

Mayra Gonçalves Aragón

**DESAFIOS À AMPLIAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Coletiva.
Orientador: Prof. Dr. Charles
Dalcanale Tesser

Florianópolis
2018

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

Aragón, Mayra Gonçalves

Desafios à ampliação do acesso na atenção primária à
saúde / Mayra Gonçalves Aragón ; orientador, Charles
Dalcanale Tesser, 2018.

172 p.

Dissertação (mestrado) - 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. Sistema Único de Saúde. 3.
Atenção primária à saúde. 4. Acesso aos serviços de
saúde. 5. Acolhimento. I. Tesser, Charles
Dalcanale. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Mayra Gonçalves Aragón

**DESAFIOS À AMPLIAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de dezembro de 2018.

Prof.^a Marta Inez Machado Verdi, Dr.^a
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva

Banca Examinadora:

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

Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Tiago Barra Vidal, Dr.
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Este trabalho é dedicado aos meus
queridos pais.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação não seria possível sem a colaboração de diversas pessoas. Assim, gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para que esse trabalho se tornasse realidade.

Aos meus pais Luis Eduardo Aragón Vaca e Sônia Maria Gonçalves Aragón, pelo exemplo de perseverança e coragem. Dedico a vocês esta conquista.

Ao meu irmão Luis David Gonçalves Aragón, cunhada Monica Lúcia Santos de Castro Aragón e prima Deissy Cristina Perilla Daza, por todo apoio e força que recebi durante toda jornada.

Ao meu orientador Professor Charles Dalcanale Tesser, por toda disponibilidade e entusiasmo. Muito obrigada pelo apoio e correções durante todo o processo deste trabalho. Agradeço a oportunidade de usufruir de seu exemplo de humildade e generosidade acadêmica.

A todos os meus colegas e amigos, por todo incentivo e apoio, sem vocês não chegaria até aqui.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) posiciona a Atenção Primária a Saúde (APS) como ordenadora do sistema público de saúde brasileiro, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu modelo organizativo preferencial. A APS tem como atributo essencial o acesso, pré-requisito para os outros atributos como integralidade e equidade: o bom acesso ou o acesso oportuno é aquele em que o usuário consegue o cuidado quando dele necessita. Essa pesquisa investigou a experiência de profissionais da ESF selecionados por terem participado de processos de ampliação do acesso nos seus centros de saúde (CS), focando nas facilidades e barreiras presentes nesse processo. Realizou-se um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis-SC, cuja rede de serviços de APS é formatada via ESF. Na análise temática das entrevistas, emergiram três polos temáticos: “Papel dos Profissionais”, “Questões organizacionais” e “Papel da Gestão”. O primeiro revelou a grande importância dos processos internos das equipes, mostrando que características dos profissionais e suas inter-relações apresentaram forte influência na ampliação do acesso. Os médicos(as) e enfermeiros(as) são figuras chaves, cujo protagonismo e parceria foram fundamentais para mudanças nos processos de trabalho e sua manutenção. A relação entre profissionais de diferentes equipes dentro de um CS também foi importante (como facilitadora ou obstáculos). A formação pós-graduada específica em APS teve grande relevância para motivação profissional em ampliar o acesso, principalmente a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), assim como uma forte atuação clínica da enfermagem aumentou de forma consistente o acesso. Um fator dificultador da ampliação do acesso foi a heterogeneidade de entendimento dos profissionais e coordenadores sobre como deve ser o acesso e sua importância na APS. Quanto às “Questões organizacionais”, destacou-se a importância do vínculo com uma população definida, ligando acesso com longitudinalidade do cuidado; a importância do manejo do tempo, devido à necessidade de priorizar a agenda para a assistência e de aperfeiçoar a habilidade de realizar consultas mais eficientes; espaços protegidos para reuniões, para articular as mudanças nos processos de trabalho; as tecnologias de comunicação, para tornar mais ágil a comunicação entre os profissionais, aprimorar as formas de agendamento e melhorar o contato com os usuários (e-mail, telefone e

aplicativos de bate-papo). No polo “Papel da Gestão”, os coordenadores locais demonstraram ter grande importância para auxiliar (ou ser um obstáculo) nos processos de ampliação de acesso. Quanto à gestão municipal, foi unânime a percepção de seu pouco apoio nos processos internos de mudanças das equipes e CS, e da falta de alguma recompensa ou cobrança institucional para ampliar o acesso, que poderia facilitar os processos locais. Em consonância com a literatura, dois fatores estruturais básicos foram identificados como limitadores da ampliação do acesso: adequação de recursos humanos (equipes completas) e dimensionamento populacional das equipes, dependentes da gestão municipal. Ambos influenciam a capacidade das equipes e comumente favorecem a sobrecarga dos profissionais que trabalham na APS.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) places Primary Health Care as the provider of the Brazilian public health system, through the Family Health Strategy (ESF), its preferred organizational model. The essential attribute of Primary Health Care is access, a prerequisite for other attributes such as integrality and equity: good access or timely access is one in which the user can obtain care when needed. This research investigated the experience of ESF professionals selected for having participated in processes of increasing access in their health centers (CS), focusing on the facilities and barriers present in this process. A qualitative study was carried out through semi-structured interviews with 20 professionals and managers of the Municipal Health Department (SMS) of Florianópolis-SC, whose network of Primary Health Care services is formatted via ESF. In the thematic analysis of the interviews, three thematic poles emerged: "Role of Professionals", "Organizational Issues" and "Role of Management". The first one revealed the great importance of the internal processes of the health teams, showing that the characteristics of the professionals and their interrelationships had a strong influence on the expansion of access. The doctors and nurses are key figures, whose role and partnerships were fundamental for changes in work processes and their maintenance. The relationship between professionals from different health teams within a CS was also important (as facilitator or obstacles). The specific post-graduate training in Primary Health Care had great relevance for professional motivation in increasing access, especially to the residency in Family and Community Medicine (MFC), as well as a strong clinical practice of nursing has consistently increased access. A factor that made access more difficult was the heterogeneity of the understanding of the professionals and coordinators about how access should be and its importance in Primary Health Care. Regarding the "Organizational issues", the importance of the bond with a defined population was highlighted, linking access with longitudinality of care; the importance of time management, due to the need to prioritize the agenda for assistance and to improve the ability to conduct more efficient consultations; protected spaces for meetings, to articulate changes in work processes; communication technologies, to streamline communication among professionals, improve scheduling and improve contact with users (email, phone, and chat applications). In the "Role of

Management" area, the local coordinators have demonstrated great importance in helping (or being an obstacle) in the processes of access expansion. Regarding municipal management, there was a unanimous perception of their lack of support in the internal processes of team and CS changes, and the lack of any institutional reward or fee to expand access that could facilitate local processes. In agreement with the literature, two basic structural factors were identified as limiting the access expansion: adequacy of human resources (complete health teams) and population dimensioning of the health teams, dependent on municipal management. Both influence the capacity of teams and commonly favor the overload of professionals working in Primary Health Care.

Key words: Collective Health; Unified Health System; Primary Health Care; Access to health services; reception

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desafios da ampliação do acesso na APS	52
Figura 2 – “Papel dos Profissionais” e suas categorias	53
Figura 3 – “Questões organizacionais” e suas categorias.....	84
Figura 4 – “Papel da Gestão” e as sus categorias	95
Figura 5 – Polos temáticos e as suas categorias	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição segundo categoria profissional, gênero e faixa etária de profissionais participantes entrevistados – SMS Florianópolis	33
Tabela 2 – Descrição de tempo atuando na APS e tempo atuando na eSF atual entre os profissionais da ESF entrevistados – SMS Florianópolis	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
BMJ - British Medical Journal
EPA - Enfermagem com Práticas Avançadas
EPI - Equipamento de Proteção Individual
eSF - equipe de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
CS - Centro de Saúde
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MFC - Medicina de Família e Comunidade
PAC - Programa de Agentes Comunitários
PACK - Practical Approach to Care Kit
PCATool - Primary Care Assessment Tool
PICS - Práticas integrativas e complementares
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPGSC - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PSF - Programa de Saúde da Família
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NP - Nurse Practitioner
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
RH - Recursos Humanos
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SF - Saúde da Família
SUS - Sistema Único de Saúde
TCI - Team Climate Inventory
TE - Técnico de enfermagem
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.1	OBJETIVO ESPECÍFICOS	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
3.1	O CONCEITO DE ACESSO	29
3.2	MODELOS DE AGENDAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	30
3.3	ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS	33
3.3	ENTRAVES AO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	38
4	METODOLOGIA	45
4.1	PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUA SELEÇÃO	45
4.2	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	47
4.3	ANÁLISE DE DADOS.....	48
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA RECENTE DAS INICIATIVAS MUNICIPAIS SOBRE ACESSO NA ESF.....	52
5.2	AMPLIAÇÃO DE ACESSO EM CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS NA VISÃO DE MÉDICOS(AS) E ENFERMEIROS(AS) QUE VIVERAM PROCESSOS EXITOSOS ...	66
5.3	O PROCESSO DE AMPLIAÇÃO E FATORES QUE FACILITAM E DIFICULTAM ESSE PROCESSO.....	70
5.4	O PAPEL DOS PROFISSIONAIS NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO	73
5.5	AS QUESTÕES ORGANIZACIONAIS NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO.....	106
5.6	O PAPEL DA GESTÃO NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO	118

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
	APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	167
	APÊNDICE 2- Roteiro de entrevista com profissionais das equipes de Saúde da Família de Florianópolis	169
	APÊNDICE 3- Roteiro de entrevista com gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	171

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi eleita como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos, segundo Declaração de Alma-Ata, aprovada pela 32ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979. A APS pode ser definida como um conjunto integrado de ações básicas, educativas, promocionais, preventivas e curativas, acessíveis e continuadas aos cidadãos, como primeiro contato de um sistema de assistência integral e universal à saúde, articulado a medidas gerais de proteção e promoção da saúde. Isso quer dizer, que além de ações em serviços de saúde, a APS envolve atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, estreita cooperação com os setores sociais e econômicos, com redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos e maior participação e controle pela sociedade (WHO, 1978; ALEIXO, 2002).

Na década de 1970, o Brasil encontrava-se sob regime militar, privilegiando um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento e na construção de hospitais. O movimento de redemocratização do país e da Reforma Sanitária trouxeram a construção e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na Constituição Brasileira de 1988, hierarquizado e centrado na APS. O SUS segue os princípios da Alma-Ata e posiciona a APS, chamada institucionalmente de Atenção Básica (AB), como ordenadora do sistema de saúde do país, hoje estabelecida como coordenadora da rede de serviços do SUS (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

É importante salientar que o SUS propõe uma APS integral, com um conjunto de ações integradas, sistêmicas, universalizantes, equitativas e com promoção da saúde. O que não deve ser confundido com a chamada APS seletiva. A APS seletiva é caracterizada por ações selecionadas, com ênfase no custo, tendência restritiva, racionalizadora, para controle de algumas doenças prioritárias. É a APS integral e abrangente centrada no usuário que comprovadamente traz benefícios ao sistema de saúde e ao país como um todo (STARFIELD, 2002).

A APS tem como atributo essencial o acesso à saúde, o que é considerado como pré-requisito para os outros atributos como integralidade e equidade. O acesso pode ser utilizado como um pilar na avaliação da qualidade dos serviços em saúde, sendo o bom acesso ou o acesso oportuno aquele em que o usuário consegue o cuidado quando

dele necessita (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000; TESSER; NORMAN, 2014; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015), o que na APS significa possibilidade de ser atendido em poucos dias, sobretudo em situações de adoecimento agudo. Por exemplo, o National Health Service britânico, desde 2004, estabelece que o usuário deve ter acesso a um profissional médico em até 48 horas (MEADE; BROWN, 2006).

Travassos e Martins (2004), em revisão do conceito de acesso, notaram que há pesquisadores que usam o termo acesso ou acessibilidade, comumente como sinônimos ou com distinção entre eles (como em Starfield, 2002); mas ao avaliar os seus significados, estes são geralmente semelhantes, prevalecendo a ideia de acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de cuidados e sua adequação: a facilidade de acesso ao cuidado adequado. O conceito de acesso vem se modificando na literatura, tornando-se mais complexo, abrangendo aspectos menos tangíveis, mas não menos importantes.

No Brasil, a APS ou AB, está inserida dentro do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo organizativo preferencial de equipes de profissionais generalistas com usuários. Na verdade, é o único modelo registrado até o momento no SUS com essa característica, que é compulsória e territorial. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) mais atual prevê a possibilidade de outras formas de equipes de APS, mas reafirma a preferência da ESF como estratégia prioritária para consolidação da APS no país (BRASIL, 2017). Essa estratégia se propõe a reorganizar e reorientar o sistema como um todo e, através de sua grande expansão nas últimas décadas, aumentou consideravelmente o acesso aos serviços de saúde da população. Apesar da ampliação da rede básica ter melhorado a acessibilidade geográfica, isso não garante necessariamente maior acesso ou o acesso oportuno aos serviços de saúde, uma vez verificada grande desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda (SOUZA et al., 2008).

De acordo com a análise de um estudo de caso realizado no Rio Grande do Sul, Schimitch e Lima (2004) afirmam categoricamente que somente a alteração de unidade básica para as siglas PSF/ESF não significa necessariamente mudança. Ressaltam que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família (SF) sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho, que deve ser acordado entre os membros da equipe (SCHIMITCH; LIMA,

2004). Assim, pode-se afirmar que a ESF enfrenta duplo desafio, uma vez que, como reordenação da APS, enfrenta ao mesmo tempo um número reduzido de alguns profissionais para atender uma intensa demanda de problemas de saúde, tanto clínicos e individuais como coletivos, socioeconômicos, etc. (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009). A pressão da demanda, com frequência, se reflete em sobrecarga de trabalho gerando estresse e cansaço, ficando evidente que os profissionais também carecem de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (SOUZA et al., 2008). Também são referidos na literatura problemas organizacionais que prejudicam o acesso na APS (AZEVEDO; COSTA, 2010; CAMPOS et al., 2014; NORMAN; TESSER, 2015).

Em Florianópolis, a capital brasileira com 100% de cobertura da população pela APS, e 100% estruturada através de equipes de saúde da família (BRASIL, 2015; SISSON et al., 2011) pode se inferir maior acesso a saúde. Além disso, Florianópolis tem práticas inovadoras na APS, inclusive experiências com acesso avançado, práticas integrativas e complementares (PICS) e rede docente assistencial (convênio com universidade federal local para ensino em serviço). Com isso, as experiências de equipes e profissionais no aspecto de mudanças em processos de trabalho podem ser uma rica fonte a ser explorada para verificar desafios e dificuldades na expansão do acesso, de forma a ajudar na gestão e planejamento de outros municípios.

Assim, devido aos poucos estudos sobre o tema e a importância da análise do atributo acesso na APS, esse trabalho se propõe a investigar a experiência de profissionais da ESF que participaram de processos de ampliação de acesso em seus serviços, focando nas facilidades e barreiras presentes nesse processo. Nesse sentido, as perguntas que orientam essa pesquisa são:

Quais os desafios enfrentados na ampliação do acesso nas equipes de saúde da família e os aprendizados decorrentes desse processo? O que facilita e o que dificulta a ampliação do acesso na ESF?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os desafios enfrentados pelas equipes de saúde da família no processo de ampliação do acesso na Atenção Primária a Saúde de Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as facilidades e dificuldades de médicos e enfermeiros no processo de ampliação do acesso nas equipes de Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O CONCEITO DE ACESSO

Como mencionado anteriormente, o acesso é um conceito complexo e por vezes pouco objetivo. O objetivo aqui é resumir as ideias mais importantes e recentes sobre o conceito.

Travassos e Martins (2004), em uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços, concluíram que existe uma prevalência na ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta. Argumentaram ainda a importância de manter-se distinto conceito de acesso e uso de serviços de saúde, este último pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. O acesso é um importante determinante do uso, mas o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores.

De acordo com outra revisão de literatura, o acesso pode ser caracterizado em quatro principais dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade representa a existência ou não do serviço no local e no momento em que é necessário, além de aspectos como tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços de saúde prestados. A capacidade de pagamento relaciona-se com o custo de utilização dos serviços e a capacidade de pagamento dos indivíduos. A informação abrange a percepção individual de saúde e doença, determinando escolhas do indivíduo em relação a sua saúde. Já a aceitabilidade remete a compreensão da natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades (SANCHES; CICONELLI, 2012).

As dimensões do acesso também podem ser analisadas em um contexto mais ampliado. Assis e Jesus (2012) propuseram um modelo de análise teórico sobre acesso aos serviços de saúde. O modelo é organizado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. A dimensão política remete a formulação de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, com a pactuação entre as instâncias de poder. A dimensão econômico-social analisa os investimentos na rede pública com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder, além da organização de referência entre estados e municípios para abranger oferta e demanda reais dos

serviços de saúde. A dimensão organizacional reflete a capacidade dos serviços darem respostas objetivas aos problemas de saúde demandada pelos usuários. A dimensão técnica traz a questão de responsabilização dos profissionais e gestores em colocar o sistema de saúde centrado no usuário, para que essa mudança ocorra pode-se utilizar dispositivos como acolhimento, vínculo, autonomia da equidade. A dimensão simbólica envolve a dinâmica relacional e a compreensão do processo saúde-doença, que sofre influência da cultura, crenças e valores (JESUS; ASSIS, 2010; ASSIS; JESUS, 2012).

O conceito de acesso varia entre os pesquisadores, mas existe certa concordância de que o acesso à saúde vem se aproximando de termos como justiça social e equidade, sendo um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros. Gusmano, Weisz e Rodwin (2009) apontaram que a cobertura universal isoladamente não é suficiente para eliminar as iniquidades ao acesso ao cuidado, mas coberturas universais podem reduzir disparidades marcantes no acesso ao cuidado primário.

3.2 MODELOS DE AGENDAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A APS deve atender a demanda populacional e para isso pode instituir uma carteira de serviços com os serviços ofertados. Existem algumas maneiras de classificar a demanda de serviços. Uma maneira simples e que caracteriza a exigência do tempo de resposta as necessidades dos usuários é a classificação em duas categorias principais: atenção por demanda espontânea e atenção por demanda programada. A primeira implica em necessidade mais aguda, em que seria necessária uma avaliação naquele momento e uma resposta adequada para aquela situação clínica. A segunda refere-se demandas que podem ser agendadas de forma eletiva. Então para que a oferta de serviços dentro APS seja adequada e, no caso brasileiro, ESF seja consolidada como porta de entrada do SUS, é necessário o equilíbrio de oferta para esses dois tipos de demanda (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; NORMAN; TESSER, 2015).

Garantir um acesso oportuno na ESF depende, dentre outros fatores, do modelo de organização de agenda dos profissionais de saúde que atuam na APS. É necessário um modelo que equilibre a oferta de atenção à demanda espontânea e à demanda programada, sem o olhar de

uma APS seletiva, centrada na necessidade dos usuários e nos recursos disponíveis em nível local. Para explorar o potencial de oferta de serviços clínicos é necessário que a maior parte do tempo dos profissionais de saúde esteja dedicada para o atendimento à população (NORMAN; TESSER, 2015). Mesmo com mudanças a nível local, como alterações no modelo de agendamento, são indispensáveis mudanças políticas a nível municipal e nacional. Apenas intervenções locais que são dependentes da equipe de profissionais sem garantia de financiamento contínuo e outros recursos apresentam menor chance de sustentabilidade. Elas são mais potentes se associadas a mudanças em políticas nacionais, regionais e municipais, com aplicações de diretrizes indutoras, apresentando maior probabilidade de transformações duradouras nos serviços de saúde (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016; COMINO et al., 2012).

Alguns pesquisadores se aprofundaram em como tornar as agendas mais efetivas e garantir melhor acesso na APS. Propuseram modelos que precisam ser experimentados para averiguar sua eficácia e possibilidade real de aplicação nos variados contextos brasileiros. É necessário considerar que muitas vezes os estudos internacionais possuem diferentes tamanhos de painel (número de usuários por profissional médico da APS) e as características das populações atendidas também podem ser muito distintas. No entanto, vários termos e modelos podem ser muito úteis para a investigação do acesso na APS de maneira geral.

O tempo de espera e a demora em agendamento de consulta causam filas de espera, o que são barreiras importantes de acesso (KULLGREN et al., 2012). Como estratégia para reduzir essas filas são necessários avaliar o controle da agenda e o tempo de consulta, principalmente da categoria médica. Quanto ao controle de agenda médica, deve-se tentar ao máximo reduzir as demandas desnecessárias, como compartilhar tarefas com outros profissionais da equipe e criar maneiras diferentes de consultas médicas para resolver pendências administrativas. O tempo de consulta demanda habilidades de comunicação e cuidado centrado no paciente, para tornar as consultas mais resolutivas, sem necessariamente serem demoradas (GASK; USHERWOOD, 2002; LOPES, 2007).

