesso em: 7 ago. 2017.

CASARES, F. R. et al. Características de los Pacientes que no Utilizan las Consultas de Atención Primaria. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 117–121, 2000. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911100714440>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CASTRO, R. C. L. et al. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013b. Disponível em:

<<http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CLANCY, D. E. et al. Further Evaluating the Acceptability of Group Visits in an Uninsured or Inadequately Insured Patient Population With Uncontrolled Type 2 Diabetes. **Diabetes Educ.** [s. l.], v. 33, n. 2, p. 309-314, 2007. Disponível em: <<http://tde.sagepub.com/>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

COMINO, E. J. et al. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 415, 2012. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-415>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CONASS. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 18, n. supl, p. 191–202, 2002.

COREN. **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <www.coren-sp.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 1626–1633, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2017.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 94, n. 11, p. 1864–1874, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/pdf/0941864.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

Ciência e Saúde Coletiva, [s. l.], v. 16, n. Supl. 1, p. 1029–104, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

D'AVILA, O. P. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCATool): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 855–865, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300993>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

DAHROUGE, S. et al. Primary Care Physician Panel Size and Quality of Care: A Population-Based Study in Ontario, Canada. **The Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 26–33, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26755780>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde 1978, Alma-Ata. **Anais...** Alma-Ata Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16279964>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação social. In: CEBES (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 979–1010.

FABRELLAS, N. et al. Nurse management of “same day” consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. **Journal of advanced nursing**, [s. l.], v. 67, n. 8, p. 1811–6, 2011. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação de Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. l.], 2013. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/79591>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria SS/GAB nº 283/2007**. Política Municipal de Saúde no Município, centrada na Estratégia de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p. 1–16. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=5>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. **População 2012** (rendimento/raça). 2012. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/2012r/uls_2012_index.php>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. **Rede Docente Assistencial** - Apresentação. 2017. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial+++apresentacao>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

GASK, L.; USHERWOOD, T. ABC of psychological medicine. The consultation. **BMJ** (Clinical research ed.), [s. l.], v. 324, n. 7353, p. 1567–9, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12089097>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

GÉRVAS, J.; FABI, L. F. Gestión de la consulta. In: **Práctica Clínica en Medicina Familiar y Comunitaria**. 1. ed. Montevideo: Bibliométrica, 2017.

GIOVANELLA, L. Primary care in European Union countries: configurations and organizational reforms in the 1990s. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. **Estudo de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório final: Florianópolis. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, 2009b.

Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Avaliacao_ESF_Florianopolis.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 575–626.

GIRADE, H. A. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. p. 146.

GREEN, L. A. et al. The Ecology of Medical Care Revisited. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 2001. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430334>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

GRUMBACH, K.; OLAYIWOLA, J. N. Patient empanelment: the importance of understanding who is at home in the medical home. *Journal of the American Board of Family Medicine* : **JABFM**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 170–2, 2015. Disponível em:
<<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2015.02.150011>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

GUSSO, G. D. F. **Necessidades do SUS e processos de geração de educadores**. Brasília: Departamento de Gestão e de Educação em Saúde, Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária**: 2 edição (CIAP-2). 2009. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciência Médicas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____; LOTUFO, P.; BENSEÑOR, I. M. Avaliação da probabilidade pré-teste em Atenção Primária à Saúde usando a Classificação Internacional de Atenção Primária 2 (CIAP-2). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 8, n. 27, p. 112–120, 2013. Disponível em:
<<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/713>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 6, n. 156, p. 1–17, 2006a. Disponível em:
<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Harzheim_2006.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2017.

_____. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. **O Público e o Privado na Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

IBGE. Cidades. Infográficos. Santa Catarina. Florianópolis. **População**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina%7Cflorianopolis%7Cinfogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. Santa Catarina. Florianópolis. **Infográficos**: evolução populacional e pirâmide etária. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/9D3>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

KEARNEY, L.; FULBROOK, P. Open-access community child health clinics: the everyday experience of parents and child health nurses. **Journal of child health care**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 5–14, 2012.

Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493511419874>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

KLOETZEL, K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: DUNCAN, B. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. [s.l: s.n.], p. 107–117.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments - getting it right. **Australian family physician**, [s. l.], v. 40, n. 1–2, p. 20–3, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21301688>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. Appointments 101 – how to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 152–6, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529528>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

KOCH, K. et al. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. **Deutsches Ärzteblatt international**, [s. l.], v. 108, n. 15, p. 255–61, 2011a. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3088170&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

KULLGREN, J. T. et al. Nonfinancial Barriers and Access to Care for U.S. Adults. **Health Services Research**, [s. l.], v. 47, n. 1pt2, p. 462–485, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22092449>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Social capital and health councils in Brazil. A virtuous circle? **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 18, n. Suplemento, p. 47–55, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13792.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

LAKHANI, M.; BAKER, M.; FIELD, S. **Future direction of General Practice**: A roadmap. 1. ed. London: Royal College of General Practitioners, 2007. Disponível em: <<http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/future-direction-of-general-practice-a-roadmap.aspx>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

LANDSBERG, G. A. P. et al. Analysis of demand for family medical care in Brazil using the International Classification of Primary Care. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 3025–3036, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

LEIYU, S.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, [s. l.], v. 50, n. 2, 2001.

LÉVESQUE, J. F. et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 13, p. 20, 2012.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353250/pdf/1471-2296-13-20.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LOPES, J. M. C. Abordagem centrada na pessoa. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Programa de atualização de medicina de família e comunidade** (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007. p. 109–144.

LUBE GUIZARDI, F. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde 1. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 15–39, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; DE SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 167–177, 2007. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____; MONTENEGRO, H.; NEBOT, C. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. 1. ed. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2005. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Managed care**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 44–8, 2009. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19569570>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 365–371, 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MASSERIA, C. et al. **Primary care in Europe**. The London School of Economics and Political Science, [s. l.], p. 42, 2009.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 841–850, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300019&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2010. Disponível em:

<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

_____. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família em Florianópolis**. 2017. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MIRANDA, A. S. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 22, p. 186–192, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485420>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Progress and challenges facing user acceptance in the implementation and qualification of the Unified Health System in Primary Healthcare: a review of the bibliographical output in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 795–806, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2017.

MORGAN, C. L.; BEERSTECHEER, H. J. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: an observational study. **British Journal of General Practice**, [s. l.], v. 61, n. 589, p. 498–507, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21801562>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MULDOON, L. et al. How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. **Healthcare policy**. Politiques de sante, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 26–34, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634160>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____.; RAYNER, J.; DAHROUGE, S. Patient poverty and workload in primary care: study of prescription drug benefit recipients in community health centres. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 384–90, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23585609>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Redefining open access to primary care. **Managed care quarterly**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 45–55, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10620958>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. _____. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, [s. l.], v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11183460>>

MURRAY, M. **Improving Patient Access Doesn't Mean Increasing Workload**. 2016. Disponível em: <http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=254>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, [s. l.], v. 289, n. 8, p. 1035–40, 2003.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597760>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____; DAVIES, M.; BOUSHON, B. Panel size: how many patients can one doctor manage? **Family practice management**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 44–51, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17458336>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

NETO, J. S. M. et al. Conferências de Saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Sa. de em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 30, n. 73/74, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309010>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

NHS. Commissioning a new delivery model for unscheduled care in London. London: NHS, 2011. Disponível em: <<http://www.londonprogrammes.nhs.uk/wpcontent/uploads/2011/03/Unscheduled-care-commissioning-model.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 165–179, 2015a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: _____. _____. _____. **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152–179.

O'HARE, C. D.; CORLETT, J. The outcomes of open-access scheduling. **Family practice management**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 35–8, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15011480>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OLMOS, L. G. et al. Episodes of illness attended by general/family doctors, in function of the demographic context (I). Morbidity. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 19, n. 9, p. 469–476, 1997. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-episodios-enfermedad-atendidos-medicina-general-de-14556>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do Que Nunca**. Genebra. 2008. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA 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, D.C: OPAS, 2005.