Os modelos de agendamento na APS são maneiras de organizar a demanda e os modos como realizar esses modelos estão sendo avaliados por estudos de efetividade. Os modelos de agendamento que

visam reduzir tempos de espera implicam em reduzir ao máximo os acúmulos negativos. Os acúmulos negativos são demandas não resolvidas no presente momento, se transformando em trabalho acumulado para o futuro, principalmente consultas agendadas, seja por não haver oferta de atendimento ou pela própria organização da agenda dos profissionais (KNIGHT; LEMBKE, 2011, 2013). Mesmo sem mudanças na quantidade de serviços ofertados, mudanças organizacionais no agendamento vêm demonstrando diminuição importante nas filas e diminuição de sobrecarga dos profissionais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

Existem cinco modelos de agendamento mais conhecidos na APS: modelo tradicional, modelo *carve-out*, agendamento-dia, acesso aberto e acesso avançado. O modelo tradicional é quando todas as vagas na agenda estão à disposição para agendamento prévio, já se encontram todas preenchidas no início de turno de trabalho. Se forem aparecendo outras demandas, estas são encaixadas entre as consultas ou não são atendidas, sendo necessário agendamento em vaga futura. O slogan deste sistema é “fazer o último trabalho do mês, hoje”. O modelo *carve-out* traz uma flexibilidade ao modelo tradicional, com uma reserva de vagas para as urgências do próprio dia, geralmente um terço das vagas reservadas para esse fim. O slogan deste sistema é “faça parte do trabalho de hoje, hoje”. O modelo de agendamento-dia ou *book on the day* é constituído por vagas preenchidas apenas no mesmo dia, não havendo consultas agendadas previamente. Se acabarem as vagas naquele dia, os usuários são orientados a virem no dia seguinte para tentar novo agendamento. No modelo denominado acesso aberto também não há consultas agendadas previamente, no entanto não existe um agendamento por horário, o usuário chega e será atendido conforme ordem de chegada e pode esperar horas até ser atendido. Geralmente, no modelo de acesso aberto o profissional trabalha em turnos e o próximo profissional continua atendendo os pacientes conforme a ordem de chegada, semelhante a um sistema de plantão (KNIGHT; LEMBKE, 2013; MURRAY; TANTAU, 1999, 2000).

O quinto modelo é o “acesso avançado”, que se demonstrou um dispositivo mais interessante que os anteriores para prover maior equilíbrio entre oferta e demanda (CAMERON; SADLER; LAWSON, 2010; ROSE; ROSS; HORWITZ, 2011). Nele existe uma proporção pequena de agendados, com a maior parte da agendada ofertada para agendamentos naquele mesmo dia, sem distinção de serem ofertadas

para demandas espontâneas ou programadas. Importante ressaltar que existem alguns requisitos para que esse tipo de modelo possa funcionar: a capacidade da agenda precisa ser igual à demanda. Neste sistema, o slogan é: “façam todo o trabalho de hoje, hoje” (MURRAY; TANTAU, 1999, 2000; KNIGHT; LEMBKE, 2013).

3.3 ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO SUS

A história do sistema de saúde pública no país demonstra a luta pela ampliação do acesso aos serviços de saúde. Antes do SUS, o sistema era somente para os trabalhadores formais com carteira de trabalho. Com a criação e implantação do SUS, a abertura do acesso foi imediata legalmente devido ao princípio de universalização, e progressiva praticamente. A estrutura de serviços não estava preparada para tal, e a APS foi escolhida para reorientar o sistema e a porta de entrada principal. Na década de 90, foram formalizados o Programa de Agentes Comunitários (PAC) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses programas foram incorporados na ESF, e através de incentivo financeiro federal, os centros de saúde (CS) com ESF se espalharam pelo país rapidamente nas últimas décadas (GIOVANELLA et al., 2012).

A expansão das equipes de Saúde da Família (eSF) no Brasil esteve associado a maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Vários estudos em municípios analisaram a questão do acesso na APS, permitindo um panorama relativamente atual da situação (MACINKO e MENDONÇA, 2018; LIMA et al, 2018). Existem alguns instrumentos padronizados para avaliar a qualidade de equipes da ESF através de entrevistas de avaliação de APS. Os mais utilizados são o Primary Care Assessment Tool (PCATool) e resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Estes instrumentos trazem resultados interessantes, mas por sua restrição de inquérito, não são capazes de avaliar as nuances e tensões processuais, relacionais, institucionais, políticas e organizacionais que estão por trás dos resultados.

O PCATool é um instrumento internacional que foi adaptado no Brasil e utiliza entrevistas com profissionais, usuários e gestores. Avaliam-se os atributos propostos por Starfield (2002) considerados como necessários para uma boa APS, sendo quatro essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde,

longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). Um limitante importante é que o PCATool foca a ação dos profissionais da APS típicos da maioria dos países (médicos e enfermeiros) e não das equipes, não contemplando a ação dos dentistas, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, atuantes no Brasil – sem falar em outros profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que atuam por vezes como profissionais das equipes de APS (conforme diretrizes ministeriais – BRASIL, 2014a). Isso quer dizer que as perguntas do PCATool são relacionadas principalmente a consultas e ações provenientes de médicos e enfermeiros, o que poderia mascarar especificidades das equipes ESF (VAN STRALEN et al., 2008; BRASIL, 2010b). No entanto, este limitante não retira a sua validade como instrumento de pesquisa, utilizado em diversos locais do país.

Além disso, também existem estudos qualitativos sobre a qualidade da APS, mas poucos avaliando especificamente o acesso. Também se tem estudos interessantes comparando serviços de saúde de APS com ESF e sem ESF, chamados tradicionais.

Macinko et al. (2004) verificaram que no município de Petrópolis, o atributo acesso foi baixo tanto no modelo ESF quanto no tradicional. Em Porto Alegre, apenas 40% da população amostrada na área de adstrição referiu utilizar os CS como serviço preferencial (OLIVEIRA, 2007), corroborando com dados de outro estudo na mesma cidade, em que o acesso de primeiro contato foi o atributo que recebeu os menores escores em todos os serviços de APS avaliados (CASTRO, 2009). Estudo em um serviço de APS no interior paulista (PEREIRA et al., 2011), também utilizando PCATool em usuários, avaliou como insatisfatório os atributos acesso, orientação para a comunidade e enfoque familiar.

Em um estudo qualitativo, comparando CS tradicionais e CS com ESF através de entrevista a usuários, Marin, Marchioli e Moracvick (2013) verificaram em uma cidade de São Paulo, que os dois modelos de atenção obtiveram resultados semelhantes no que se referia ao acesso, uma vez que os dois apresentavam grande insatisfação nesse aspecto. Os dois modelos também obtiveram maus resultados quando questionados sobre a APS ser “porta de entrada do sistema”.

Estudos utilizando o PCATool obtiveram resultados semelhantes nessa comparação de modelos, com pontuações baixas nas

dimensões relacionados ao acesso. É o caso de um estudo em Piracicaba-SP, com aplicação de PCATool em gestores e profissionais, no qual os resultados indicaram que os CS com ESF apresentavam melhor funcionamento que os CS tradicionais, exceto na dimensão acesso (CESAR et al., 2014). Resultado semelhante se obteve em um município mineiro (FERREIRA et al., 2016), que observou melhor desempenho na ESF do que nas unidades básicas de saúde (UBS); entretanto é importante ressaltar que na perspectiva dos usuários, o atributo acessibilidade recebeu os menores escores em ambos os serviços.

Todavia, uma pesquisa em municípios do Nordeste chegou a resultado diferente nessa comparação. SOUZA et al. (2008) verificaram que nos dois tipos de CS havia presença de filas para atendimento e marcação de consulta, no entanto nos CS com ESF, o diferencial apareceu na natureza das filas que são momentâneas. Esse mesmo estudo demonstrou que as variações quanto a dificuldades de acesso apresentaram situações mais problemáticas nas cidades com características de metrópoles.

Estudos no sul de Minas Gerais, com uso PCATool em usuários e profissionais de ESF, demonstraram dificuldades no acesso devido às várias barreiras organizacionais, principalmente nas formas de comunicação e nos horários de funcionamento das mesmas. Os autores inferiram que a despeito da alta cobertura dos serviços, a mesma não se constituiu uma porta de entrada abrangente para o SUS. Também houve a conclusão que a qualidade de atuação da APS autorreferida pelos profissionais não foi percebida ou valorizada pelos usuários, o que pode significar que as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidas de forma inadequada ou insuficiente para serem captadas pela experiência do usuário (SILVA; FRACOLLI, 2014; SILVA; BAITELO; FRACOLLI, 2015).

Em uma pesquisa no Centro-Oeste, também se verificou uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde. Para quase todas as dimensões a avaliação dos usuários foi menos positiva e ela diferiu pouco comparada aos CS com e sem SF, com dados semelhantes quanto a insatisfação no acesso (VAN STRALEN et al., 2008).

O PCATool apresenta entre seus atributos avaliados, o “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” e “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade”, e podem ter resultados discordantes, como foi o caso

do estudo realizado em um município do Espírito Santo (LIMA et al., 2015), no qual entrevistaram 215 usuárias adultas da ESF. Neste estudo, o “acesso-utilização” foi a dimensão mais bem avaliada, o que quer dizer que as usuárias chegavam aos CS e recebiam algum tipo de atenção. O conceito utilizado de acesso aqui é o de Starfield (2002), em que o acesso consiste na oportunidade de utilização dos serviços de saúde quando necessário e sua distribuição geográfica. Já o atributo “acesso-acessibilidade” obteve o menor valor no mesmo estudo. Esse atributo perpassa vários pontos relacionados ao acolhimento e à humanização da atenção oferecida. Assim concluiu-se que chegar ao serviço não foi garantia de se ter atenção qualificada e em tempo oportuno.

Uma revisão sistemática em 2016 visou unificar os resultados de diversos estudos sobre avaliação da APS brasileira, com o objetivo de responder a seguinte pergunta: Qual a avaliação dos atributos da APS feita por usuários de CS brasileiros (ESF e tradicionais), mediante utilização de adaptações do instrumento PCAtool para o Brasil? E obteve a conclusão de que os usuários avaliaram que ambos os modelos apresentaram como insatisfatórios os atributos acesso de primeiro contato, enfoque familiar e orientação comunitária (PAULA et al., 2016).

Como apontado anteriormente, estudos qualitativos sobre avaliação da APS existem em menor frequência. Um estudo de satisfação de usuários da ESF verificou que a dimensão mais relevante foi a dificuldade no acesso. Os autores trazem uma reflexão interessante sobre instrumentos de avaliação de qualidade dos serviços de saúde, apontando a necessidade de mais pesquisas nacionais nesse campo, no sentido de produzir instrumentos que incorporem as dimensões relacionadas à satisfação, respeitando a cultura e a especificidade do país. Ao utilizar instrumentos produzidos em outros países, as dimensões da satisfação também seriam diferentes, já que tratamentos de populações com padrões socioeconômicos, culturais e serviços de saúde seriam muito distintos (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Outro estudo qualitativo de satisfação de usuário em Nordeste apontou a necessidade de uma busca por uma prática profissional mais humanizada, acolhedora, isto é “onde escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes nas relações” (ARRUDA; BOSI, 2017). Gomes e Pinheiro (2005) também questionaram a prática

profissional na ESF, especificamente nos grandes centros urbanos, onde o desafio do acesso apareceu de forma mais incisiva, pois a desigualdade social expressou-se mais claramente, principalmente nas favelas. Estes autores reforçaram que o desempenho do processo de trabalho da APS deve estar relacionado à “existência de profissionais que tem claro em suas mentes o papel de agente transformador e a primeira possibilidade de efetivação das ações da ESF pode ser localizada no momento do acolhimento”.

Alguns estudos publicados, ao utilizar dados do PMAQ, obtiveram abrangência nacional. Alves et al. (2014) avaliaram fatores condicionantes para o acesso às equipes da ESF no Brasil através da análise das dimensões “Disponibilidade” e “Acolhimento” do PMAQ, concluindo que equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, municípios de maior porte e com maior número de equipes por CS apresentaram desempenho mais favorável para a obtenção dos cuidados. Outro estudo com os dados do PMAQ-Brasil (UCHÔA et al., 2016) evidenciou que há uma relação entre acesso e condições socioeconômicas: à medida que aumentaram os estratos dos municípios o acesso aos serviços apresentou a tendência de ser melhor. Um estudo comparando o ciclo 1 e o ciclo 2 do PMAQ em abrangência nacional verificou que houve melhoria em parte dos atributos, dentre os quais o primeiro contato e integralidade, demonstrando assim que uma gradual confirmação da ESF como porta de entrada ao SUS (LIMA et al, 2018).

Macinko e Mendonça (2018) avaliaram e sintetizaram as principais evidências sobre a importância e o impacto da ESF no Brasil. Os autores concluíram que a expansão da ESF apresentou um impacto positivo na saúde da população brasileira, mais especificamente: a) melhorou acesso e utilização de serviços de saúde, inclusive para pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças; b) melhorou resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária; c) expandiu o acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas; d) melhorou a equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuiu desigualdades na saúde dos indivíduos; e) melhorou a eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa de Bolsa Família e; f) expandiu infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na

pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Em Florianópolis, estudo correlacionando acesso avançado e qualidade de serviço de APS através do PCATool identificou que CS com acesso avançado apresentaram efeito positivo nos escores da avaliação. Infere-se assim que mudanças em processos de trabalho na APS testadas internacionalmente, como o acesso avançado, possuem grande chance de beneficiar a APS brasileira (VIDAL, 2017).

3.4 ENTRAVES AO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL

Algumas pesquisas já tentaram vislumbrar os entraves no acesso e na qualidade da APS no Brasil como um todo. Campos et al. (2014) afirmaram que a definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na APS não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário, o que por diversas razões pode não acontecer.

As fortes raízes preventivistas na APS brasileira, vinculadas à tradição norte-americana de serviços de saúde pública, com pouca responsabilidade pelo cuidado clínico dos indivíduos, entre outros fatores, poderiam estar dificultando a maior qualidade no acesso aos cuidados à saúde (ROSEN, 1979; CAMPOS, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Atualmente se vive o “paradoxo das ações nos serviços de saúde da APS/ESF” (NORMAN; TESSER, 2015), no qual se deseja maior qualidade no cuidado a saúde através de normativas e diretrizes institucionais que privilegiam, entretanto, ações de promoção/prevenção a saúde no campo microsocial das práticas profissionais nos serviços da APS/ESF. Tais normativas não ou pouco interferem em determinantes sociais gerais, e assim possuem efeito difuso e leve, enquanto seria necessário que 70-80% do tempo de médicos e enfermeiros estivesse voltado para o fácil acesso e cuidado clínico dos sensivelmente adoecidos (TESSER; NORMAN, 2014; NORMAN; TESSER, 2015).

Um estudo com um título incisivo – “A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde”, realizou uma avaliação do acesso na ESF através de observação direta, análise documental e entrevista com usuários, profissionais e gestores. Elementos facilitadores e

dificultadores do acesso foram identificados, sendo os facilitadores: o horário, o acolhimento e a proximidade dos serviços da APS. As situações mais críticas foram dentro de três dimensões. Na dimensão organizacional foi apontado a demora em conseguir consulta, mau funcionamento do sistema de referência e contra referência, comprometendo o acesso ao especialista, excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes, demora na sala de espera para receber o atendimento, demora no recebimento dos resultados dos exames e baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência de atendimento a pequenas urgências. Na dimensão sociocultural verificaram-se dois pontos: o despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas e a baixa capacidade de visualizar a perspectiva coletiva de saúde, situada no campo da cidadania. Por último, na dimensão econômica houve problemas nas despensas com medicamentos e outros insumos. Como conclusão, os autores afirmaram que a existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da APS, ainda que importante, não implicou em acesso efetivo. Apontaram ainda que a existência de gargalos no sistema pode comprometer toda a estrutura de organização e funcionamento do SUS (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Alguns estudos analisaram especificamente a proposta do acolhimento, que a princípio deveria ajudar no acesso, mas pode-se tornar mais uma barreira para o usuário acessar o sistema. Importante ressaltar que existem duas possibilidades de entendimento do acolhimento: uma postura diante do usuário e suas necessidades e acolhimento como um dispositivo capaz de reorganizar o trabalho no centro de saúde e melhorar o acesso. (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Schimith e Lima (2004) analisaram o acolhimento e vínculo em uma eSF através de um estudo de caso no Rio Grande do Sul, verificando que o acolhimento como dispositivo organizacional estava limitado a fichas médicas e atendimento com auxiliares de enfermagem, que se reportavam diretamente aos médicos, apresentando uma ausência importante de outros membros da equipe, como agentes comunitários de saúde, enfermagem e recepção. A partir da análise desse processo de trabalho implantado, que pode ser verificado em outros locais, é importante que a atividade de acolhimento, dispositivo de primeira escuta aos usuários de primeiro contato, deve ser uma maneira de colocar em prática um bom acesso nos centros de saúde e não apenas uma nova nomenclatura para o não-acesso a consulta médica. Também

como aspecto ético-relacional, o acolhimento deve ser compreendido e incorporado entre todos os membros da equipe, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários, dentro do campo comum de cuidado dos profissionais e do núcleo de competência de cada profissional. Nesse último sentido, o acolhimento deve ser responsabilidade de toda a equipe. De acordo com os autores em questão, um profissional que apareceu por vezes pouco explorado no tocante do acesso foi o enfermeiro, apontando a necessidade de aproximação da enfermagem às atividades clínicas, já que muitas vezes o papel do enfermeiro se restringiu apenas à função de triagem e atividades administrativas.

Quando o acolhimento é colocado em prática, várias tensões podem surgir. A priorização de casos passa ser motivo de conflito, ainda mais com demanda reprimida (SOUZA et al., 2008), com os usuários apresentando dificuldade de aceitar que a decisão de acesso a consulta médica seja de outro profissional (não médico). Além disso, a própria informatização trouxe filas virtuais, no qual há situações em que houve apenas a transposição de uma fila física para uma fila não visível.

Analisando o acolhimento, Pinheiro (2009) verificou que a prática restrita de acolhimento teria sido percebida pelos profissionais de saúde como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras nos CS, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes, dificultando a qualificação do SUS. O autor ressaltou que o acolhimento se destaca como um processo em construção no SUS, uma vez que o mesmo, ao ampliar o acesso aos usuários - quando associado a profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada - possibilita a autonomia, cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde.

Um outro entrave pode estar na expectativa dos usuários quanto a capacidade de resolução de problemas nos CS. Em pesquisa de Campos et al. (2014), as narrativas dos usuários demonstraram que não estaria consolidada a incorporação do modelo proposto pela ESF, com oscilação entre demandas muito centradas no paradigma biomédico, cujas ações exigidas eram curativas e sempre centradas na figura do médico e outras demandas que revelaram a incorporação de um modelo ligado à proposta da saúde coletiva, que considerava a prevenção. Para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde era sinônimo de acesso ao profissional médico. Os autores sugeriram que a questão da informação do usuário poderia ser pensada como uma estratégia contínua de

transformação da lógica do usuário. Percebeu-se a necessidade de trocas e diálogos entre os profissionais e a população de modo que possa ser construído de forma compartilhada um conceito sobre o processo saúde-doença.

Um grande ponto de concordância entre os estudos sobre o acesso na APS foi a questão da grande demanda de atendimento clínico para um número reduzido de profissionais. Também se notou que o profissional médico ainda permanece circunscrito as ações curativas, muitas vezes se restringindo ao modelo “queixa/condução” (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009). No entanto, não podemos menosprezar a importância das consultas médicas. Campos et al. (2014) apontaram que nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Tais autores sugeriram ainda que a adscrição de usuários realizada em base territorial, como estimula a ESF, também poderia ser flexibilizada, como maneira de manter vínculo e assim também melhorar o acesso. Verificou-se também com frequência nos estudos de satisfação do usuário uma postura “obediente” frente aos trabalhadores de saúde e particularmente aos médicos, o que traz a reflexão sobre a necessidade de se trabalhar muito ainda em termos de consciência sobre os direitos dos cidadãos na população brasileira.

Em ensaio sobre a APS e seus desafios para organização de serviços básicos e da ESF em centros urbanos no Brasil, Conill (2002) destacou que o acesso permaneceu como um grande nó crítico, com dificuldades de estrutura física e nas equipes, fragilidades de gestão e na organização da rede de serviços. Apontou ainda que esses problemas no acesso podem vir a comprometer avanços no plano da integralidade.

Van Stralen et al. (2008) refletiram que a dificuldade de estratégias de organização ou reorientação da APS em obter os resultados almejados poderia apontar para problemas sobre os quais a ESF não conseguiria atuar. Um desses problemas seria a forma de inserção do médico no mercado de trabalho e nos serviços públicos de saúde. A ESF insiste em horário integral e principalmente em cidades maiores isto resultaria em alta rotatividade dos médicos e por vezes na falta deles. Além disso, ter-se-ia o fato que o médico da ESF não é socialmente valorizado. Quanto à reorientação da APS, não se poderia deixar de considerar que transformações de sistemas de saúde em grande parte se realizem como consequência não apenas de políticas de saúde, mas de processos relativamente autônomos, tais como a

racionalização funcional da atenção à saúde e a mudanças de concepções dominantes sobre os processos de saúde-doença e atenção à saúde. A racionalização invade também a vida cotidiana, fazendo com que a população defina seus problemas de saúde em termos emprestados dos discursos profissionais. Também não se poderia negar que a tecnologia se tornou mediadora da relação entre médicos e usuários, havendo assim mudanças dos discursos e práticas da saúde com redefinição do objeto de intervenção no nível da APS: qualidade de vida, superação de riscos de adoecimento e orientação quanto a tecnologia médica. Segundo os autores, a maneira como esta tendência vai se expressar no sistema de saúde vai depender de novas oportunidades de realização para os profissionais. Isso implica também a modificação das expectativas dos usuários.

Uma pesquisa no estado de Santa Catarina e em Florianópolis de avaliação da gestão nos municípios catarinenses participantes do PMAQ demonstrou como ponto crítico a bloco de avaliação “Disponibilidade para o Acesso” (do instrumento usado no PMAQ). A APS, como entrada preferencial do sistema, possuiu barreiras decorrentes dos horários de funcionamento dos CS. Essas barreiras de acesso impactariam de forma negativa sobre os fundamentos e diretrizes propostos para a APS, e contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros. O estudo identificou ainda que os aspectos estruturais, isoladamente, não garantiriam o desenvolvimento de um processo de trabalho com qualidade na APS. Os autores afirmaram que os profissionais e gestores municipais de saúde precisam retomar o entendimento do processo de trabalho como um objeto contínuo do trabalho em equipe. Em sua conclusão, o estudo identificou alguns avanços da gestão municipal do processo de trabalho na APS de Santa Catarina, principalmente nas condições estruturais proporcionadas às eSF, porém importantes desafios foram encontrados nas condições processuais (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Duas pesquisas realizadas em Florianópolis são de interesse para embasamento desse estudo em questão. Um estudo que discutiu a avaliação das políticas de atenção primária e reformas sanitárias no período de 1994-2000 apontou que na fala de coordenadores estaduais e secretários municipais em Santa Catarina referiram que o PSF se constituiu como estratégia de reorganização da APS, mas com limitações em sua operacionalização devido principalmente formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de

recurso financeiro e entendimento por parte dos gestores. Dentre os profissionais entrevistados em Florianópolis, a principal problemática foi relacionada a recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Notou-se que a relação equipe/famílias cadastradas era superior ao previsto em todos os centros de saúde. Conclui-se com grande unanimidade que os avanços com a ESF foram prejudicados pelo dimensionamento inadequado, destacando-se os problemas de acesso, decorrente de quantitativo insuficiente de recursos humanos, e as dificuldades de referência a níveis secundários e terciários (CONILL, 2002). Outra pesquisa em Florianópolis em 2008, examinando a ESF no município, revelou dificuldades importantes na posição de ESF como porta de entrada preferencial e regular aos serviços de saúde, sendo o acolhimento ainda incipiente como tecnologia assistencial (SISSON et al., 2011).

Florianópolis foi escolhida como contexto desta pesquisa devido à facilidade de acesso da autora e ao fato de a ESF estar implantado nesse município com 100% de cobertura (BRASIL, 2015). Além disso, apesar das dificuldades apresentadas nas pesquisas supracitadas, Florianópolis destacou-se com experiências inovadoras no campo da APS, inclusive quanto ao acesso, melhores abordadas na seção 5.1. – “Contextualização da história recente das iniciativas sobre acesso na Estratégia Saúde da Família”.

4 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da ESF e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis. O estudo foi realizado no município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUA SELEÇÃO

Os participantes da pesquisa foram selecionados por serem informantes-chave privilegiados sobre o tema investigado, ou seja, foram médicos e enfermeiros das eSF que participaram de processos de ampliação de acesso exitosos nos seus serviços nos últimos anos. Além dos profissionais das equipes, foram entrevistados profissionais alocados na gestão central municipal, também considerados como informantes-chaves, que tinham reconhecida experiência no tema e estiveram na gerência da APS.

A seleção dos médicos e enfermeiros das eSF foi realizada através de dois processos consecutivos que se checavam mutuamente. O primeiro foi a discussão com dois dos gestores entrevistados, ex-diretores da APS da SMS, escolhidos por haverem ocupado a direção da APS na última década e assim estarem mais ciente dos processos de ampliação de acesso da APS nesse período de história recente da SMS. O segundo processo utilizou o método de inclusão em “bola de neve”, em que os profissionais entrevistados sugeriam outros profissionais dentro da SMS, que consideravam portadores de experiência em processos de ampliação de acesso na APS (VINUTO, 2014).

O primeiro processo – reunião com dois membros da gestão central da SMS – utilizou o cruzamento de dois critérios para seleção de profissionais das eSF para a pesquisa: a) os 15 CS com maior pressão assistencial de consultas médicas na SMS durante o período de 2014 a 2016 (pressão assistencial é o número de consultas realizadas em um serviço em um período dividido pelo número de dias trabalhados no mesmo período [GUSSO e POLI NETO, 2012; GÉRVAS; FABI, 2017]). b) indicação pelos gestores de profissionais que participaram de processos de ampliação de acesso em suas equipes, baseada em conhecimento empírico da rede de APS. Isso gerou uma primeira lista de 9 profissionais de 8 CS diferentes. O segundo processo, conforme já descrito anteriormente, envolveu a indicação realizada pelos

profissionais médicos e enfermeiros entrevistados. Isso resultou em pequena ampliação da lista inicial, sendo que todos os CS estavam incluídos na lista dos com maior pressão assistencial, confirmando-a. A ordem das entrevistas foi em parte aleatória em parte por conveniência de facilidade de agendamento. O total de entrevistados, assim, foi de 16 profissionais da ESF e quatro gestores municipais. Optou-se por entrevistar no máximo um médico e um enfermeiro dentro de um centro de saúde (CS), não necessariamente da mesma equipe, no caso de haver mais de uma equipe de SF com processos de ampliação de acesso dentro de um mesmo CS. Tal opção visou aproveitar ao máximo a diversidade de pontos de vista e de experiências.

O critério de escolha do profissional dentro do CS foi a quantidade de tempo de trabalho na equipe, priorizando sempre que possível, os profissionais com mais tempo de atuação na SMS. De forma deliberada, incluíram-se profissionais atuando em equipes dos quatro distritos sanitários da SMS-Florianópolis (Centro, Continente, Norte e Sul), abrangendo diferentes experiências dentro do município.

Um quantitativo de 10 equipes de saúde da família foi selecionado, dentro de 10 CS diferentes, 2 do distrito Centro, 2 do distrito Continente, 3 do distrito Norte e 3 do distrito Sul. Houve um número total de 16 profissionais de ESF entrevistados, dentre eles 10 médicos(as) e 6 enfermeiros(as). O quantitativo maior de entrevistados da categoria médica pode ser explicado por alguns motivos, como falta de enfermeiro atuando no CS e enfermeiros atuando há menos de um ano na SMS, apresentando assim pouca participação do processo prévio de ampliação de acesso na equipe. Como personagens chaves na gestão municipal, foram entrevistados quatro profissionais, totalizando 20 entrevistas na pesquisa. Os trechos colocados no trabalho foram identificados com sigla “G” para gestores, “M” para médicos e “E” para enfermeiros.

O método de pesquisa sofreu algumas alterações em comparação com o projeto inicial, devido a obstáculos encontrados. A princípio a seleção dos médicos e enfermeiros para participarem da pesquisa seria através de avaliação de dados quantitativos derivados de suas respectivas equipes. Com auxílio da SMS, a partir da produção de consultas médicas por equipes de SF e CS, foi obtido o indicador de pressão assistencial. A partir desse indicador, tomado como um proxy do acesso, se pretendia fazer um ranking de equipes de maior a menor ampliação de acesso com recorte temporal de 2014 a 2016. Dados

anteriores a esse período apresentavam dificuldade técnicas para sua obtenção e problemas de confiabilidade, de acordo com a Diretoria de Atenção à Saúde da SMS. No entanto, os dados não foram suficientes para produzir um panorama da ampliação de acesso nas equipes que permitisse a discriminação pretendida. Várias equipes apresentavam um platô na quantidade de consultas médicas ofertadas durante os anos de 2014 a 2016, algumas inclusive com leve queda no último ano. Não foi encontrado aumento no número de atendimentos em várias equipes das quais se sabia, via relato da gestão e memória institucional (sintetizada nos resultados), terem experimentado processos de ampliação de acesso, alguns anteriores ao período avaliado. Nesses casos, provavelmente o processo de ampliação do acesso ocorreu anterior ao ano de 2014. Outras equipes de alguns CS apresentaram aumento da pressão assistencial que foi explicada pela gestão como decorrente da introdução de profissionais médicos que estavam em falta, não correspondendo a processo de mudança organizacional para ampliar acesso. Por fim, após análises e discussões com gestores para interpretação desses dados, optou-se por não utilizar esses resultados como fonte única de seleção dos profissionais. A princípio também se pretendia utilizar outros indicadores, como frequência, intensidade de uso repetido e utilização, no entanto frente à frustração em não verificar aumento de ampliação de acesso pelo indicador de pressão assistencial e dificuldade em mensurar alguns dados, decidiu-se utilizar apenas um indicador.

Também foi realizada uma tentativa de utilizar como subsídio para seleção das equipes as avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em seu 2º ciclo no ano de 2014. No entanto, se percebeu que uma quantidade muito grande de equipes estava classificada como “muito acima da média”, sendo assim de pouco auxílio para escolha dos profissionais. Por isso optou-se por não usar esses dados.

4.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

O tema das entrevistas foi a ampliação do acesso na APS, focado em dois momentos diferentes. Inicialmente, foi estimulado que o profissional relatasse como o acesso estava sendo realizado no momento presente dentro de sua equipe, podendo se remeter aos processos intermediários e à história local para o alcance da situação atual ou também possibilidades de mudanças futuras pretendidas. Esse primeiro

momento foi mais descritivo, para verificar quais os modos organizacionais e dinâmicas de trabalho mais utilizados na APS de Florianópolis entre essas equipes consideradas mais avançadas neste atributo. Na segunda parte da entrevista foi estimulado que os participantes colocassem suas opiniões, entendimentos e avaliações sobre os fatores percebidos como dificuldades e facilidades para a ampliação do acesso na ESF.

As entrevistas foram realizadas em locais e horários combinados com os entrevistados que lhes facilitasse a participação, sugeridos por eles. A maioria foi realizada nos locais de trabalho dentro do horário normal de funcionamento dos CS. Alguns preferiram agendar um dia e hora em sala de reunião do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em acordo com SMS-Florianópolis, foi autorizada liberação do profissional para realização das entrevistas, agendadas com antecedência de modo a não prejudicar o funcionamento dos CS. As entrevistas ocorreram locais mais reservados possíveis e com respeito ao anonimato do entrevistado. Uma variação de duração das entrevistas foi de 27 minutos até 2h7min, com média de duração de 1h17min. As entrevistas foram conduzidas pela autora da pesquisa, e gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

Os roteiros das entrevistas para os profissionais da ESF e para os gestores foram diferentes entre si e estão no Apêndice 8.2 e 8.3.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio de análise de conteúdo. BARDIN (2004) propõe que a análise de conteúdo seja realizada em três grandes etapas. São elas: organização do *corpus* da pesquisa (conjunto dos dados a serem analisados), pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é fase mais intuitiva da pesquisa, em que realiza a leitura flutuante do material com registro das primeiras codificações e categorizações. A exploração do material consiste na leitura aprofundada das transcrições e aperfeiçoamento progressivo da categorização dos conteúdos. Um conjunto de categorias boas deve possuir as qualidades de exclusão mútua, ou seja, não devem existir em mais de um grupo; pertinência, devem estar adaptadas ao material e ao referencial teórico; e produtividade, devem gerar resultados férteis. O tratamento dos

resultados obtidos é a seleção dos resultados, inferências, interpretações e discussões realizadas, sua síntese, organização e redação de relatórios e comunicações científicas. As categorias de análises nesta pesquisa foram determinadas *a posteriori*, a partir da análise das entrevistas (OLIVEIRA, 2008).

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE 70293317.9.0000.0121 e Parecer nº 2.229.015). Após a aprovação, no momento das entrevistas, foram fornecidas aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimentos com relação à pesquisa. O TCLE foi feito em duas vias, que foi assinado pelo participante da entrevista e assinado pela pesquisadora, sendo que as duas assinaturas estavam na mesma página. Uma via ficou em poder da pesquisadora e outra com o sujeito participante da pesquisa. Os demais preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 foram respeitados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição dos participantes em categoria profissional, gênero e idade estão demonstrados na Tabela 1. A maioria dos entrevistados, incluindo gestores e profissionais, foi da categoria médica. Quanto ao gênero dos participantes, apresentou-se um maioria masculina entre categoria médica, 9 médicos entre os 13 profissionais, enquanto houve maioria feminina na enfermagem, 6 enfermeiras entre um total de 7 profissionais. Entre as faixa etária predominou profissionais jovens, com 50% dos participantes entre 31 e 35 anos.

A média das idades dos participantes da pesquisa foi de 36,55 anos, enquanto que a mediana foi de 35,5 anos. Consiste assim em uma média de idade adulta ou adulta jovem, o que pode ter influenciado os discursos nas entrevistas. Profissionais jovens podem estar mais motivados intrinsecamente, com mais disposição a mudanças. Isso também pode ter influencia do ciclo de vida familiar em que provavelmente se encontravam, incluindo jovens solteiros, casados, casados com filhos pequenos ou adolescentes (DIAS, 2012; FERNANDES; FALCETO; WRTCHOW, 2013).

Tabela 1- Descrição segundo categoria profissional, gênero e faixa etária de profissionais participantes entrevistados – SMS Florianópolis.

Variáveis	N	%
<u>Categoria profissional</u>		
Medicina	13	65
Enfermagem	7	35
<u>Gênero</u>		
Feminino	11	55
Masculino	9	45
<u>Faixa etária</u>		
31-35 anos	10	50
36-40 anos	5	25
41-45 anos	5	25

Fonte: Entrevistas com participantes da pesquisa.

Quanto as características de formação dos participantes, todos relataram cursos de pós-graduação. Todos possuíam formação específica em ESF ou APS, sendo que 11 realizaram residência médica

em MFC ou residência multiprofissional em SF, enquanto que os demais realizaram especialização em SF. Além disso, 4 profissionais apresentavam mestrado ou doutorado e 14 participantes relataram conclusão em outras especializações, como acupuntura ou preceptoria em APS.

Na Tabela 2 estão descritos tempos de atuação na APS e atuação na eSF atual dos 16 profissionais da ESF entrevistados. Mais de 80% dos profissionais estavam atuando na APS há mais de 5 anos, enquanto que na equipe atual metade estava atuando há mais de 5 anos, demonstrando um carga de experiência anterior há atuação na equipe em que estavam lotados no momento da entrevista.

Tabela 2- Descrição de tempo atuando na APS e tempo atuando na eSF atual entre os profissionais de ESF entrevistados – SMS Florianópolis.

Variáveis	N	%
<u>Tempo atuando na APS</u>		
0-5 anos	2	12,50
6-10 anos	7	43,75
10-15 anos	5	31,25
15-20 anos	2	12,50
<u>Tempo atuando na eSF atual</u>		
<5 anos	8	50,00
≥5 anos	8	50,00

Fonte: Entrevistas com participantes da pesquisa.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA RECENTE DAS INICIATIVAS MUNICIPAIS SOBRE O ACESSO NA ESF

O município de Florianópolis, capital de Santa Catarina, apresenta até o momento rede de Atenção Primária a Saúde (APS) regida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) editou em 2007 a Política Municipal de Saúde do Município, estabelecendo a ESF como eixo norteador da Atenção em Saúde em Florianópolis (FLORIANOPOLIS, 2007). A importância da APS no município foi reforçada pela Política Municipal de Atenção Primária à Saúde, aprovada em 2016 (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Florianópolis possui população estimada em 433.158 habitantes (IBGE, 2010). A rede de atenção à saúde municipal possui quatro Distritos Sanitários (Centro, Continente, Norte e Sul), quatro Policlínicas com ambulatórios especializados (Centro, Continente, Norte e Sul), duas Unidades de Pronto-Atendimentos - UPAs (Norte e Sul), quatro Centros de Atenção Psicossocial (um para público geral, um para crianças e adolescentes e dois para álcool e drogas) e 49 Centros de Saúde (CS) organizadas através equipes de ESF (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

Em 2012, a APS de Florianópolis obteve o terceiro melhor índice de Desempenho do SUS (BRASIL, 2012a). Em 2015, o município alcançou 100% de cobertura populacional ESF, a primeira capital a chegar nesse nível de cobertura. Em 2017, a rede tinha registradas 143 eSF para assistir toda população (BRASIL, 2018).

Como forma de pesquisar os bons resultados em saúde do município, Brasil e Costa (2016) avaliaram a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) de Florianópolis no período de 2001 a 2011, a fim de verificar sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional ESF. O resultado demonstrou que o investimento financeiro e a expansão da ESF foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por ICSAP (BRASIL; COSTA, 2016).

Em reportagem institucional “Atenção Primária: a base para uma vida com saúde”, foi descrito que entre 2010 e 2016, Florianópolis aumentou em quase 50% o acesso a consultas médicas na APS. No mesmo período, a necessidade de encaminhamento para serviços especializados diminuiu em 20%. Os bons resultados foram atribuídos a adoção de estratégias de ampliação de acesso, qualificação das equipes, ações de formação em serviço e ampliação da ESF, sob uma gestão formada há dez anos por funcionários de carreira. Entre os resultados desse investimento: 100% de cobertura da população pela ESF, com 70% das equipes compostas por especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e 75% em Saúde da Família (SF), contratados em regime estatutário mediante concurso público municipal. Combinado a isso foram citadas estratégias de qualificação dos profissionais da rede, como o programa de residência em MFC e multiprofissional em SF, o lançamento de guias de prática clínica (BMJ Pack Brasil Adulto) e os protocolos clínicos de enfermagem (FLORIANÓPOLIS, 2016b).

Estudos anteriores mostraram dificuldades na implantação do ESF no município e problemas no acesso a APS. Conill (2002) observou que a proporção entre o número de famílias assistidas e equipes de SF não era respeitada e o acesso continuava sendo um problema à população (CONILL, 2002). Luz (2009) realizou em seu estudo observação in loco de todos os CS de Florianópolis. O tempo de espera para atendimento era de quatro semanas ou mais em 84,5% dos CS, havia pouco agendamento para enfermeiros e vários esquemas de avaliação para poucas vagas de “urgências” ou “acolhimento” nas agendas dos médicos.

O estudo de Giovannella, Escorel e Mendonça (2009) relataram que a ESF implantada em Florianópolis era alicerçada na organização para atendimento de demanda considerada programática, com o estabelecimento de grupos prioritários - crianças até seis anos, gestantes, idosos e portadores de diabetes e hipertensão arterial - o que por vezes restringia o acesso aos cidadãos não pertencentes a esses grupos. No entanto, 91% das pessoas entrevistadas na pesquisa consideraram a ESF como de fácil acesso (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

Sisson et al. (2011) verificaram resultados semelhantes sobre a APS em Florianópolis. Esses pesquisadores relataram que ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. Os usuários não pertencentes aos grupos considerados prioritários tinham acesso mais restrito, dificultando a conformação do CS como serviço de primeiro contato. Apesar desses dados, aproximadamente 50% das famílias tinham referido o CS como porta de entrada preferencial. Os autores concluem que o acolhimento no município se demonstrou incipiente como tecnologia operacional e a organização do acesso muito diversificada entre os CS, corroborando para que um percentual importante das famílias cadastradas utilizasse os serviços das UPAs como fonte de cuidado regular (SISSON et al., 2011).