OZEN, A.; BALASUBRAMANIAN, H. The impact of case mix on timely access to appointments in a primary care group practice. **Health care management science**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 101–18, 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10729-012-9214-y>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

PASARÍN, M. I. et al. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. **Aten Primaria**, [s. l.], v. 39, n. 8, p. 395–403, 2007. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/sebin/g/g/2007_AP_Pasarin.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PENN, L. D. et al. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1920 (Lord Dawson of Penn). Disponível em: <<https://www.sohealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

PETERSON, L. E. et al. Only one third of family physicians can estimate their patient panel size. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 173–4, 2015. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2015.02.140276>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PIOLA, S. F. et al. **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS). [s.l.]: CEPAL, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/1349>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

POLI, P. **O Centro de Saúde Ingleses**: breve histórico sobre o modelo de atenção: CSIngleses431. 2011. Disponível em: <<https://csingleses431.webnode.com.br/news/o-centro-de-saude-ingleses-breve-historico-sobre-o-modelo-de-atencao/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

PRATES, M. L. et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1881–1893, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

PROTASIO, A. P. L. et al. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 87–111, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00087.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ROSE, K. D.; ROSS, J. S.; HORWITZ, L. I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Archives of internal medicine**, [s. l.], v. 171, n. 13, p. 1150–9, 2011. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3154021&ool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 29 maio. 2013.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud, 2008. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, [s. l.], n. 1:2, 2008.

ROWAN, M. S. et al. Upholding the Principles of Primary Care in Preceptors' Practices. **Family Medicine**, [s. l.], v. 34, n. 10, p. 744–749, 2002. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Rowan_2002.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

RYU, J.; LEE, T. H. The Waiting Game: Why Providers May Fail to Reduce Wait Times. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 376, n. 24, p. 2309–2311, 2017. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1704478>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SALISBURY, C. et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. **The British journal of general practice**, [s. l.], v. 57, n. 541, p. 608–14, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688754>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____ et al. **An evaluation of Advanced Access in general practice**. Bristol. Disponível em: <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1310-070_V01.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

SANTOS, A. C. **Parecer Consulta Nº 009/2012 – CRM/PA**. Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará, 2012a. p. 1–7. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2012/9_2012.pdf>. Acesso em: 21 ago. 017.

SCHOLZE, A. S.; JUNIOR, C. F. D. S.; FLORES; Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity? **Interface**, [s. l.], v. 13, n. 31, p. 303–3014, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

SCHRAIBER, L. B. Programação em Saúde e Organização das Práticas: Possibilidades de Integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: _____. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 11.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Programação Pactuada e Integrada**. 2018. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6361%25ppi-ambulatorial-julho-2018&Itemid=133>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Territorialização**. Florianópolis, 2007. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. **Oficina de acesso na atenção primária à saúde.**

Florianópolis, 2011a. Disponível em:

<<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina¬i=4124>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

_____. **II Oficina sobre acesso na atenção primária à saúde.**

Florianópolis, 2011b. Disponível em:

<<http://acessopmf.blogspot.com/2011/12/?m=1>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

_____. **População.** Florianópolis: 2012. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/2012r/uls_2012_index.php

_____. **Mapoteca digital.** Florianópolis, 2012. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=mapas+antigos&menu=6&submenuid=154>

_____. **Atenção Primária:** começa projeto Pack Brasil. Florianópolis, 2016a. Disponível em:

<<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17245>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. Política Municipal de Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial do Município**, Florianópolis, 2016b. p. 106. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2018.

_____. **Salas de Situação.** Florianópolis, 2018. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=salas+de+situacao&menu=4&submenuid=152>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SHI, L. et al. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. **Southern Medical Journal**, [s. l.], v. 96, n. 8, p. 787–795, 2003.

_____; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, [s. l.], v. 50, n. 2, 2001. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Shi2001.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SILVA, K. L. et al. Home care as change of the technical-assistance model. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 1–10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_18.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 991–1004, 2011.

SMOLLER, M. Telephone calls and appointment requests. Predictability in an unpredictable world. **HMO practice**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 25–9, 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10119852>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: CEBES (Ed.). In: GIOVANOLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627–673.

SOUZA, R. A. F. **Relato de um médico de família e comunidade de Nata/RN sobre os CS Ingleses e CS Santinho**. 2012. Disponível em: <<https://csingleses431.webnode.com.br/news/relato-de-um-medico-de-familia-e-comunidade-de-natal-rn-sobre-os-cs-ingleses-e-santinho/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

STARFIELD, B. et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **The Journal of Family Practice**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 216–226, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519019>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

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

TAKEDA, S. **Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária**. Porto Alegre: Mimeo, 2012.

_____. **A organização de serviços de atenção primária à saúde**. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. [s.l.: s.n.], p. 19–32. 2013.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], n. 25, p. 209–213, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200017&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2017.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, s. 3, p. 3615-3624, 2010.