Uma pesquisa em 2013 com dados fornecidos pelo sistema de informação do município INFO-Saúde mostravam que aproximadamente mais de 97% do total dos usuários das duas UPAs municipais, que funcionam 24h por dia, eram classificados como de risco verde ou azul, situações passíveis de atendimento em serviços de na APS. Pesquisa inédita no mesmo ano com amostra representativa desses usuários ao longo de dois meses, envolvendo todos os dias da

semana e todos os turnos do dia e noite, mostrou que 20% desses usuários não frequentavam os CS (MASSUIA, 2015).

É importante considerar que a maioria dessas pesquisas foram realizadas com dados anteriores a 2011, ano em que ocorreram oficinas municipais envolvendo os profissionais de saúde da APS, promovidos pela SMS, em que houve tematização do problema do acesso, dentre outros temas; e que foi um marco para a ampliação do acesso, conforme alguns entrevistados e documentos institucionais (FLORIANÓPOLIS, 2011). Então, para chegar a um repertório institucional mais atual de ampliação de acesso, foi necessário fazer um retrospecto recente para avaliar quais iniciativas e processos institucionais foram realizados na SMS. Um ponto pertinente no favorecimento de ampliação de acesso foi o aumento expressivo no número de equipes ESF nos últimos anos, alcançando 100% de ESF no município em 2015, com 118 equipes de SF, aumentando esse número para 143 em 2017, antes do processo de redução judicial de carga horária de parte dos profissionais das equipes (de 40 para 30 horas). Em 2018, houve essa redução de carga horária de grande parte dos profissionais, havendo então em 2018 redução das equipes credenciadas no Ministério da Saúde (com profissionais com 40 horas) para 105 – dado de 17/10/2018, com o restante das 38 equipes com profissionais de 30 horas.

Antes de haver intensificação do processo de ampliação de acesso nos CS, descrito pela própria mídia institucional, as entrevistas de gestores revelaram que houve um processo de discussão sobre acesso dentro da secretaria. Foi descrito uma mobilização em qualificar de maneira geral a APS de Florianópolis, com equipes completas, redistribuição de territórios e qualificação dos profissionais. A partir dessas melhorias, veio em seguida um processo mais intenso de discutir especificamente sobre acesso.

“... 2008, foi quando a gente chegou num patamar de equipe completa, (...). Aí a gente começou a trabalhar de 2006 até 2008, num movimento assim, de completar a equipe. (...) E aí a gente já começou a trabalhar na lógica de trabalhar na área de abrangência, de fazer cada qual cuidar do seu povo. Aí em 2008, a gente fez um movimento (...), para territorializar o [distrito] (...). A gente começou a discutir não só a parte do território, mas a questão da qualificação da saúde da família. E aí eu vejo para mim, para mim, no município, esse marco é

2008. *Porque aí a gente consegue, já tinha pelo menos um documento, que foi a primeira portaria, que a gente fez enquanto distrito, junto com a Atenção Primária na época, que era uma portaria que dizia como que tinha que funcionar a atenção primária, (...). Eu tinha pediatra que compunha a equipe e só atendia criança, eu tinha pneumologista que compunha a equipe e só atendia adulto e, assim. Então tinha uma série de situações, então eu vejo que aí a gente começa um movimento de qualificação. Que parte assim do seguinte, (...) 'ah, o pessoal quer fazer uma especialização em saúde da família.' – 'Vai!'. Sabe, a gente liberava mesmo. E de tentar trazer médico de família. (...) trazendo médicos de família, junto com os enfermeiros que também já estavam em formação, para começar aí uma discussão de qualificação. Aí que a gente começa a entrar na história do acesso ...” (G4)*

De acordo com os gestores pesquisados, corroboradas com pesquisa em anúncios de mídia institucional, o movimento de discussão sobre acesso na APS dentro da SMS ocorreu principalmente durante os anos de 2010 e 2011. Esse movimento se iniciou com troca de experiências de melhoria de acesso nos CS, dentro dos distritos sanitários do município. De forma progressiva e acumulativa, em 2011, ocorreram grandes oficinas municipais com o tema de acesso na APS, momentos de compartilhamento dessas experiências exitosas de ampliação de acesso nas equipes da ESF, principalmente com mudanças em organização e processos de trabalho dentro dos CS. Em um desses espaços houve a parceria com Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade, com a visita do médico espanhol, pesquisador e professor da APS, Juan Gérvas, que trouxe um novo olhar para os modelos de acesso no Brasil (FLORIANÓPOLIS, 2011).

“Em 2011, (...) uma das estratégias que foram utilizadas nessa época, (...), era pegar boas experiências das equipes, das unidades que tinham alguma modalidade de expansão de acesso, e levar para discutir com outras equipes, uma estratégia de discussão em loco, de facilitação. (...). Então foi o primeiro contato que eu tive com essa estratégia de ampliação de acesso, foi essas iniciativas que se tinha para discutir com as equipes vizinhas, com os parceiros, quais seriam as

possibilidades. (...). (...) foi feito a primeira grande oficina de acesso do município, (...). Cada um apresentou sua iniciativa e se fizeram oficinas, rodas de conversa para se discutir quais seriam os pilares do acesso, idealmente você não esperaria mais de 48h para uma consulta quando procurado, todo mundo passando por alguma ação de escuta qualificada, ‘quais seriam os pilares?’ (...). A primeira [oficina] foi a que teve essas apresentações, essas oficinas e rodas de conversa e a segunda oficina foi a que se levou para plenária para validar aquela construção que havia tido. De lá para cá, o acesso, trabalhar acesso, virou vocabulário corrente na Secretaria, mas com variados graus de implantação ou sucesso, até porque ainda existe uma série de conceitos que não são bem compreendidos na rede, (...).” (G1)

Em 2013, a SMS promoveu alguns Fóruns Municipais de Saúde de Florianópolis, eventos internos que reuniram trabalhadores da gestão e da atenção à saúde. O tema central do I Fórum foi “Consolidação do modelo de atenção em saúde”, com o objetivo de construir um modelo de atenção baseado em acesso oportuno, adequação técnica, coordenação pela atenção primária e integração assistencial, temas que foram desenvolvidos nos fóruns seguintes e nos grupos de trabalho formados por participantes desse evento. O acesso foi, então, um tema muito trabalhado antes e durante a realização dos fóruns, através de espaços colaborativos, como as oficinas de acesso e oficinas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), apresentando, novamente, experiências locais para diminuir barreiras de acesso nos serviços (FLORIANÓPOLIS, 2013b).

“Até então nunca se tinha falado muito sistematicamente em ampliação no acesso e em 2009 começou um movimento encabeçado pela Gerência de Atenção Primária e pela Diretoria de Atenção Primária no sentido de tentar mudar um pouco o perfil de atendimento e o perfil de processo de trabalho das unidades. Até aquela época, no geral, as unidades elas trabalhavam com processo de trabalho bem fechado, com agendas bem programáticas, muito pouco demanda espontânea, e já se tinha esse movimento de discussão de toda a questão de ampliação do acesso principalmente na ampliação

da demanda espontânea nas unidades. E aí em [2011] foi feita uma primeira Oficina grande, com a rede toda, que foi a primeira Oficina de Acesso, onde praticamente toda a rede, todas as unidades de saúde da Atenção Primária participaram e começou-se uma discussão no sentido de o que era de fato a ampliação do acesso. (...) foram formados grupos de trabalho. (...), cada grupo de trabalho, trabalhou com alguma temática específica, todas dentro do acesso, e daquele dia saíram diretrizes para a mudança de todo processo de trabalho referente ao acesso nas unidades de saúde. Aquela foi uma primeira oficina grande, a partir dali houve mini oficinas que foram replicadas nos Distritos Sanitários e nas unidades de saúde, ...” (G3)

A Carteira de Serviços da APS de Florianópolis foi um dos produtos desses espaços colaborativos. Constitui-se de um material concebido para ser um guia dos serviços oferecidos na Atenção Primária, destinado à população, aos profissionais e aos gestores. A carteira foi um produto mais direto de um dos grupos de trabalho dos Fóruns Municipais de Saúde de 2013 (FLORIANÓPOLIS, 2013c).

“No Fórum foram discutidas quais seriam as prioridades para se trabalharem naquela gestão, foram feitos grupos de trabalho, misturados profissionais da ponta e gestão para trabalhar. Nos dos grupos que saiu, o grupo de elaboração da carteira de serviço, pensado por outras estratégias. E na carteira de serviço, eles usando o que já tinham havia construído nas oficinas anteriores, mas talvez seja o marco regulatório mesmo de acesso em Florianópolis. Se propõe regras para o acesso no município, por exemplo, 50% da carga clínica de cada equipe para a demanda espontânea e por aí vai.” (G1)

Assim, a estratégia utilizada nas oficinas e nos fóruns, de troca de experiências entre equipes, demonstrou que antes de 2011 já havia experiências inovadoras em alguns CS do município. Os modelos de agenda e processos de trabalho de alguns CS eram considerados como experiências exitosas, que poderiam funcionar como modelo para outras equipes. Norman e Tesser (2015) descreveram o processo de ampliação

de acesso no CS Tapera, que ocorreu em 2007. Essa mudança no CS Tapera foi intimamente vinculada a implantação do programa de residência médica de MFC, com alterações estruturais no CS, mudança de praticamente todos os profissionais de nível superior, criação de uma nova equipe da ESF e priorização do trabalho das equipes vinculado com sua população adstrita, o que não acontecia anteriormente. A partir desse momento, em 2007, foi ampliado o acesso dos usuários ao cuidado clínico com sua equipe de referência com a utilização das 2 horas iniciais de cada turno focado no atendimento da demanda espontânea, e depois desse horário a agenda era utilizado para outras atividades, como consultas agendadas, reuniões de equipe e visitas domiciliares (NORMAN; TESSER, 2015). Diretrizes que depois foram incorporadas na Carteira de Serviços Municipal, como a reserva de 50% da agenda para demanda espontânea, vieram dessas experiências inovadoras implantadas anteriormente em alguns CS, que foram considerados como referências no município, à época das oficinas municipais, em 2011. De acordo com os entrevistados, esses eram o CS Saco Grande, CS Tapera e posteriormente os CS Ingleses, vinculados à residência de MFC.

Nas entrevistas com os gestores, os fóruns e oficinas foram mencionados como importantes momentos para discussão de acesso na SMS. A partir desse momento, os distritos sanitários ficaram responsáveis por disseminar o processo nos CS. No entanto, pela própria perspectiva dos gestores, o processo de ampliação de acesso foi heterogêneo, com algumas equipes apresentando mais abertura para esse processo de mudanças e outras equipes com muita resistência para ampliar acesso. Além disso, o fato de não ter um incentivo mais concreto, como um incentivo financeiro, para ampliar acesso foi mencionado como um fator que dificulta no estímulo de mudanças locais.

“A partir daquele momento, as unidades tentaram seguir aquelas diretrizes, uma diretriz maior, por exemplo, que foi tentar manter a agenda de demanda espontânea com pelo menos 50%, isso a maior parte das unidades conseguiu fazer isso, mas outras que tinham avanços maiores em várias áreas, aí foi bem desigual. Algumas avançaram bastante, outras muito pouco, dependendo do perfil da unidade, perfil dos profissionais que estavam na unidade.” (G3)

“... a gente não conseguiu transitar direito do papel daquela diretriz para uma mudança real no acesso das unidades, principalmente porque não temos tantos apoiadores capacitados tecnicamente, como de liderança, para fazer essa mudança de modelo dentro de um sistema que ele é público, (...) não me dá possibilidades de mérito diferente para os profissionais que fazem esse modelo de acesso.” (G2)

Também foram mencionados problemas na atuação de profissionais da gestão (profissionais dos distritos e coordenadores dos CS) em mobilizar as equipes, inclusive com dificuldades de entendimento da importância de ampliar o acesso na APS. Os coordenadores locais foram mencionados como importantes figuras para atuar nas mudanças de processos de trabalho.

“As unidades que mais avançaram, foram as unidades que o coordenador também foi liderança do processo, não só os profissionais da equipe, então ele teve um papel central também, tanto pró positivo quanto pró negativo, com unidades que a gente não teve de fato parceria do coordenador a gente não conseguiu avançar muito.” (G3)

Além desses espaços colaborativos internos, a SMS ampliou sua atuação na qualificação de profissionais. A rede municipal de saúde já atuava como campo de estágio para a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e multiprofissional em Saúde da Família, coordenadas pela UFSC, há vários anos, além de ser campo de aprendizado também para alunos de graduação de diversas áreas da saúde. A prefeitura municipal apresenta até o momento 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 Sistema Único de Saúde (SUS) (FLORIANÓPOLIS, 2017a).

A partir de 2014, a residência médica em MFC passa para a gerência da própria secretaria e pouco tempo depois também se estabeleceu a residência multiprofissional em SF, agregando enfermagem, odontologia e profissionais do NASF. Esses programas de residências foram o incentivo para a criação, em 2016, da Escola de

Saúde Pública de Florianópolis. De acordo com pesquisa interna da SMS, a direção de Atenção Primária publicou que os médicos residentes aumentaram o acesso à saúde em cerca de 30% em relação aos demais profissionais, e também aumentaram a resolubilidade com menor taxa de encaminhamentos (FLORIANÓPOLIS, 2016c).

Outras medidas de qualificação da clínica foram implantadas na APS de Florianópolis. Uma delas foi o acesso a ferramentas digitais de medicina baseada em evidência como o British Medical Journal (BMJ) e Dinamed (FLORIANÓPOLIS, 2016d). Outra medida que visa aumentar a qualidade e resolubilidade da APS foram ações em telemedicina, como a Teledermatologia instalada na rede em 2015 (FLORIANÓPOLIS, 2015). A Telemedicina iniciou em Santa Catarina, em 2005, com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão a exames médicos. O sistema foi desenvolvido pela UFSC e pela Secretaria de Estado da Saúde. Em 2007, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Telessaúde Brasil, Santa Catarina já possuía experiência em Telemedicina e em 2010 os dois programas foram unificados. A Telessaúde Santa Catarina apresentava assim também um módulo de teleconsultoria para discussão de dúvidas clínicas e de gestão (TELESSAÚDE, 2018).

Em 2014, no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Florianópolis foi a capital melhor avaliada do país na APS. Segundo o Ministério da Saúde, 89,4% das equipes ESF tiveram avaliação acima da média ou muito acima da média e 84% na Saúde Bucal (BRASIL, 2014b). Porém, existiam pontos mais específicos do PMAQ que não obtiveram bons resultados. A pesquisa de Fontana, Lacerda e Machado (2016), avaliaram 91,9% dos municípios do estado de Santa Catarina, incluindo Florianópolis, utilizando os dados do PMAQ. O ponto crítico do trabalho foi o bloco de avaliação denominado “Disponibilidade para o Acesso”. Nele o horário de funcionamento dos CS foi apontado como o item mais crítico. Os municípios avaliados não conseguiram garantir nem o cumprimento das 40 horas semanais nem possuíam ao menos um CS no município com horário estendido para assistir sua população. De acordo com os pesquisadores, isto contribui para o excesso de demanda nos prontos-atendimentos (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Dois anos após análise do ciclo de PMAQ, a SMS anunciou em mídia institucional dados de pesquisa interna, demonstrando ampliação e melhoria de acesso. Quadro que pode ser consequência dos espaços

colaborativos e materiais produzidos após as oficinas de acesso e Fóruns Municipais de Saúde de 2013; mas há necessidade de maiores estudos com pesquisadores externos sobre acesso no município para corroborar os resultados apresentados. Assim, em agosto de 2016, a SMS anunciou que a Atenção Primária (APS) da capital tinha alcançado a marca de 100 mil atendimentos por mês em seus CS. De acordo com a matéria, entre 2012 e 2015, a rede aumentou em 20% o número total de pessoas atendidas nos CS. A SMS declarou ainda que aproximadamente 70% dos atendimentos eram oferecidos para consultas no mesmo dia, no regime de demanda espontânea. Para os demais casos, de consultas eletivas, o tempo de agendamento oscilava entre uma semana e 15 dias. Naquele momento, 10% da Rede Básica de Saúde estaria ofertando acesso ao sistema de saúde de maneiras alternativas, como telefone e e-mail para contato e acesso às equipes de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016e).

No segundo semestre de 2017, iniciou-se o projeto piloto de ampliação de horário de acesso à SF no CS Saco Grande, que passou a atender das 7h às 19h sem fechamento para horário de almoço. O CS já apresentava há muitos anos horário estendido, mas não pelas equipes de Saúde da Família, e sim com um médico avulso. De acordo com a secretária, o CS em questão foi considerado como referência para o modelo ideal de acesso da população aos serviços de APS, com o uso do telefone e e-mail para agendamento de consultas e com os agentes comunitários de saúde fazendo o acolhimento direto à população, sem que os pacientes tivessem que passar pela recepção (FLORIANÓPOLIS, 2017b). No primeiro semestre do ano seguinte, foi anunciado extensão de horário de outras unidades, que passaram a ficar abertas em horário de almoço – 12h a 13h – e alguns CS com abertura às 7h e fechamento às 18h ou 19h. Em mídia foi colocado que a intenção da SMS é expandir essa ampliação de horário e melhoria organizacional de acesso para os outros CS, sem especificar como iria ser realizado isso (FLORIANÓPOLIS, 2018a).

A rede de APS de Florianópolis teve medidas consideradas inovadoras, muitas visando ampliação do acesso e qualidade na atenção à saúde. Um grande exemplo disso é que Florianópolis foi pioneira no país na implantação do projeto *Providing guidance to empower health teams globally*, em parceria com o BMJ e a Universidade do Cabo na África do Sul, para capacitação de equipes de APS através do desenvolvimento de protocolos clínicos e diretrizes baseadas em

evidência. O material desenvolvido é denominado Practical Approach to Care Kit (PACK) (BMJ, 2018). O PACK é um guia para médicos e enfermeiros de APS que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica. Abrange cerca de 40 sintomas e 20 condições crônicas. O projeto teve início prático em 27 de junho de 2016 na cidade (FLORIANÓPOLIS, 2016f).

Também nessa mesma linha, dentro da rede de serviços de saúde de Florianópolis, foram realizadas medidas de aumento de contato de APS e a Rede de Atenção Especializada. Existe no momento apoio matricial regulado com diversas especialidades, com uso do e-mail das equipes para discussão de caso com especialistas dentro da própria rede. Além disso, também foram criados protocolos de acesso à diversas especialidades e exames para organizar e qualificar os encaminhamentos da APS (FLORIANÓPOLIS, 2018b).

Uma medida muito citada nas falas dos entrevistados de maneira geral e também citadas institucionalmente foram os protocolos clínicos de enfermagem. Até primeiro semestre de 2018 havia uso de protocolos com procedimentos da enfermagem em quatro áreas: a) saúde da mulher; b) infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva, dengue e tuberculose; c) atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto; e d) diabetes e hipertensão e outros fatores associados a doenças cardiovasculares (FLORIANÓPOLIS, 2018c).

Como prática inovadora da rede municipal não podem deixar de ser citadas as várias experiências com a inserção de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na APS. Um exemplo foi a fitoterapia, constando-se implantação de hortas medicinais em 26 das 49 CS (FLORIANÓPOLIS, 2018d). Outro exemplo foi a oferta de curso introdutório de acupuntura de 80 horas, em parceria com a UFSC, para os médicos da APS, com cinco edições já realizadas desde 2011 (MORÉ; TESSER; MIN, 2016) e a sexta em andamento desde outubro de 2018. A SMS anunciou em março de 2018 que 90% dos CS oferecem práticas integrativas como yoga, auriculoterapia, massoterapia e acupuntura (FLORIANÓPOLIS, 2018e).

A APS em Florianópolis apareceu algumas vezes como destaques em mídia nacional e internacional. Na reportagem “Referência em atenção básica de saúde, Florianópolis atende até quem tem plano”, de abril de 2018, foi destacado que 15% da população que possui plano de saúde são atendidos na ESF do município. Entre outros

motivos atrativos da rede pública foram listados o acesso facilitado a consultas, como conseguir consultar o médico no mesmo dia ou semana, e o acesso às PICs (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018a). No mesmo jornal, foi publicado em agosto de 2018 duas reportagens sobre a atuação da enfermagem na APS de Florianópolis, com o uso dos protocolos clínicos de enfermagem, sob os títulos “Com consultas de enfermeiros, acesso à saúde cresce 30% em Florianópolis” e “Enfermeiros desafogam fila de saúde em SC” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018b, 2018c).

Em agosto de 2018, a SMS lançou o Programa de Acreditação em Saúde, uma inovação que visa a melhoria de qualidade e segurança nos serviços de saúde da rede municipal. O programa será voltado inicialmente para as unidades de atenção básica, que a partir de 2019 irá certificar a qualidade dos serviços. Dentre os itens desse programa, que contará com incentivo financeiro aos profissionais, apresentam-se diversos itens consonantes com melhoria e ampliação do acesso. É uma iniciativa cujos resultados necessitarão ser avaliados em pesquisas futuras (FLORIANÓPOLIS, 2018f). Duas pesquisas sobre acesso em Florianópolis foram realizadas no Distrito sanitário Norte, mais especificamente sobre o uso de modelo de agendamento de consultas médicas mais aproximado do chamado “acesso avançado”. Vidal (2013) demonstrou que eSF que utilizavam modelo de agenda mais próximo do acesso avançado atenderam um número maior de consultas médicas anualmente em comparação com outras formas de agendamento, tais como o sistema com vagas - marcações semanais, quinzenais, mensais – e o modelo tradicional, sem limite temporal para as marcações de consultas. O mesmo autor usou a ferramenta PCATool como instrumento de avaliação de APS para avaliar se o modelo de agendamento tipo “acesso avançado” estaria relacionado a um melhor desempenho ou qualidade da APS (VIDAL, 2018), pois dentro no município haviam CS que tinham implantado agendamento de consultas tipo “acesso avançado” com esforço e adaptações necessárias à realidade local. Os resultados demonstraram uma relação estatística significativamente positiva entre agenda mais flexível como no acesso avançado e o escore médio da APS via PCATool (Vida et al., 2018).

A residência em Medicina de Família e Comunidade de SMS Florianópolis vem contribuindo com algumas pesquisas sobre acesso na APS, com seus trabalhos de conclusão de residência. Garibaldi (2016) fez análise quantitativa da demanda de consultas médicas dos 49 CS de

Florianópolis, durante o ano de 2015, tendo como objetivos específicos determinar os indicadores de pressão assistencial, frequência, intensidade de uso repetido e utilização dos mesmos. O estudo demonstrou grande variabilidade dos indicadores com marcada iniquidade de carga de trabalho e acesso da população entre os diferentes CS. Ao analisar o indicador de pressão assistencial, por exemplo, a pesquisa revelou uma grande diferença no número médio de consultas diárias realizadas por médico em cada CS, variação de 9,9 a 24,6 consultas/médico/dia. Um outro indicador que chama a atenção é a média de pacientes atendidos tanto por médico quanto por equipe nos CS que são campo de residência, que são maiores que nos CS sem residentes. O autor inferiu que o maior acesso nos CS com residência deve estar relacionado tanto à organização dos serviços nesses locais como ao aumento da capacidade da oferta de consultas pelas equipes quando contam com o médico residente (GARIBALDI, 2016).

Outra pesquisa teve o objetivo de identificar o impacto da formação em MFC na taxa de encaminhamentos a partir da atenção primária de Florianópolis. Realizou-se um estudo transversal analítico de 375.645 consultas e 34.776 encaminhamentos realizadas por 123 médicos da APS de Florianópolis no ano de 2016. O resultado mostrou que a formação em MFC através da residência médica associou-se significativamente à redução na taxa de encaminhamentos da atenção primária, independente de fatores dos médicos, pacientes e do serviço (REBOLHO, 2018).

Assim, o município de Florianópolis apresenta-se como fonte rica para estudos sobre acesso aos serviços de saúde da APS. Após uma retrospectiva de ações realizadas na SMS e por acúmulo de experiências pioneiras em CS, são necessárias novas pesquisas, tanto internas da secretária e por entidades externas para se verificar a potencialidade das ações no provimento de melhores cuidados aos usuários. Além disso, também é importante verificar entraves e problemas na concretização das diversas ações implantadas, que podem com isso não atingir de fato o objetivo de ampliar o acesso nas eSF.

A presente pesquisa se focou nos desafios, aprendizados e vivências dos profissionais médicos e enfermeiros das eSF de Florianópolis que experimentaram nas suas equipes e serviços de APS processos efetivos de melhoria e ampliação do acesso nos últimos anos, ainda que não tenham sido sustentavelmente e permanentemente exitosos, mas que tenham sido significativamente exitosos por um

tempo concreto mínimo de alguns anos. A perspectiva foi registrar e analisar de modo relativamente aprofundado esses profetos para melhor compreendê-los, em seus êxitos e fracassos, facilidades e dificuldades, para deles extrair aprendizados e possíveis acúmulos que orientem tanto outras eSF quanto gestores municipais. Esta experiência quase “intestinal” e cotidiana do “front de batalha” da ampliação do acesso na ESF fica geralmente inacessível aos gestores e aos indicadores institucionais, geralmente quantitativos, restando comumente dispersos nos profissionais que os viveram. O seu registro e análise é necessário para a progressiva assunção e viabilização de um acesso ampliado e apropriado dentro das equipes da ESF.

5.2 AMPLIAÇÃO DE ACESSO EM CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS NA VISÃO DE MÉDICOS(AS) E ENFERMEIROS(AS) QUE VIVERAM PROCESSOS EXITOSOS

Os médicos e os enfermeiros, de maneira geral, narram os processos de ampliação de forma semelhante, sem muitas diferenças entre as duas categorias. Um primeiro ponto interessante é a dinâmica do médico e enfermeiro. Eles aparecem como personagens cruciais para o processo de ampliar o acesso, que pode acontecer com uma maior liderança de um dos dois, mas de maneira geral apareceu a importância da liderança conjunta dessa dupla. Ao se constituir a dupla médico e enfermeiro interessados em ampliar o acesso, inicia-se os processos e etapas de mudanças de processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (eSF). Foi comum isso ser iniciado ou acelerado pela entrada de residentes médicos ou residentes enfermeiros dentro da equipe.

Quanto ao processo de ampliação em si, ele foi variado. Em alguns casos o CS nunca tinha vivido processos de ampliação de acesso, acesso avançado ou outros tipos. O desencadeante da mudança ocorre com a entrada de novos profissionais, principalmente médicos de família e comunidade, ou por trocas de diversos profissionais, alguns casos com renovação total ou quase total dos profissionais de nível superior da unidade. Isso pouco aparece nos discursos quanto a profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACS), não sendo incomum que os pontos de resistência para mudanças em processos de trabalho foram os profissionais de nível superior que estão há mais tempo no CS ou os profissionais de nível médio e ACS.

“... houve dificuldade grande, no começo eram dois outros médicos que estavam aqui há muito tempo, não são médicos de família, com perfil, não estavam nem muito satisfeitos [porque] estavam trabalhando na atenção primária e que dificultava bastante...” (M4)

“Eu sinto que eles [ACS e TE] são ainda uma categoria com bastante resistência a esse negócio de abrir acesso. Talvez os discursos de, “aí, isso aqui tá virando uma UPA”, venham, quando sai, sai mais da boca deles assim. E é engraçado, porque o ACS é paciente na maioria das vezes. (...). Os técnicos, eu acho que a mesma coisa, eu acho que os técnicos têm o perfil de a categoria deles ser muito de ‘divididinha’ nos setores.” (M8)

Algumas vezes foi colocado que a única maneira de terem ocorrido mudanças significativas foi quando mudaram de profissionais, principalmente os de nível superior. Em outros casos as mudanças foram mais lentas exatamente por haver todo um processo de convencimento e sensibilização dos profissionais. Assim, processos de implantação de acessos mais ampliados variaram de poucos meses, como seis meses, até três anos aproximadamente. Também houve relatos de flutuações no processo, muito influenciados por quadros de instabilidade de recursos humanos (RH); como decidir ampliar o acesso nos próximos meses e ocorrer de ficar com só um médico no CS, sendo então decisão postergada para depois de preencher RH.

“... eu comecei a conversar com a enfermeira para ver como que a gente poderia mudar isso. (...)acabou ocorrendo que [no CS] ficou sem médicos durante um período, eu fiquei como único médico lá, no final de 2015, e aí era o momento quando eu ia fazer essa troca, que daí não consegui fazer ...” (M6)

Algumas características comuns da ampliação do acesso relatados pelos entrevistados incluem: priorizar a demanda espontânea e a consulta no dia, não só queixas agudas, mas também exacerbação de queixas crônicas, mostrar resultados de exames e queixas crônicas para investigação. A maioria dos participantes incentivava que receitas

fossem deixadas para renovar, sem necessitar vir em consultas, e alguns também incentivavam que processos de atestados de pacientes já conhecidos também poderiam ser por essa via, não necessitando vir em consulta.

Os profissionais médicos e enfermeiros não apresentavam agenda com vagas fechadas para pacientes considerados programáticos. Hipertensos, diabéticos e outros quadros crônicos eram incentivados a virem nessas consultas para o mesmo dia ou de acolhimento - o termo variou entre os entrevistados. Tem algumas exceções de vagas para consultas agendadas, que em pequena quantidade se restringem geralmente às crianças menores de dois anos e gestantes, sendo que também poderiam ser atendidos na demanda espontânea. Também foram relatados casos de vagas fechadas para idosos e pessoas com dificuldade de locomoção. A maioria das agendas dos entrevistados ficava sem pacientes agendados por mais de uma semana ou 15 dias, com exceção de gestantes e crianças. Alguns CS mantinham consultas para agendar na recepção, e a maioria colocou que todos os pacientes passavam por uma escuta com alguém da equipe, e após escuta havia a tentativa que fossem atendidos no dia, de acordo com ordem de chegada, mas com priorização em alguns casos devido à necessidade clínica ou vulnerabilidade social. Se não fosse possível atendimento no dia, era orientado vir no outro período e dependendo do caso agendando dentro da semana. Todas as equipes estavam trabalhando no sentido de não ter um momento em que paciente não pudesse comparecer e ser escutado, alguns com priorização de vir no começo do turno, e quando em reunião e visita domiciliar incentivava-se aos usuários virem no momento que a equipe estaria mais disponível, mas garantindo a escuta por algum profissional da equipe ou de uma equipe amiga/irmã. Na verdade, todos trabalhavam com essa questão da importância da escuta.

Quem realizava a escuta de primeiro contato variou pelas equipes. Alguns incluíam ACS, TE e administrativos na recepção, dependendo muito de como era o quantitativo desses profissionais no CS e a vinculação 'real' desses profissionais com a equipe. Se a escuta fosse realizada por profissional sem nível superior, sempre o havia respaldo de médico ou enfermeiro para casos de não haver vaga de consulta naquele momento.

Então, como semelhança, todos trabalhavam com pelo menos 50% ou mais da agenda em demanda espontânea, poucos agendados – normalmente agendado após escuta com equipe, agendamentos

normalmente não ultrapassando 15 dias, poucos retornos agendados. Alguns CS mantinham consultas agendadas sem escuta prévia e mantinham número de fichas para atendimento em acolhimento no dia, mas mesmo nesses casos os pacientes tinham possibilidade de conseguir falar com algum profissional de saúde para ser escutado caso não conseguisse consulta. Muitas equipes faziam vigilância de casos por outros meios que não através de falta nos agendamentos.

Foi característica da maioria das equipes a tendência de abandonar a lógica de atendimentos por “fichas” e ordem de chegada. Por vezes as fichas eram usadas para organizar a escuta, mas não para estabelecer o número de vagas para consultas médicas e de enfermagem, o que era definido após a escuta, que normalmente seguia alguma avaliação de risco e vulnerabilidade e também capacidade de resolução dos casos.

Todas as equipes dos entrevistados trabalhavam com área definida e vinculação dos casos, mas também com compartilhamentos dos casos com membros dentro da equipe – não havendo casos “exclusivos para enfermeiro” ou “casos exclusivos para médico”. Foi referido haver casos preferenciais, mas não exclusivos. Também foi característico dessas experiências evitarem longos períodos sem atendimento à demanda espontânea, por vezes ocorrendo mudanças de horários de visitas domiciliares e de reuniões de equipe com redução dos mesmos (quando tomavam um turno inteiro de trabalho) para viabilizar no mesmo turno atendimento da demanda.

A maioria dos profissionais entrevistados usava uma maneira diferente de organizar a agenda que não o *INFO-Saúde* (sistema de agendamento municipal informatizado), em geral, uma lista de papel ou planilha no *Google Drive*.

Também foi característico que todos estavam usando pelo menos uma ferramenta não presencial para contato com usuários, como telefone, *WhatsApp* e/ou e-mail, além de estarem utilizando ferramentas digitais entre os profissionais da equipe para comunicação, principalmente bate-papo entre computadores, como *Google Talk*, *Hangout*, *LAN*, *ICQ*.

Os termos utilizados nas entrevistas para acesso e sua ampliação foram variados: acesso, atendimento a demanda espontânea, ampliação de acesso, acesso mais aberto, acesso avançado. Também foi muito utilizado o termo escuta e escuta qualificada das demandas, como importantes para a ampliação do acesso. A maioria dos entrevistados

caracterizava seu acesso como “acesso avançado” ou “acesso ampliado”, apesar de que alguns colocavam que seu serviço não preenchia completamente os critérios exatos para acesso avançado.

O termo “acolhimento” também foi mencionado para caracterizar o atendimento à demanda espontânea, mas com menor frequência. Algo que chamou atenção foi o pouco uso do termo acolhimento, algumas vezes designando o local em que se realizava a primeira escuta das demandas. Outras vezes foi utilizado para designar o espaço da agenda reservado (prioritariamente) para o atendimento de demanda espontânea do dia, ou ainda como um procedimento realizado principalmente pelos técnicos de enfermagem (TE), em momento em que os profissionais da equipe (médico e enfermeiro) estavam em atendimento de consultas agendadas. Ao se questionar a inserção de Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), um profissional da gestão relatou que o termo acolhimento foi trabalhado na época, mas mostrou-se pouco específico e vago, o que pode explicar a diversidade do uso do termo entre os entrevistados.

“... eu era coordenadora [do CS] quando teve a portaria do acolhimento [de 2007]. O problema é que foi uma portaria que ela era muito inespecífica também, ela falava, ‘você tem que acolher todo mundo’. Mas o que é de fato acolhimento? Algumas unidades até tentaram se estruturar pra ter alguém até mais de retaguarda na recepção, mas ela virou meio que uma recepção um pouco mais qualificada, mas de fato ‘acolhimento’ como ele deve ser não aconteceu assim. Foi um primeiro movimento talvez, eu acho, mas ele não foi suficiente de fato pra mudar o processo de trabalho.” (G3)

5.3 O PROCESSO DE AMPLIAÇÃO E FATORES QUE FACILITAM OU DIFICULTAM ESSE PROCESSO

Os processos de ampliação de acesso foram variados. Algumas equipes começaram fazendo um estudo de demanda e de marcadores para ver a necessidade do volume de consultas para gestantes, por exemplo; e quantas consultas em média conseguiria a equipe ofertar por turno, antes de “abrir mais as portas”, outros foram já fazendo e depois “sentindo” quanto poderiam ofertar de consultas.

Antes de ampliar o acesso, com maior oferta de consultas, reorganização de agendas e escuta mais qualificada das demandas, alguns CS fizeram processos de organizar fisicamente os espaços das equipes nos CS. Assim, mudanças de salas com médico e enfermeiro da mesma equipe ficando próximos, com sinalização de cores das equipes, sinalizando para funcionários e usuários a importância de vinculação do usuário com sua equipe adstrita, para o usuário saber qual sua equipe e para onde se dirigir dentro do CS. Inclusive houve casos de redimensionamento da população vinculada e criação de novas equipes.

As etapas de ampliação do acesso são relatadas como graduais e “ir vendo aos poucos se vai dando conta”, por vezes iniciando com aumento da quantidade de vagas disponíveis, por vezes escutando os pacientes dessas vagas para ir colocando mais preferencial para médico e enfermeiro e depois de certo número de vagas os pacientes serem escutados pelos TEs e passarem por interconsultas para verem se irão ser encaixados na agenda dos profissionais, mantendo ainda 50% de consultas agendadas. Uma quantidade menor de relatos envolvia uma mudança mais abrupta no acesso da equipe, por exemplo, ao chegar ao CS, profissional médico mudar a agenda logo de início ou ao haver troca de grande parte dos profissionais no CS.

Os profissionais normalmente apresentaram espírito de melhoria contínua, com necessidade de ir reavaliando os processos de trabalho, mesmo que empiricamente, principalmente durante reuniões de equipe e por vezes em reunião de planejamento de todo o CS (mensais nos CS de Florianópolis), ou reuniões de categoria, rediscutindo como está no momento, que mudanças foram boas ou não, ir mudando o que não foi “bom” para equipe e população na medida do possível.

Alguns exemplos de mudanças que não tiveram bons resultados e precisaram ser revistos foram, por exemplo: colocar todos os pacientes da equipe da demanda espontânea do dia nas conversas de bate-papo entre computadores. Isso rapidamente ficava desorganizado e logo a equipe viu a necessidade de uma lista para esses pacientes em separado. Outro caso de fracasso foi a equipe com acesso mais ampliado fazer a escuta de pacientes de outras equipes, normalmente tendo conflitos quanto à disposição de atender mais pacientes pela equipe responsável: logo se viu a necessidade de cada equipe ficar responsável por sua escuta/acesso.

A maioria dos entrevistados relatou perceber também que foi progressivamente ficando mais fácil e interessante ir reduzindo cada vez

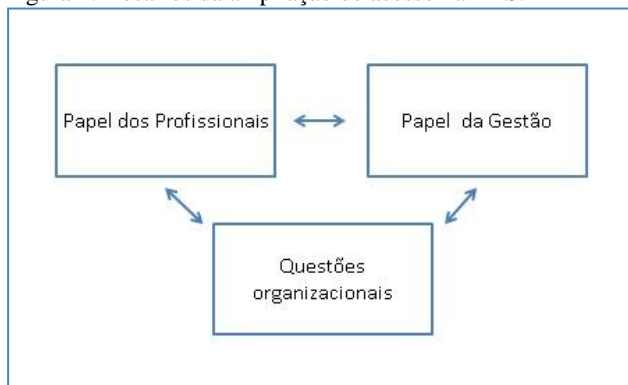
mais a quantidade de pacientes agendados previamente, pelo fato de serem muito interrompidos por pedidos de consultas de “encaixes” e por haver grande quantidade de faltas dos agendados. Assim foram reduzindo geralmente de forma progressiva para menos de 50% de agendados, com variável proporção, alguns relatando até 80% ou mais de agenda livre para demanda espontânea ou consultas do dia. Todos os profissionais mostraram interesse em fazer algo diferente para melhorar o acesso, mesmo que alguns relataram não terem condições de fazer no momento por diversos motivos. Inclusive colocaram que a pauta acolhimento, acesso e agenda são temas recorrentes e constantes nas reuniões de equipe.

Também foi mencionada a necessidade de trabalhar tempo de consulta de médicos e enfermeiros, para haver possibilidade de maior quantidade de consultas e consultas mais focadas. Foi muito mencionado como residentes auxiliam como provedores de maior quantidade de consultas médicas e de enfermagem. Também foi comum um sentimento de responsabilidade pelos pacientes adscritos na sua equipe, no sentido de que se eles não conseguem acessar sua equipe isso é responsabilidade dos profissionais da equipe.

Outra característica comum dos entrevistados foi ter a ideia de que o paciente não é necessariamente culpado por não seguir regras da unidade, como ter que vir naquele horário para conseguir consulta. Geralmente, houve tentativas de mudar os processos de trabalho para que o contato do paciente com profissional ficasse mais adequado para cada paciente, vendo mais caso a caso, evitando generalizações.

Além da descrição geral dos processos de ampliação de acesso, a pesquisa buscou encontrar fatores que facilitam e dificultam a ampliação do acesso nas eSF. No aprofundamento da análise das entrevistas foi possível encontrar diversos tópicos concernentes a esses fatores. Como forma de facilitar a compreensão desses tópicos, estes foram divididos em três polos temáticos que emergiriam da análise das entrevistas: “Papel dos Profissionais”, “Papel da Gestão” e “Questões organizacionais”. Os polos possuem várias interdependências e cruzamentos ou intersecções entre si, e sua diferenciação foi feita para fins analíticos e de apresentação. Cada um deles comporta categorias e subcategorias (a eles atribuídas por maior afinidade e também emergentes da análise), que serão discutidas a seguir com mais profundidade, conforme Figura 1.

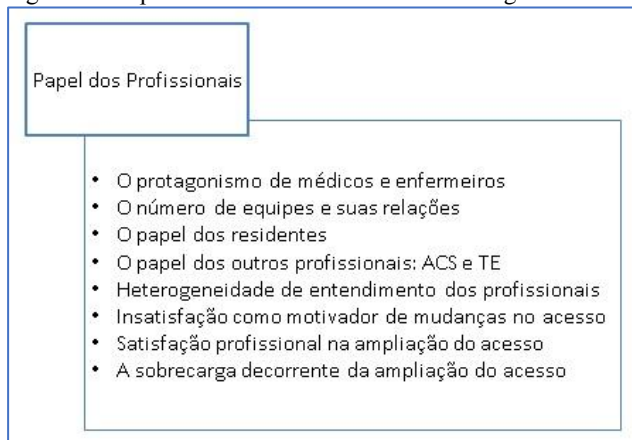
Figura 1: Desafios da ampliação de acesso na APS.