_____.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 869–883, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2016.

TSAI, J. et al. Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences: A Cross-Sectional Survey of Patients From a Taiwanese Community. **Medical Care**, [s. l.], v. 48, n. 7, 2010. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/Tsai_Usual_Source_2010.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

TUDOR HART, J. The Inverse Care Law. **The Lancet**, [s. l.], v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067367192410X>>. Acesso em: 28 maio. 2018.

VAN DEN BRINK-MUINEN, A.; CORRIGAN, J. **Priority areas for national action: transforming health care quality**. 1. ed. [s.l.]: National Academies Press, 2003. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Priority_Areas_for_National_Action.html?id=2BOdAgAAQBAJ&source=kp_cover&redir_esc=y>. Acesso em: 21 ago. 2017.

VAN STRALEN, C. J. et al. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. Suppl 1, p. S148–S158, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

VIDAL, T. B. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. l.],

2013. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/87111>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

VIEIRA DA SILVA, L. M. et al. Evaluation of the implementation of a program aiming to improve accessibility and humanization for primary health care users. Salvador, Brazil, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. S131–S143, 2010a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

_____. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **Journal of epidemiology and community health**, [s. l.], v. 64, n. 12, p. 1100–5, 2010b. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.2009.097220>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

VILLALBÍ, J. R. et al. Evaluación de la atención primaria de salud. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 382–385, 2003. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A181.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

WEILAND, S. A. Understanding nurse practitioner autonomy. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 95–104, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24700608>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

WEINER, J. P. et al. Ambulatory care practice variation within a Medicaid program. **Health services research**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 751–70, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8591928>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The Ecology of Medical Care. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 265, n. 18, p. 885–892, 1961. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14006536>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. 1 ed. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba;

Departamento de Atenção Primária à Saúde; Coordenação do Acesso e Vínculo. 2014. Disponível em:

<[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha acesso avançado 05_06_14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha_acesso_avançado_05_06_14.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

WONG, S. Y. et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/397>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

XUE, Y.; TUTTLE, J. Clinical productivity of primary care nurse practitioners in ambulatory settings. **Nursing Outlook**, [s. l.], v. 65, n. 2, p. 162–171, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27773346>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ZONTA, R. **Modelos de Agenda do médico e enfermeiro do Centro de Saúde do Saco Grande**. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. Ano 2016.

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA (continua)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso avançado e qualidade da atenção primária: uma análise multinível

Pesquisador: CHARLES DALCANALE TESSER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56667416.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.635.663

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "Acesso avançado e qualidade da atenção primária: uma análise multinível" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); orientado por CHARLES DALCANALE TESSER. Este projeto possui como centro coparticipante a prefeitura de Florianópolis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo Geral: Avaliar se as Equipes de Saúde da Família que promovem Acesso Avançado apresentam um maior escore em Atenção Primária à Saúde, tanto nos Atributos Essenciais quanto nos Derivados, e da Satisfação do Usuário, em comparação com as equipes que não apresentam tal forma de acessibilidade organizacional.

Objetivo Secundário:

Objetivos Específicos: a) Avaliar os Essenciais e Derivados dos Serviços de Atenção Primária à Saúde e a Satisfação do Usuário no município de Florianópolis; b) Avaliar a Satisfação dos Usuários dos serviços de Saúde de Atenção Primária no município de Florianópolis: objetiva avaliar a satisfação do usuário em relação a diferentes aspectos do atendimento médico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O Presente estudo não apresenta riscos para as pessoas pois se dará através de aplicação

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401	
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA (continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.635.663

de instrumento - questionário de qualidade da atenção primária 'a saúde - PCATool.