Fonte: Elaboração própria.

5.4 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Figura 2: “Papel dos Profissionais” e as suas categorias.



Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais dentro do CS e suas relações entre si ocuparam um lugar de destaque nos depoimentos. Esse tema envolve profissionais de todas as categorias, seu perfil profissional, suas experiências prévias, suas habilidades, entre outras características. Questões estruturais básicas apareceram nas falas, como quantidade de Recursos Humanos (RH), espaço físico, dimensionamento populacional das equipes,

questões que serão abordadas mais adiante nos polos seguintes. No entanto, emergiu claramente das entrevistas a importância da qualidade desse RH, ou seja, as características e inter-relações desses profissionais parecem ser tão importantes ou mesmo às vezes mais importantes no processo de ampliação do acesso do que as questões estruturais básicas das equipes da ESF.

Dentro desse polo de “Papel dos Profissionais”, o protagonismo de médicos e enfermeiros surgiu com lugar de destaque no processo de ampliação de acesso. Nas entrevistas realizadas, um fator facilitador para a ampliação de acesso foi o perfil desses dois profissionais-chaves – médicos e enfermeiros. Além do perfil, surgiu a relação entre eles, sua parceria, a divisão de tarefas, constituindo assim lideranças importantes no processo de ampliação de acesso nas equipes. O contrário reforça a importância dessa dupla, como fator que dificulta o acesso, certas características e dificuldade de relação entre esses dois profissionais demonstraram-se como entraves na ampliação do acesso.

O encontro da dupla médico e enfermeiro apareceu de forma unânime como importante no processo de ampliar acesso, como um encaixe de entendimentos sobre como se quer trabalhar o acesso na equipe. Em alguns casos, o médico antes estava trabalhando com um enfermeiro que não aceitava a ampliação de acesso e com isso não se conseguiu ter uma ampliação mais significativa. Outras vezes enfermeiros que estavam no CS há algum tempo e tinham desejo de fazer algo a mais não conseguiam e no momento que ocorreu a parceria entre médico e enfermeiro com desejo mútuo de mudar os processos de trabalho se forma, as mudanças se iniciam. Mesmo que haja obstáculos, esse parece ser um momento decisivo.

“... essa enfermeira nova, e ela disposta a fazer, a atender a demanda espontânea, disposta a fazer interconsulta, isso também ajudou muito, foi a partir dali que eu vi que ia deslanchar, sozinho eu não ia conseguir.” (M2)

“... na época a gente tinha um médico que não tinha avançado assim, nas questões de atenção primária, não era, não tinha formação na área, a gente passou por algumas situações de que ele atendia, ele queria atender as gestantes dele, eu ficava com as minhas, não tinha muito um trabalho em equipe, então era um número limitado de senhas também...” (E3)

Não foi incomum haver maior influência do médico nesse processo, como forte liderança para mudança de processos de trabalho; e o enfermeiro aceitar participar junto. Foi menos comum, mas também apareceu o processo contrário em uma das entrevistas, em que o enfermeiro em questão quem liderou o processo de qualificação da equipe ESF dentro do CS, incluso no atributo acesso. A influência do médico apareceu de maneira mais forte, ou seja, por mais que o enfermeiro deseje mudança, se não tiver um médico que entenda a importância das mudanças, que aceite flexibilizar seu tempo de consulta, ser interrompido nas consultas com interconsultas, aceite aumentar número de consultas com encaixes, fazer escuta de demanda junto com o enfermeiro, agilizar os atendimentos de maneira geral, o enfermeiro fica muito limitado. Quanto ao contrário, o médico até consegue ampliar acesso com pouca ajuda do enfermeiro, mas isso traz um nível grande de sobrecarga, pouco possível de se sustentar a longo prazo. Isso parece estar relacionado principalmente à capacidade clínica do enfermeiro e seu interesse em ampliar acesso. Porém, mesmo esse interesse existindo, fica limitado o processo e dependente em alguma medida do médico que estiver na equipe. A participação da coordenação do CS nessa dinâmica, acima descrita como envolvendo apenas médico e enfermeiro, será tratada posteriormente, mas é relevante adiantar, sinteticamente, que ela foi relatada como geralmente muito limitada, o que realça a importância dessa parceria da dupla médico-enfermeiro.

“... eu entrei praticamente junto com o doutor, então a gente começou o trabalho bem junto assim. (...) Aí essa ideia veio mais do doutor, que ele é médico de saúde da família e ele que veio com essa ideia...” (E4)

“... a política da secretaria foi melhorando, foi mudando, foi vindo esses profissionais já com qualificação, então, pessoas, que os médicos que vieram de outros lugares já com formação de medicina de família e comunidade também trouxeram, mudaram um pouco dessa mentalidade dos que a gente, dos médicos que a gente trabalhava no início (...). A gente daí, as enfermeiras entraram também, com essa formação e aí a gente foi passando isso aos poucos para a equipe...” (E1)

O fato de ser médico de família parece ter grande influência, já que o processo parece ainda muito dependente do médico. Os enfermeiros colocaram que a formação em graduação e por vezes até em pós-graduação em enfermagem são insuficientes para a Atenção Primária em Saúde (APS), e que fez diferença a formação do médico que está junto na equipe, além de todo incentivo do município para a mudança de aumentar a potencialidade clínica da enfermagem. Resumindo, precisa muita liderança dos dois - médico e enfermeiro -, mas ainda apareceu uma proeminência maior do médico no processo de ampliação do acesso nas equipes.

Então é necessária para ampliação do acesso a parceria entre médico e enfermeiro, no sentido de se sentirem como colegas, dividindo o trabalho, levando a equipe junto, um podendo contar com o outro. Importante a flexibilidade de um ajudar o outro nos casos, dos pacientes serem dos dois, ter facilidade em fazer interconsultas. Também é claro que os dois são lideranças para que a ampliação de acesso aconteça na equipe, são os profissionais quem assumem as maiores responsabilidades, bancam a ampliação de número de consultas que vai ter principalmente no começo, conseguem um telefone por conta própria e ficam responsáveis por responder mensagens de telefone e e-mail, e com isso vão estimulando outras pessoas na equipe a participar com mais ou menos resistência, principalmente ACS e TE.

Por mais que os médicos e enfermeiros assumem a liderança no processo, também citaram que foi importante estarem dividindo responsabilidades dentro da equipe, isso acontece de maneira mais clara quando tem residentes na equipe, ou seja, outros profissionais de nível superior assumindo parte das funções que cabiam exclusivamente aos médicos e enfermeiros. Com essa divisão de responsabilidades foi citado uma sensação de se sentir menos pesado no processo de ampliar o acesso.

A formação específica em saúde da família e medicina de família foi visto de maneira positiva para ampliar acesso porque isso trouxe uma visão diferenciada de APS, tanto para médicos como enfermeiros. Médicos colocaram como experiências e estudo na residência fizeram diferença para motivar ampliar acesso, e enfermeiros colocaram que a formação em saúde de família e também o contato com médicos de família e residentes fizeram ampliar essa visão de APS. Parece que a experiência somente com graduação é insuficiente para isso, insuficiente para motivar-se ampliar o acesso e saber como

organizar a agenda para acompanhar longitudinalmente os pacientes em APS.

“Agora a gente tem a maior parte das nossas unidades de saúde com profissionais de saúde que nunca tiveram essa experiência (...) desse tipo de acesso ou de acesso no dia ou de treinamento de como atender com mais eficácia na sua consulta. Pelo contrário, nossa formação é sempre de agregar coisas na consulta e a gente não conseguir distribuir esse tempo ao longo dos vários encontros com o paciente.” (G2)

A totalidade dos profissionais médicos entrevistados possuía residência ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, o que não é realidade na maioria dos locais de APS do país. Importante considerar que o acesso a APS não atinge a toda população brasileira e uma quantidade muito menor tem acesso a um médico altamente qualificado para atuar nesse nível de serviço de saúde.

A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que 72% da população não possuem planos de saúde privados e 56% da população está cadastrada em uma equipe da ESF (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Os dados do Ministério da Saúde são semelhantes: estimando três mil usuários por eSF, as 42.855 equipes implantadas até abril de 2018 cobrem 62,4% da população brasileira (BRASIL, 2018) – não se sabe a cobertura da APS sem ESF. Quanto às especialidades médicas, uma pesquisa recente sobre a quantidade de médicos de família e comunidade no Brasil calculou o número total de 5.438 em 2017, menos de 2% do total de médicos no país (AUGUSTO et al., 2018). Se todos os médicos de família e comunidade estiverem atuando em uma equipe ESF (o que se sabe não ser verdade, dado haver desses profissionais no setor privado, na gestão e na docência), estimar-se-ia a proporção de 12% das equipes de saúde da família com médicos qualificados em APS. Importante considerar que se trata de um número superestimado, sendo assim o valor real não deve ultrapassar 10%. Além disso, existem as discrepâncias regionais, deduzindo-se assim que em vários locais dificilmente contou em algum momento com um médico com esse tipo de formação.

A região Sul parece ser um local privilegiado no perfil de médicos atuando nas eSF. Um estudo realizado intitulado “Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de Atenção Primária

em Saúde no Paraná” encontrou um perfil diferenciado em relação à formação em APS, sugerindo que isso pode ser um fator para que esses profissionais sejam lideranças nas equipes. Utilizando os dois ciclos do PMAQ-AB no Paraná, 56,6% dos médicos do ciclo I e 36,8% do ciclo II realizaram algum tipo de especialização na área da Saúde Coletiva (CAVALLI; RIZZOTTO, 2018).

A participação da enfermagem apareceu como muito importante – principalmente seu caráter clínico. Assim, a enfermagem apareceu dividindo a demanda de maneira mais intensa com o médico, de não ficar restrito a saúde da mulher, com realização de pré-natal e coleta de preventivos. Alguns enfermeiros colocaram isso como um diferencial de Florianópolis e outras cidades que já trabalharam, como no interior do estado. Em Florianópolis elas são estimuladas a participar do atendimento clínico na APS, enquanto em outras cidades era comum os atendimentos ficarem mais centrados na figura do médico. Algumas colocaram que se sentem realizadas por esse tipo de trabalho e como sentem que a população já está mais acostumada de ser atendido por enfermeira, por mais que ainda se tenha resistência, isso foi melhorado com vínculo da população e atendimento clínico continuado.

“... facilitou muito, pra mim enquanto enfermeira, ter a demanda na mão e ver o que eu tenho mais autonomia aqui de resolver, de ser mais resolutivo ou não, os pacientes que eu já acompanho, (...) agora depois de 13 anos, 12 anos na atenção primária que eu me sinto completa enquanto enfermeira, que eu tenho uma equipe parceira.” (E2)

“... eu estou há seis anos, isso faz uma diferença muito grande, (...) tem todos os nossos processos de vincular, de mostrar qual é o papel do enfermeiro, então hoje eles[usuários] sabem, o que é o papel do enfermeiro, que é que eles podem esperar de um atendimento com um enfermeiro.” (E3)

A experiência dos profissionais entrevistados demonstrou a necessidade de ampliar a potencialidade clínica e resolutividade dos enfermeiros como maneira de ampliar acesso na APS. A colaboração entre médicos e enfermeiros na APS foi pesquisada em diversos estudos, principalmente em países desenvolvidos, onde aparece a figura dos “nurse practitioner” (NP). Dentre resultados encontrados, aparecerem

desfechos positivos no manejo de doenças e satisfação dos pacientes (ROOTS; MACDONALD, 2014; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2014).

Um estudo na Austrália, estudo de caso em diversos pontos do país, investigou a experiência de colaboração de médicos e enfermeiros na APS. Como conclusão, verificaram que apesar de restrições estruturais como espaço físico e falta de investimentos governamentais, a disposição e vontade individual dos profissionais e a habilidade de modificar rotinas e papéis hierárquicos eram capazes de formar modelos de colaboração com bom funcionamento (SCHADEWALDT et al., 2016). Outro estudo na Austrália verificou que o fato de o médico ser colega e empregador do enfermeiro da APS trazia uma complexidade maior para a colaboração, que apesar de médico e enfermeiro entenderem a importância da colaboração entre os dois profissionais, era necessário ficar mais claro o papel de cada um na APS. Também mencionou a importância de se ter um tempo para interação entre esses dois profissionais, como reuniões para discussão de casos. Os autores concluíram que aumentar a segurança desse profissional dentro da equipe pode ser uma estratégia interessante para fortalecer o papel do enfermeiro na APS (MCINNES et al., 2017).

Uma revisão sistemática sobre a colaboração entre médicos e enfermeiros e o seu impacto em desfechos de saúde nos paciente na APS concluiu que as pesquisas sugerem um impacto positivo dessa colaboração no desfecho de várias patologias. No entanto, surgiram limitações em algumas pesquisas avaliadas, pois estaria pouco claro como seriam as colaborações entre médicos e enfermeiros, se teria uma colaboração interpessoal com divisões de tarefas e enfermeiros mais autônomos, ou enfermeiros com características de assistentes de médicos. Os autores relatam a necessidade de utilizar outros métodos de pesquisa, como qualitativos, para entender melhor como funciona essa colaboração entre médicos e enfermeiros na APS (MATTYS; REMMEN; VAN BOGAERT, 2017).

Assim, no presente estudo, verificou-se que a colaboração entre médicos e enfermeiros foi um fator que facilitou a ampliação de acesso nas equipes da ESF. Essa colaboração perpassa a necessidade de parceria e convergência de entendimentos, além de forte atuação clínica por parte da enfermagem, tornando-os, assim, duas fortes lideranças nas mudanças de processos de trabalho na equipe. No Brasil, é necessário avançar no papel da enfermagem na APS. Estudo em Campinas sobre

processo de trabalho de enfermagem na APS revelou que a enfermagem ficou responsável pelo acolhimento nos CS pesquisados, mas a função real da enfermagem no acolhimento era realização de uma triagem, avaliar se a queixa teria necessidade de consulta médica (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Miranda Neto et al. (2018) fizeram uma reflexão sobre o papel da ‘enfermagem com práticas avançadas’ (EPA) no contexto da APS brasileira. O enfermeiro com EPA possui alto grau de autonomia profissional e competência para tomar decisões clínicas, sendo necessária realização de pós-graduação para esse título. EPA são mais comuns em países desenvolvidos, sob termos como “nurse practitioner” (NP) e “clinical nurse specialist”. Segundo os autores, Brasil apresentaria condições favoráveis para o desenvolvimento da EPA na APS, mas são necessárias pesquisas que colaborem para a compreensão de perspectivas, facilitadores e barreiras da prática no cenário nacional.

Uma revisão integrativa sobre a produção científica de enfermagem acerca da clínica revelou um aspecto interessante sobre a relação da enfermagem com o saber clínico. Por uma questão histórica, a enfermagem foi se distanciando do modelo clínico, devido provavelmente ao enfoque biologicista com que o modelo clínico foi associado. A enfermagem se desenvolveu dentro de um modelo de atuação integral na saúde, assim acabou se afastando de maneira equivocada do modelo clínico. Esse distanciamento pode ter fragilizado o campo teórico dos enfermeiros acerca da clínica como instrumental para a realização do próprio processo trabalho da enfermagem. Os autores colocam como necessário um caminho de construção de conhecimento e desenvolvimento de habilidades para que os enfermeiros sejam capazes de atuar com parâmetros de evidências consistentes e confiáveis. Nesse ponto a qualidade de graduação e pós-graduação podem ser determinantes para utilização do modelo clínico na prática e pesquisa em enfermagem. Além disso, historicamente, principalmente dentro do campo hospitalar, o saber clínico predominou na medicina, o que facilitou uma hierarquia profissional entre os profissionais. O conhecimento da clínica produzido e consumido pelas pesquisas em enfermagem pode atuar como instrumento de valorização social desse profissional (SOUZA et al., 2011).

Além da formação técnica e parceria entre os profissionais médicos e de enfermagem, algumas características dos profissionais apareceram nas entrevistas como motivadoras para início do processo de

ampliação do acesso e sua progressão. Uma delas vistas nos médicos foi o fato de ter tido experiências profissionais com equipes e/ou CS que tinham processos de acesso mais ampliado, de terem vivenciado isso antes, seja na residência médica, ou como médicos em CS que tinham outras equipes com acesso ampliado e outros colegas médicos que faziam acesso mais ampliado, essas experiências aparecerem dentro do próprio município. Dentre os enfermeiros, surgiu mais o contato com profissionais médicos que vieram para o CS com ideias e experiências de outros lugares. Outra característica foi o ato de estudar sobre acesso e APS, tanto médicos e enfermeiros colocaram a importância do estudo sobre o tema, sobre a importância de acesso, acolhimento e possibilidades de agenda. O estudo e reflexão como motores para mudanças. Apareceu também que contato com alunos e residentes, ou seja, a preceptoria forçou mais a estudar sobre o tema. Como outra característica foi de os profissionais mencionarem vontade de melhorar sempre, de ser ‘inquieto’, de querer organizar o que parece desorganizado, de ter ideias para ir melhorando continuamente os processos, de não estarem completamente satisfeitos como estão agora, achando que tem algo passível de melhorar neles mesmos e na equipe.

Assim, foi expressivo o protagonismo dos médicos e enfermeiros nos processos de ampliação de acesso dentro de suas equipes, mas também surgiu nos discursos a influência dos médicos e enfermeiros das outras equipes dentro do mesmo CS. O número de equipes e as relações entre os profissionais das equipes apareceram nas falas dos entrevistados como possíveis fatores que facilitam ou dificultam os processos de ampliação do acesso. Ter mais equipes no CS influenciando a ampliação do acesso apareceu de maneira heterogênea. No CS que tinha só uma equipe se colocou essa questão como uma facilidade, porque o que se decidisse em equipe estaria decidido sem ter que passar por muitos tramites. Em CS que tem duas equipes apareceram experiências diferentes entre si: houve profissional que colocou ter muito liberdade de mudar as coisas na sua equipe independente da outra equipe. Não foi assim em outro CS, cujo profissional colocou ter sempre necessidade de não ficar muito diferente da outra equipe. Essa divergência provavelmente foi devido às diferenças na coordenação do serviço.

“Então, estar numa equipe em que sou eu e a enfermeira e quando a enfermeira compra junto, a coordenadora também,

pronto, não tem que discutir com outra pessoa que não quer fazer, então isso fez muita diferença comparando [ao outro CS]. O quanto não consegui avançar por causa das outras equipes ou porque estava sem médico numa equipe, sobrecarregava a gente...” (M2)

“... o que acontece, muita pressão principalmente pela coordenação é assim ‘não podemos mudar muito, ficar muito diferente uma equipe da outra, porque dá muito rolo na recepção, ninguém sabe orientar’ (...). Tem um pouco de logística diferente das duas equipes, então a gente tenta mudar aos poucos.” (M3)

“Então, se a pessoas souberem se respeitar, dá para fazer tranquilamente. Não é um problema [ter mais de uma equipe no CS]. Não é um limitador. Dá para ter modelos mistos dentro do mesmo serviço de saúde.” (M10)

Em CS maiores fica mais claro como foi ambivalente e contraditória esta questão, que só pode ser resolvida na prática em cada caso concreto. Os próprios profissionais entendiam que não era bom ficarem com equipes muito diferentes em um mesmo CS, mas também que era muito necessário a liberdade de cada equipe poder organizar seu próprio acesso e agenda.

“... eu tinha bastante dificuldade, a coordenadora queria todas as agendas fossem iguais, dos médicos, e os outros médicos não queriam mexer, para eles estava bom assim, (...). (...) na medida que eles deixaram que isso acontecesse, cada uma, cada equipe se individualizasse, foi mais tranquilo.” (M4)

“... a gente nunca ‘ah, não vamos fazer e pronto porque as outras equipes não vão fazer, não vai rolar’, não, a gente sempre tentou estimular elas pra melhorar pra todo mundo, não adianta num centro de saúde tem três equipes, uma fazer de um jeito, melhorar, e as outras [não].” (E2)

“... o que a gente tem hoje, uma diferença muito grande de processo de trabalho da nossa equipe para as outras duas aqui,

então é completamente diferente a forma que a gente trabalha, isso é muito ruim para a população aqui, porque eles percebem essa diferença, (...). (...) seria muito mais facilitado se todo mundo tivesse junto no mesmo entendimento, porque hoje, por exemplo, a gente não trabalha com equipe irmã...” (E3)

Nas entrevistas também foi colocado a necessidade de apoio entre as equipes de um mesmo CS, que era bom ter apoio de outra equipe para as saídas de profissionais e necessidades de equipes irmãs, mas também como uma rede de apoio mais profundo, de alianças no processo de mudança. Sem apoio ou aliança os profissionais podem se sentir sozinhos e incomodados dentro do CS. No entanto, também pode acontecer das outras equipes se tornarem um peso para aquela que tem acesso melhor (mais ampliado), que normalmente também tem residentes, como em momento que há saída de algum profissional e enfermeiros ou médicos precisam de auxílio de alguém de outra equipe, seria comum pedir ajuda aos profissionais que são mais abertos ao acesso e acaba não se pedindo para outros profissionais mais fechados.

“... ter mais equipes às vezes é bom, às vezes, que tem mais gente para ajudar num período que tu sais, mas (...), acaba prejudicando o teu próprio acesso assim, em algumas coisas. (...) às vezes a pessoa que, que nega o acesso do paciente, é a mesma pessoa que nega ajuda, interconsulta para o teu colega. (...) É mais fácil ‘estou com um paciente da área da tal, que tá ruim, mas eu não vou discutir ele com o médico tal, eu vou lá discutir com o outro, porque eu sei que o outro vai me ajudar aqui, lá ele vai mandar pra UPA’ ...” (M6)

Um termo utilizado na literatura que pode ser associado a essa questão das equipes nos CS é o “team climate”, ou seja, o clima da equipe. O clima de equipe – “team climate” – é um termo usado em locais que tenha grupo de pessoas convivendo diariamente e pode ser calculado de acordo com um inventário, o “Team Climate Inventory” (TCI), desenvolvido por Anderson e West (1996, 1998). O TCI tem sido validado e aplicado em diversos lugares, inclusive em serviços de saúde em nível primário e secundário. O TCI é dividido em quatro grandes eixos: “Vison”, “Participative safety”, “Task orientation” e “Support for

innovation”. O “Vison” representa a “visão”; esse eixo avalia visão dos membros da equipe sobre os objetivos do grupo, medindo a clareza, compartilhamento e tangibilidade desses objetivos. O “Participative safety” representa a segurança participativa; esse eixo avalia a participação em equipe, como compartilhamento de informação e tomadas de decisões, e também avalia a segurança psicológica, como em tentar novas ideias. O “Task orientation” representa a orientação de tarefas; esse eixo avalia a atuação da equipe em fazer auto avaliações de performance, com críticas reflexivas e monitoramento do trabalho da equipe. O “Support for innovation” representa o apoio para inovação; esse eixo mede a elementos de ajuda interna que a equipe possuiu para aplicar novas ideias e melhorias.

Proudfoot et al. (2007) aplicaram inventários de “team climate” e também de satisfação no trabalho em CS de APS na Austrália. Como resultado encontraram que o clima da equipe foi importante para satisfação profissional e dos pacientes. Em clínicas de APS com maior quantidade de profissionais surgiu subculturas entre profissionais administrativos e o corpo de profissionais clínicos, o que traria desafios específicos para melhoria do clima da equipe. Goh, Eccles e Steen (2009), em estudo na Inglaterra, não encontraram relação entre “team climate” e aumento na qualidade do cuidado, mas demonstrou melhores escores de “team climate” em clínicas com menor quantidade de lista de pacientes e menor quantidade de funcionários.

Assim outras equipes e profissionais no CS podem ser grandes aliados, como também podem ser peso – como no caso de um profissional que relatou que nos 5 anos que trabalha no CS houveram poucos meses em que todas as equipes estavam completas, então equipes descobertas sempre pesavam de alguma forma nas outras equipes. Também apareceram casos de uma ou mais equipes com mudança na forma de acesso como maneira de sensibilizar outras equipes, que, mesmo de forma heterogênea, já estariam fazendo algumas mudanças.

“... as mudanças [ampliação de acesso] eu atribuo muito à equipe de trabalho mesmo, principalmente os médicos de família, que acho que lideram isso. (...) todas as equipes aderindo e daí vai ganhando no corpo e daí todo mundo vai vendo que essa é a forma melhor para os usuários e daí acho que vai se mantendo esse processo.” (M1)

“... agora teve um processo que acho que é fundamental, foi um processo para gente lidar com esse tipo de ampliação de acesso, que queira ou não queira, envolve mais trabalho, mas também envolve satisfação, mas pode levar a burnout, (...) acho que foi fundamental o nosso processo interno entre médicos e enfermeiros, principalmente e uma postura, eu acho, uma postura de ajuda mútua assim, de espaços daí institucionais de reunião, (...) junto com um processo de fortalecimento dos vínculos pessoais, (...) é fundamental para as equipes se apoiarem, porque é muito fácil em determinadas equipes acontecer um afastamento entre o médico e enfermeiro, inclusive mesmo não discutindo acesso...” (G2)

Outro ponto muito relatado nas entrevistas, com alta relevância no processo de ampliação do acesso foi o papel dos residentes. Esses profissionais em processo de formação de pós-graduação estavam presentes em quase todos os CS dos profissionais pesquisados e fizeram parte do discurso no processo de ampliação do acesso.

A entrada de residentes nas equipes veio concomitante com a ampliação de acesso em várias ocasiões nos discursos dos profissionais. Às vezes, algumas ações de ampliação de acesso já tinham iniciado antes e com a chegada de residente isso se intensificou, ou os processos de conversas e decisões se iniciaram após a entrada destes. Em alguns casos o profissional – médico ou enfermeiro- já entraram na equipe ou CS com a proposta de serem preceptores e terem residentes, então os processos de ampliação aconteceram em conjunto com a implantação de residência no CS. Alguns também recebiam alunos de medicina e enfermagem, mas esses já não aparecem no discurso como catalisadores do processo de ampliação quando comparados com os residentes.

Sobre o programa de residentes no município, também foi unânime que a entrada de residentes no serviço traz muitas vantagens, uma vez que há mais mão de obra, inclusive sendo mencionado que acabam suprimindo a falta de RH. Isso também acontece com alunos - principalmente internos, mas em menor intensidade. Também foi colocado como muito importante os residentes trazerem motivação para fazer mudanças, terem contato com outros CS e residentes, de trazerem estímulo para estudar, para questionar os fluxos e processos do CS. Por estarem por menos tempo, querem ver as mudanças acontecerem dentro dos anos que estão no CS, então são um grande catalisador dos

processos. Foi colocado que os profissionais por vezes precisavam colocar um freio e ver dentro da realidade o que era possível fazer, mas de maneira geral residentes médicos e de enfermagem traziam nova energia, novo “gás”. Colocou-se que eram mais cabeças para pensar, mais pessoas para dividir casos complexos, ver os casos por outro ângulo e eram uma oportunidade de crescimento profissional para os preceptores. Assim, não foi incomum a ampliação de acesso vir concomitante com a chegada dos residentes.

“[os residentes] atuaram muito no sentido de motivar a gente, como equipe e de propor mesmo, (...) se a residência não tivesse, não que a gente não evoluiria, mas demoraria mais para a gente tentar algumas coisas, para a gente encarar ‘não, vamos fazer agora, vamos testar’, (...) a gente ainda tem aquela coisa de segurar um pouco mais, de ser um pouco mais pé no chão, então eu acho que a residência traz esse, essa novidade, esse fôlego, essa vontade mesmo de avançar, porque eles tem um tempo limitado para ver as coisas acontecerem...” (E3)

“Eu acho que ajuda não só pela mão de obra que é mais gente, facilita com certeza, mas acho também pela discussão, (...) eles [os residentes] vem com espírito novo, ‘dá pra fazer, tal lugar fez’, eles tem contato com outros residentes, (...) e claro, da questão de ser saúde da família, já tem um viés também, esse tipo de residência ajuda também, já tem mais discussão nas aulas sobre questão de acesso...” (M3)

“Amplia o acesso [ter alunos]. Amplia, amplia. Dizer que não é hipocrisia. ‘Ah, mas dão trabalho’. Dão trabalho, mas amplia.” (M10)

Alguns desafios e dificuldades em ter residentes foi que o espaço físico pode ser um problema, mas normalmente resolvido depois de algum tempo. Existem as flutuações na equipe com profissionais com velocidades diferentes de atendimento, e também tem momentos que os residentes estão e outros em que não estão presentes, então existe um esforço de manter o padrão de atendimento mesmo quando não estão, e o processo de saída de residentes e chegada de novos residentes que pode ser uma quebra grande a ser ultrapassada. Colocou-se que depende

do perfil do residente, que pode ter residentes que ‘dão mais trabalho’, mas de maneira geral ter residente foi algo visto como mais positivo que negativo, de maneira geral assumem a responsabilidade da demanda junto com o resto da equipe. Por vezes o desafio foi para o preceptor, em aprender ser “multitask” e de conciliar supervisão com o objetivo de acesso mais ampliado da equipe.

“Com residente fica muito mais fácil por um lado, em geral, sobra horário no final do turno, (...) não fica aquela correria. Para mim dá um pouquinho mais de trabalho, porque fica ali fazendo interconsulta com a enfermeira, tem que responder principalmente R1 [que]tem mais demanda no início, (...) eu tive que aprender a ser multitask.” (M2)

“(...) tu tem que manter o acesso avançado, manter a escuta, fazer a discussão, ensinar o residente, num ambiente de vulnerabilidade social onde muitas coisas são complexas, são difíceis, então é, a gente tem tentado se achar nesse mundo ainda, de como equilibrar isso, (...), como ter uma agenda que responda essas variações, assim, acho que esse é o desafio.” (M5)

Alguns estudos têm avaliado os processos de formação de graduação e pós-graduação na APS. O perfil de preceptor da APS é um conceito em construção e suas características são expressas de diferentes formas nos diversos contextos da formação (graduação, pós-graduação, residência médica e multiprofissional). Esse profissional pode ser do serviço ou de uma instituição de ensino, mas se tem verificado que o preceptor do serviço traz uma inserção mais intensa dos alunos dentro da rotina e o preceptor tem mais facilidade de mediar possíveis conflitos. É comum os preceptores terem sobrecarga com a simultaneidade de papéis – assistência, docência e gestão, que pode ser agravada pelo número de famílias vinculadas às equipes de SF. Por vezes, essa função pedagógica pode causar desconforto no profissional, por sentir que não tem formação específica para além da clínica (AUTONOMO et al., 2015).

Os profissionais entrevistados apresentavam função de preceptoria de alunos de graduação e/ou residentes e de maneira geral viram que os aspectos positivos em geral, incluindo a ampliação do

acesso, superavam as dificuldades, como a sobrecarga de funções. Também de acordo com Autonomo et al. (2015), os residentes contribuem para mudanças na rotina das CS e o fato de questionarem processos de trabalho podem trazer reflexões aos profissionais de saúde.

A ampliação de acesso nos CS foi referida nas entrevistas como uma boa experiência para os residentes e alunos, uma vez que aumenta o contato com maior quantidade de situações de saúde e doença dos usuários no curto período de tempo que esses personagens em formação estão passando dentro das equipes da ESF, além de acompanharem processos de mudanças de fluxos dentro dos CS. Codato, Garanhani e Gonzalez (2017) analisaram as percepções dos profissionais de saúde sobre o aprendizado de alunos de graduação na APS e os resultados demonstraram que os profissionais percebem que a participação de estudantes no espaço da APS agrega valor na formação destes. A vivência na APS traria reflexão sobre longitudinalidade do cuidado e vínculo dos usuários com os profissionais, não somente o tratamento da doença, que são situações diferentes das que acontecem em hospitais e ambulatórios. Autores reforçavam que somente a coexistência dos alunos com os profissionais não é garantia de um processo pedagógico mais profundo, para isso precisariam ser realizadas ações de estímulo individual e institucionais (CODATO; GARANHANI; GONZALEZ, 2017).

Os profissionais de nível superior tiveram papel central no processo de ampliação de acesso em que os profissionais entrevistados estiveram envolvidos, mas também é interessante analisar o papel dos outros profissionais da equipe, dentre eles técnicos de enfermagem (TE), agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos administrativos. Todos os profissionais relataram número insuficiente de uma ou mais dessas categorias citadas, o que parece ter definido, ao menos em parte, o processo de envolvimento deles na ampliação do acesso.

Sobre os ACS no processo de ampliação de acesso, houve opiniões e experiências diferentes. Alguns profissionais colocaram que os ACS participaram ativamente do processo, inclusive com problemas devido à comparação com outros ACS no CS. Também apareceu a visão de serem receptivos à ampliação de acesso, por estarem muito dentro da comunidade, e assim a ampliação do acesso afetava seus familiares e vizinhos. A participação dos ACS na ampliação do acesso consistiu em ficar mais dentro do CS, participando da escuta dos pacientes, por vezes entregando senhas e verificando se o usuário seria da área de

abrangência da equipe, outras vezes fazendo escuta e colocando na agenda, por vezes presente em escala de administrativo na recepção.

“... a nossa área é bem pequena, e elas [ACS] são muito parceiras desde o início assim, (...) então toda a equipe acaba envolvendo muito a ACS no trabalho, então a gente conta com elas para o trabalho na escuta também, (...). Uma única diferença com o ACS era que ele não fazia avaliação para mandar embora o paciente, (...) nas nossas reuniões a gente tem esse trabalho muito de agradecer elas pela parceria, (...) as nossas ACS são olhadas até de forma, que estão puxando o saco, que estão arrumando trabalho para as outras, porque ‘se vocês começam a fazer, todo mundo vai ter que fazer’...” (E3)

Aliás, participar como administrativo foi algo recorrente principalmente devido ao déficit de funcionários administrativos, e também não foi incomum haver falta de ACS sem previsão de reposição. Então, é algo a se pensar sobre o papel dos ACS. Houve, inclusive, comentário sobre como não ter ACS estava sendo desfavorável, por não conhecer a população, mas também se colocou que estava sendo positivo estarem mais dentro do CS, em contato com a equipe e os processos de trabalho.

“E aí tem a questão do RH, do administrativo, que elas [as ACS] acabam tendo que em escala, estar na recepção. E então, assim, por um lado, (...) eu achava assim o fim, porque fundamental o trabalho deles lá fora, ou de fazer, realmente trazer as coisas na reunião, então, mas depois eu fui meio que, (...) primeiro que bateu a necessidade e não tem outro jeito e depois a gente tem que desconstruir algumas coisas. E aí eu fui entendendo assim que o fato deles tarem aqui também ajuda eles no sentido de conhecer todo o fluxo interno também, (...) de alguma forma eles conhecem tudo agora também, não só o território, não só a micro área deles, conhecem todas as pessoas...” (E1)

A principal dificuldade dos ACS na escuta, segundo os profissionais, foi por se tratar de alguém da comunidade e sem capacitação técnica. Considerou-se complicado estarem ouvindo queixas

de saúde de pacientes, que podem não se sentir à vontade de falar com eles. Além disso, falta capacidade técnica de ouvir essas queixas e entender a sua importância. Também se colocou que eles ficavam angustiados em dizer “não” ao paciente, de negar atendimento, pois depois poderiam ser destratados na comunidade. Assim, em algumas equipes, os ACS participavam com entrega de senhas e por vezes colocavam na agenda sem critério tão específico, mas em outros CS, os ACS estavam assumindo “ilhas de recepção” das equipes com escuta da razão de agendamento e colocando na agenda, inclusive com decisão em colocar para consulta mais curta ou mais longa. Também foi referida uma dificuldade de lidar com diferentes perfis de ACS, alguns mais abertos ao acolhimento e outros não. Houve relatos de que os ACS, junto com os TE, normalmente não se apropriavam do processo de ampliação de acesso, inclusive julgando experiências anteriores, sendo negativos quanto ao processo e sendo resistentes para trabalharem dentro do CS, no caso dos ACS. A participação do ACS na escuta apareceu nos relatos sempre com o respaldo do médico e enfermeira para aclarar dúvidas e intervir quando não havia mais vagas de preenchimento para atendimento, mas também houve relatos de nenhuma participação mais próxima do ACS nesse processo de ampliação de acesso.

“... acaba que elas, as agentes de saúde, pela disponibilidade, são as que estão na linha de frente hoje, então precisava trabalhar mais esse perfil mais acolhedor, enfim, a gente tem pensado em trabalhar mais o conceito de acolhimento, de escuta, não voltado para a clínica, mas mais por uma questão de empatia, de conseguir se colocar no lugar do outro para poder canalizar, assim, porque eu e a enfermeira da equipe a gente tem a porta aberta, se elas precisam, querem tirar uma dúvida, a gente tá ali. Só que dependendo do perfil pessoal elas não vão.” (M1)

“Por que que tem que estar sempre inventando alguma coisa para sistema público e a maioria das pessoas nem usa?, (...). Eu tenho que conversar primeiro com o agente de saúde, para quê? (...) Então, assim, sinceramente, eu acho que [ACS] não tem que participar mesmo [da ampliação do acesso]. (...) É como é que a gente gostaria que fosse no nosso serviço. (...),

quando eu gosto de ir, eu gosto de ir direto no médico, eu, no mais compartilhar o cuidado com o meu colega de enfermagem, (...). Agora, as outras categorias profissionais, se é para colher algum sinal vital, alguma coisa, tudo bem, mais que isso não tem treinamento, não tem competência clínica para isso.”
(M10)

Sobre os TE, muitos colocaram a questão que a falta de RH vem diminuindo a vinculação desses profissionais às equipes, ficando muito vinculado a setores do CS. Isso dificulta a sua participação nas reuniões de equipe, a escuta das pessoas em acolhimento e outras atividades específicas da equipe, como visitas domiciliares, diminuindo a capacidade de atuação dentro da equipe. No processo de acolhimento do CS, normalmente as TE auxiliam no atendimento de pessoas que não conseguem ser abrangidas na escuta da equipe por alguma razão, como depois de um horário preferencial de atendimento de demanda espontânea: alguém que chega depois das 10h e depois das 15h pode ser atendido pelo TE e este pode resolver sozinho, ou discutir com médico ou enfermeiro da equipe para ver o que fazer, ou em outros momentos, acolher alguém que chega muito sintomático na sala de medicação ou através de sala de curativo. Profissionais relatam que há variação em capacidade técnica de fazer esse atendimento e também resistência em o fazer, que é algo que “tem que ficar em cima”.

Melo e Machado (2013) relataram em seu estudo sobre enfermeiros na coordenação de CS, que delegar funções e escalas de trabalho são muitas vezes necessários, principalmente para TE, mas deve se ter cuidado para não reproduzir modelos hospitalares, com repetição mecanicista. As escalas dentro de APS devem estar mais orientadas a saúde coletiva, mais dinâmica, com possibilidade de mudanças e reconstruções.

O discurso de boa parte dos médicos e enfermeiros entrevistados sobre a participação dos ACS e TE se aproximou dos resultados encontrados em estudo sobre a ótica de profissionais de saúde sobre o tema acesso. Nesse estudo, as falas de profissionais de nível técnico revelaram de forma unânime o desenvolvimento de uma forma de trabalho mecanicista e com pouca criatividade. Mesmo que com comprometimento na execução do trabalho, o discurso desses profissionais revelou certo nível de alienação. Os próprios autores sugerem que isso se deve a esses profissionais não possuírem formação

específica em APS e assim não estariam completamente sensíveis aos desafios do SUS e às reais necessidades da comunidade, pouco contribuindo, então, para ampliação do acesso ao serviço de saúde (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

A problemática de haver profissionais de nível técnico sem perfil para atendimento na APS foi encontrado em estudo com um centro de saúde em Cuiabá/MT. Na visão dos enfermeiros pesquisados, o fato dos TEs serem advindos da atenção secundária e não terem capacitação específica para APS dificultava o processo de trabalho com esses profissionais na APS. Os autores relatam que já estariam iniciando uma resolução in loco, com capacitações dos próprios enfermeiros para os profissionais no nível médio, reforçando a importância da educação permanente a todos os profissionais da APS (RAIMUNDI et al., 2016).

Além do papel dos profissionais e de suas relações dentro da equipe do CS, surgiu nas entrevistas a relação entre as ideias e concepções dos profissionais sobre acesso. Um obstáculo mencionado à ampliação do acesso foi a heterogeneidade do entendimento sobre acesso entre os profissionais de saúde de nível médio e superior, que pode inviabilizar o processo se essas diferenças acontecem entre médico e enfermeiro da mesma equipe. Mas dentro do CS, visões diferentes entre profissionais de diferentes equipes também ofereceram certa resistência para melhor promover o acesso, como melhora do acolhimento pela recepção, TE, ACS e processo de apoio entre equipes. Apareceram falas de medo de “ter mais trabalho” e enfrentar o pensamento em “caixinhas”. Também de haver visão de que é mais importante trabalhar com os casos programáticos, sendo comum falas de que os CS vão virar Unidades de Pronto Atendimento (UPA), demonstrando que ainda existe um pensamento preventivista excessivo, em que o CS deveria ter preferência forte para prevenir doenças, cuidar de gestantes, hipertensos, diabéticos e vacinação; e que caberia à UPA a demanda espontânea.