Embora conste no Relatório de Pesquisa que não há riscos oriundos dessa pesquisa, é necessário considerar que de acordo com a Res. CNS 466/12 sempre há riscos nas pesquisas que envolvem seres humanos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

Benefícios:

Avaliar os serviços de saúde da rede publica municipal no distrito Sanitário Norte na ótica dos usuários destes serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo Transversal a ser realizado em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, onde será aplicado instrumento de avaliação da Atenção Primária aos adultos maiores de 18 anos de idade, descritos às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS do município. A seleção dos dados sobre a forma de acesso - acessibilidade organizacional - da Equipe de Saúde da Família se dará através de contato direto do pesquisador com os profissionais de saúde da ESF local, utilizando informantes-chave. A satisfação dos usuários será medida por um questionário validado no Brasil, composto de 12 questões referentes a distintos aspectos relacionados à última consulta. Esse instrumento é constituído de respostas tipo Likert de 1- 5, representadas por figuras de faces com cinco expressões distintas de satisfação ("muito bom - A", "bom - B", "regular - C", "ruim - D" e "muito ruim -E"). Os entrevistados serão convidados a responder as perguntas baseando-se na sua experiência da última consulta na rede de atenção primária de Florianópolis nos 12 meses anteriores à entrevista. Os aspectos a serem avaliados são: facilidade de acesso à consulta, tempo despendido na sala de espera, cordialidade por parte da recepção, cordialidade do profissional, atenção dada às queixas, impressão do exame clínico, confiança despertada pelo profissional, confiança na receita, explicações do medico com respeito à doença, explicações quanto ao prognostico, satisfação com o agendamento e avaliação geral da consulta. Plano amostral: Serão aplicados 594 questionários do PCATool e de Satisfação do Usuário à população maior de 18 anos à população descrita às áreas cobertas pela rede pública de APS municipal. Critérios de Inclusão: Serão incluídos os adultos maiores de 18 anos de idade, descritos às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS do município. Critérios de Exclusão: Serão excluídas do estudo participantes menores de 18 anos ou maiores de 18 anos que não tenham condições de responder, na ótica do entrevistador, ao questionários aplicados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA (continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.635.663

Diante do exposto e observando os resultados dos muitos trabalhos sobre acesso em Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, e o Acesso Avançado realizado por algumas Equipes de Saúde da Família neste município, se realizará a aplicação do PCATool com o objetivo de avaliar se as Equipes de Saúde da Família que promovem Acesso Avançado apresentam um maior escore em Atenção Primária à Saúde, tanto dos atributos essenciais quanto dos derivados, comparado às outras equipes da ESF que não utilizam tal sistema de agendamento de consultas. (N=594)

Será utilizado fonte de dados secundários provenientes do INFOSAÚDE – sistema informatizado de saúde utilizado pela SMS de Florianópolis – do período de 1 (um) ano. Serão incluídos no estudo todos os onze Centros de Saúde do DSN no período analisado. Os dados referentes à presença de Áreas de Interesse Social (AIS) serão obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde da SMS de Florianópolis. Por sua vez, os dados referentes às formas de acesso de agendamento médico de consultas serão obtidos mediante

contato pessoal ou telefônico do pesquisador com os profissionais dos respectivos CS, utilizando informantes-chave que saibam como se dá o sistema de agendamento médico no CS no período avaliado. Os sistemas de agendamento serão subdivididos em quatro tipos: 1) Acesso avançado; 2) Sistema de agendamento com distribuição de número de vagas Semanal; 3) Sistema de agendamento com distribuição de número de vagas Quinzenal; 4) Sistema Tradicional de agendamento médico. Os outros dados secundários extraídos do INFOSAÚDE serão: a) População por área adscrita do Centro de Saúde; b) Número de Equipes de Saúde da Família por Centro de Saúde; c) Presença de Áreas de Interesse Social; d) Número de Consultas Médicas por ano; e) Número de Pessoas Atendidas por ano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram atendidas.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a proposta apresentada se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminho voto favorável à Aprovação do Projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA (conclusão)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.635.663

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_730786.pdf	01/07/2016 14:08:58		Aceito
Outros	CartaRespostaasPendencias.docx	01/07/2016 14:08:37	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito
Outros	QuestionarioEntrevistaPesquisa.docx	01/07/2016 12:05:21	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreEsclarecido.docx	01/07/2016 12:02:52	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoTeseDoutoradoTiagoBarravidal.docx	02/06/2016 12:21:35	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_pmf_cep.pdf	02/06/2016 11:53:09	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_cep.pdf	02/06/2016 11:50:29	TIAGO BARRA VIDAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Julho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO (continua)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

– Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

– Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

– Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____

(“ nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATOOL-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO					
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto					
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D11 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
D - LONGITUDINALIDADE					
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.					
Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:					
(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 – Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 – Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 – Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.					
Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 – Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA PCATOOL-BRASIL VERSÃO ADULTO
(continuação)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO (conclusão)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>