Isso provavelmente está relacionado com a histórica característica dos CS brasileiros, desde muito antes da fundação do SUS, de serem serviços eminentemente de saúde pública, com ênfase em prevenção, educação sanitária e cuidado clínico restrito a problemas de relevância coletiva ou epidemiológica, sobretudo voltados a grupos populacionais pobres. Isso vem do início do século XX, da experiência norte-americana com CS (ROSEN, 1979; CAMPOS, 2007; TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010). A tradição, portanto, tanto dos serviços

de APS em si mesmos como da saúde pública brasileira foi muito influenciada por essa visão preventivista de restrita atuação clínica, que não valorizava o cuidado clínico geral e acessível a um grupo populacional vinculado, com função filtro e coordenação de outros serviços visando a integralidade da atenção. Com o nascimento do SUS, esta nova visão de APS, mais derivada das experiências de APS europeias, se acrescenta aos poucos à visão mais antiga, mas não a substitui, processo que está ainda em curso. A discussão atual sobre promoção da saúde, muito cara à Saúde Coletiva, que revaloriza as determinações sociais dos adoecimentos, acabou também por reforçar, de certo modo, o ideário preventivista, dada a convergência parcial entre essas ações na prática assistencial, ambas vinculadas a ações educativas, coletivas e territoriais, que, em parte, dificulta a tardia e difícil assunção plena pelos serviços de APS brasileiros da sua função de cuidado clínico acessível a todos os usuários vinculados, em boa medida curativista. Parte desse cuidado não implica em abordagem significativa de determinantes sociais da saúde-doença (para além de sua abordagem na clínica individual) e é sem significativo impacto em indicadores de morbimortalidade, mas ele toma a maior parte do tempo de trabalho dos profissionais clínicos generalistas (TESSER; NORMAN, 2014) e é misturado com atuação de alta relevância e impacto, como a atuação sobre as chamadas condições sensíveis à APS. Assim, parece permanecer no ideário da Saúde Coletiva e em parte dos profissionais da APS uma visão que defende a priorização de problemas sanitários (ou, talvez, para alguns, determinantes sociais) que mereceriam atenção diferenciada preferencial em relação ao cuidado clínico dos usuários, como vocação e prioritária missão dos serviços da APS. A assunção plena da universalidade, da equidade e do acesso na APS implica em atender todos usuários vinculados de forma ágil, e, simultaneamente, também realizar ações de vigilância, educação, prevenção e promoção, conforme cabível, de forma integrada e diluída o quanto possível nesse atendimento, com boa qualidade - abordagem ampliada, centrada na pessoa, na família e comunidade. Não cabe detalhar as dificuldades dessa integração (fora do nosso escopo). Os entrevistados convergiram em afirmar que há uma mentalidade preventivista em parte dos colegas que parece constituir ou se traduz como resistência aos processos de ampliação de acesso.

A própria expressão "atenção primária a saúde" pode ser interpretada de maneiras diferentes. A APS pode ser interpretada como

cuidados ambulatoriais na porta de entrada do sistema de saúde ou como política de reorganização de modelo assistencial seletiva ou abrangente/ampliada. A APS abrangente, centrada no indivíduo, é mais comum em países europeus. A APS seletiva, mais presente em países periféricos, constitui-se de cesta básica de serviços para populações de extrema pobreza. Nas proposições da Alma-Ata, a APS abrangente ou ampliada é a política de reorganização de sistema público de saúde universal defendida. No entanto, em período pós-Alma-Ata, em países em desenvolvimento, a APS foi implementada na sua forma seletiva por iniciativa e financiamento de agências internacionais, priorizando assim pacotes de intervenção de baixo custo e controle de agravos específicos. Esse tipo de implementação teria um objetivo complementar e transitório, como uma transição para uma APS ampliada, mas logo se tornou dominante. Apesar de reconhecida efetividade dessas intervenções direcionadas, a existência de um pacote mínimo de serviços atenta contra o direito universal à saúde (GIOVANELLA, 2008). Assim, podemos colocar que a implantação do SUS e a ESF no Brasil foi concomitante com entrada de projetos de APS seletivos, que mesmo que distintos da política universal da constituição, tornou-se rotina nos serviços de saúde, proporcionando conflitos de entendimento sobre APS dentre os profissionais atuantes na ESF.

A concepção de APS abrangente apresenta-se expressa na PNAB de 2006 e a ESF é o principal dispositivo de reorganização da APS no Brasil. A PNAB de 2017 introduziu a revisão de diretrizes fundantes que ameaçam a organização dessa APS abrangente, entre as quais se destacam a autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados na APS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às ESF ou outros tipos de arranjos organizacionais na APS (FAUSTO et al, 2018). Outra situação preocupante é o conceito de cobertura universal ao invés de acesso universal. A Conferência Global de APS de 2018 conclamou à 'cobertura universal da saúde' (Universal Health Coverage - UHC) e subsumiu a APS à cobertura universal em saúde. Na concepção de UHC, o direito à saúde restringe-se a uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, ou seja, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018). Nota-se, portanto, que há não só conceitos e compreensões distintas de APS como intenso conflito de interesses envolvidos nessas compreensões.

Haver conceitos diferentes de acesso apareceu como reflexo de diferentes concepções sobre o que é o escopo das missões ou tarefas dos serviços de saúde de APS, sobre qual é o objetivo desses serviços. Principalmente entre profissionais de nível médio, apareceram relatos de haver difícil compreensão da necessidade de se apropriar do acolhimento, de haver uma resistência grande. Em casos de profissionais de nível superior, por vezes apareceram a necessidade de troca de profissionais, com relatos de que ocorreram mudanças apenas quando se mudaram os profissionais. Nas entrevistas, apareceu a dificuldade de tirar os profissionais da zona de conforto, que seria confortável limitar o acesso, e que sem haver um incentivo ou uma cobrança do gestor seria mais difícil ainda. Os próprios profissionais entrevistados disseram que tinham visões diferentes antes; mas com estudo, observação de atuação de outros profissionais e outras experiências foram mudando. Mas afirmam que seria difícil quando a pessoa trabalhou muitos anos sempre da mesma maneira e não tem contato com outras pessoas, não estuda, não tem alunos e residentes, ficaria muito difícil mudar de pensamento.

Foi colocado ainda que acreditavam ser necessário uma sensibilização das pessoas com o básico conceitual do que é APS e que a maneira de se comunicar também seria importante, que só o “tem que fazer” seria insuficiente.

“[acesso avançado] não é fácil, não é simples, exige trabalho, exige dedicação, mas é muito importante, porque se tu não tiver acesso, tu não tem atenção primária, simples assim, então eu acho que é um pouco desse jogo de não ficar aquela, só aquela coisa de tem que fazer, tem que fazer, tem que fazer, porque as pessoas estão um pouco cansadas disso...” (M5)

Barbosa, Elizeu e Penna (2013) enfatizaram que a escolha dos profissionais de saúde para atuarem na APS deve ser repensada, ou mesmo a qualificação dos que já estão inseridos na APS, uma vez que esse serviço possui particularidades específicas. Esse movimento seria necessário para a mudança na lógica curativista hegemônica com superação de processos cotidianos e assim ter ampliação de acesso e maior resolutividade dos casos. A longa permanência dos profissionais no ESF por si não se traduz em movimento de mudanças do cotidiano, apesar de ser importante para estabelecimento de vínculo e longitudinalidade.

Mesmo com os desafios de conciliar as ideais e expectativas dentro de um trabalho em equipe descrito até o momento, as entrevistas dos profissionais também revelaram questões de satisfações e insatisfações como motivadores para mudanças nos processos de trabalho. Ao se questionar quais motores levaram os profissionais a iniciarem a mobilização interna das equipes para conseguirem ampliar o acesso, as próprias insatisfações dos profissionais foram citadas como mobilizadores para importantes mudanças no processo de trabalho. Dentre as insatisfações surgiram as faltas dos usuários em consultas agendadas, triagem desnecessárias de todos os casos e turno inteiros fechados para reuniões ou visitas domiciliares. Foi colocado que o modelo tradicional (serviço voltado para demanda previamente agendada) seria desconfortável para quem tem formação de APS, por não conseguir prover acesso aos casos agudos, pouco fazer coordenação de cuidado, não haver cuidado longitudinal. Também foi colocado que quando se trabalha em comunidade com populações mais vulneráveis, muito SUS-dependente, se sente mais essa responsabilidade de ampliar o acesso.

“Eu acho que o que motiva também é a pressão. (...). A população também faz uma pressão para você se mexer. Eu acho que se é uma unidade onde já está o acesso super fechado e as pessoas nem procuram, é difícil você ter motivação, (...). Ou se é uma população meio passiva, por exemplo, é uma população que tem convênio, (...). Ali como as pessoas, elas precisam da gente, elas dependem da gente, elas não têm às vezes dinheiro para ir no hospital. (...) Que é diferente de unidade que fala, ‘não, não tem’, e a pessoa, ‘tá bom’. Ela vai para o hospital, ela paga uma consulta nessas clínicas particulares, ou ela tem um convênio...” (M8)

Além da insatisfação com o processo dado e querer mudar, após a mudança, apesar de haver uma sobrecarga que será mencionada adiante, os profissionais colocaram que estão mais satisfeitos, mais satisfeitos em ter mais controle de agenda, melhor coordenação de cuidados. Além de aumentar satisfação dos usuários com menos 'barraco'.

“... visão comum de fazer aquilo funcionar mesmo, entendendo que se prestando um trabalho bom, tu tem um retorno gratificante da tua prática, e poder ver que tu tá construindo algo para a população, tu vê a satisfação da população, diminuir os barracos (...), que são estressantes, então a gente troca o estresse da pressão de demanda, muitas vezes, para não ter o estresse do barraco, que as vezes a gente aprendeu a lidar com aquela demanda e uma outra coisa fundamental, o processo de longitudinalidade, ficar naquela equipe muitos anos, porque é diferente, é difícil tu fazer uma mudança dessas em um ano, dois anos, talvez em três, quatro, cinco anos tu vai, tu consegue daí conhecer melhor as pessoas...” (G2)

Outro ponto que surgiu em todas as entrevistas, com menor ou maior evidência foi o sentimento de sobrecarga dos profissionais. Nas entrevistas foi percebido que não é uma tarefa fácil manter acesso mais ampliado, que existe uma sobrecarga assistencial. Alguns profissionais mencionaram que é difícil conciliar a carga assistencial com outras atividades não assistenciais, também consideradas importantes, pois a assistência fica como prioridade.

“... a dificuldade que isso nos traz no processo de trabalho, a ampliação do acesso da forma como se tenta trabalhar com o acesso ampliado, é você acabar tirando espaço para conseguir fazer outras coisas. Acho que isso leva a uma queda de qualidade, por exemplo, em vigilância do território. (...), tem dias que até tranquilo que você consegue na tua planilha, (...) começar a atualizar uma outra informação, (...) mas na correria do dia a dia isso acaba às vezes ficando em segundo plano, porque é prioridade dar conta do acesso que chega da demanda. Aqui traz um ganho e uma perda ao mesmo tempo, fica sempre aquela dúvida, será que a gente está atendendo de fato quem precisa, no tempo que precisa ou é muito dependente de quem busca o atendimento?” (M7)

“... tudo se acumulou [...] o que funcionava só? O consultório. Isso não parou de funcionar, mas aí nossos processos de vigilância, das nossas listas, das nossas visitas, do trabalho com o agente de saúde, supervisão, isso tudo foi ficando, então

isso gerou na gente um desconforto muito grande, até de repensar o nosso papel, ‘poxa, o que a gente está fazendo aqui?’. (...) então a gente (...) fez um diagnóstico do nosso problema ali e a gente conseguiu organizar melhor.” (E3)

Também houve relatos sobre uma tensão para se manter o acesso mais aberto, que é algo que demanda um esforço para ser mantido. Mas também apareceram falas mais positivas, colocando que certas ampliações já estariam conquistadas.

“Assim, eu acho que sempre não tá garantido, porque a gente não tem garantia de profissional, então, a gente sabe que a rotatividade é muito grande, então é difícil assim. E eu não, eu mesma, te falando sinceramente, eu não sei se eu conseguiria manter se, sei lá, eu fico sem enfermeira muitos meses, não (...), você começar a adoecer, ficar estressado. Hoje em dia, do acesso do jeito que está com a nossa equipe completinha do jeito que está. Tem dias que é bem corrido, (...) não são todos os dias, (...). Agora se for todo dia louco, eu acho que a gente se cria mecanismo para a gente não ficar louco. E eu acho que o mecanismo mais fácil para não ficar louco na APS é fechar acesso.” (M8)

“... eu vejo que às vezes tem uma tensão de tu está sempre de porta aberta, de tu não ter mais a agenda, de não ter mais o programático. Eu, eu sinto às vezes essa tensão, a gente já teve discussão, ‘ah, mas vai virar PA, vai virar UPA, vai ficar só em demanda espontânea’, então eu vejo mais nesse sentido, também não sei se isso é real, só uma sensação assim de que às vezes parece que tá caminhando pra isso, mas assim, de voltar do que era antes, de número de ficha, coisa limitado, acho que não, espero que não. Espero que não, espero que a tendência seja cada vez mais ampliar.” (E1)

Algo muito mencionado foi que o déficit de profissionais atrapalhava o processo de ampliar acesso, e que o acesso ampliado traz um nível de sobrecarga. Foi unânime que as equipes precisavam estar completas para poder se pensar em ampliar acesso. Mesmo com equipe completa, muitos profissionais se viam em sobrecarga, apresentando

desafio de ampliar acesso dentro do seu limite profissional para evitar adoecimento, por vezes vendo pouca possibilidade de ampliar mais acesso a não ser com mais RH ou redimensionamento populacional. Colocaram também que o “paper work” (trabalho burocrático), por vezes, era feito quando possível, entre consultas e após o horário de atendimento, mas alguns conseguiam separar um horário para isso. Além disso, a redução de carga horária (para 30 horas) de colegas foi vista como uma sobrecarga. Em alguns casos houve relatos de possibilidades de retrocesso no acesso, principalmente se tiver perda de RH. A rotatividade dos profissionais também foi algo que prejudica os processos de ampliação de acesso.

A sobrecarga de trabalho é tema recorrente em estudos da APS em literatura nacional e internacional. Em estudo analisando a percepção sobre acesso e acolhimento na APS, Souza et al. (2008), verificaram problemas no acesso tanto em CS com ESF quando em unidades básicas de saúde tradicionais (UBST), no entanto a restrição de acesso ficava maior e mais evidentes nas UBST. Nos CS com ESF existiam iniciativas para tentar equacionar a demanda organizada e espontânea, inclusive com participação de ACS. Os relatos e a experiência de sobrecarga surgiram com maior força dentre os profissionais da ESF, vivendo situações estressantes para dar conta do dilema de atender a excessiva demanda. Os autores concluem que o acolhimento estaria em processo de construção nas equipes da ESF, com profissionais reconhecendo a importância deste para vínculo e melhor compreensão das necessidades dos usuários. Mas também pontuavam que a sobrecarga comprometia a agenda de atividades grupais intra-equipe e com os usuários, além de causar estresse e cansaço. Assim, os próprios profissionais necessitavam ser acolhidos dentro do seu processo de trabalho, através de melhorias com capacitações, adequação salarial, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho e cuidado ao cuidador (SOUZA et al., 2008). Esse nível de estresse e cansaço também foi percebido na maioria das falas, reforçando assim a necessidade de acolhimento da gestão sobre o sobre-esforço cotidiano desses profissionais, sob o risco de perder profissionais altamente capacitados para outros locais públicos ou privados.

A sobrecarga dos profissionais do ESF e por consequência a rotatividade desses profissionais são temas presentes em pesquisa na APS. Um estudo em uma macrorregião sanitária no estado de Minas

Gerais, com entrevista com secretários municipais de saúde, teve como objetivo analisar as relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde. Os resultados deste estudo demonstram as frágeis formas de contratação dos profissionais do ESF na maioria dos municípios, sem realização de concurso público. As formas adotadas para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do ESF não possuíam amparo legal e, de acordo com os autores, geram alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas, alta rotatividade de profissionais, podendo levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos deletérios sobre os usuários (JUNQUEIRA et al, 2010). Dentro do presente estudo, os profissionais ESF possuem contratação através de concurso público, no entanto, ainda assim houve relatos frequentes de sobrecarga profissional. Um estudo no município de São Paulo, investigou a rotatividade de médicos na ESF desse município. Na conclusão foi encontrada uma alta correlação entre o índice de rotatividade dos médicos do ESF e o prestígio da IP (Instituição Parceira) na área hospitalar. Esse foi o fator mais relevante na determinação da rotatividade. No entanto, foi destacado a questão da saúde do trabalhador no ESF, em especial os problemas de saúde mental dos ACS e dos médicos. O trabalho sugere uma forte possibilidade de sobrecarga profissional afetando a saúde dos trabalhadores (CAMPOS, 2005).

Alicerçada na percepção da sobrecarga explicitada nas entrevistas realizadas e na complexidade e diversidade das situações trazidas pelos usuários, bem como na heterogeneidade dos serviços de APS brasileiros, confrontadas com a experiência clínica da pesquisadora, sugere-se uma articulação de três metáforas como uma compreensão ou interpretação contextual-situacional da sobrecarga vivida pelos profissionais generalistas de nível superior (sobretudo médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família) no processo de ampliar o acesso. Esta interpretação oferece também um conjunto de valores e diretrizes genéricas para o manejo dessa pressão, que podem ser tomadas como uma ‘filosofia da prática’ da ampliação do acesso para um acesso oportuno e a sua manutenção nos serviços.

As pressões sobre os médicos e enfermeiros e os respectivos desafios de trabalho podem ser ilustradas por meio de três personagens metafóricos, simultaneamente ‘encarnados’ nos profissionais no cotidiano. Simultaneamente, tais personagens representam também

características necessárias e desejáveis para se atuar na APS, sob diferentes cenários e conforme as necessidades dos usuários. Os três personagens a serem vividos pelos profissionais da APS são o bombeiro, o ‘médico sem fronteira’ e o terapeuta holístico.

O bombeiro representa a ideia de que é necessário sempre avaliar sua própria segurança e integridade, seja ela física ou psíquica. Um cuidado permanente e primeiro dos bombeiros em atendimento a acidentes e situações de todos os tipos é preservar a própria segurança. Por exemplo, ao realizar um salvamento em um incêndio ou inundação, fazê-lo de modo que o profissional não se queime ou se afogue. Deve-se evitar tentar salvar uma pessoa quando o risco é muito alto, pois não se deve perder um profissional valioso, treinado para salvar vidas, que será necessário em momentos futuros logo a seguir, para próximas vítimas, além de torna-lo uma vítima a mais a ser salva. Assim, faz parte da responsabilidade profissional garantir a própria segurança. Na APS brasileira, os profissionais estão muito expostos a “se queimar”, devido à grande quantidade de usuários adscritos e a complexidade clínica e social das demandas, dentro de um sistema subdimensionado, subfinanciado e com diversos problemas de gestão. Então, como bombeiros, muitas vezes os profissionais lidam com “o apagar incêndios”, cuidando de questões agudas e crônicas em grande quantidade de pacientes, e no excesso desse processo podem acontecer adoecimentos, descompensações, exaustão (síndrome de *burn-out*, etc.) comprometendo a saúde do profissional. Quando isso acontece, o bombeiro sofreu queimaduras graves, o trabalho acabou por atingir a integridade física e psíquica do profissional, necessitando por vezes afastamento do trabalho etc. Algumas vezes as consequências são intensas a ponto de afastarem o profissional permanentemente da prática clínica na APS do SUS. Esses profissionais que se afastam, por vezes, são muito engajados em melhorar a assistência e ampliar o acesso, mas, como bombeiros incautos, se atiraram no fogo para salvar o máximo de pessoas possíveis. Isso gera a perda de ótimos profissionais para outras especialidades, para trabalhos burocráticos (gestão) ou para serviços privados, por estes outros locais serem mais ‘seguros’ para se trabalhar. Isso pode também ajuda a compreender, às vezes, por que profissionais que permanecem mais tempo na APS possuem como característica serem mais duros, mais fechados a mudanças, em esquemas de trabalho com menor acesso, como forma de se proteger dessa pressão ou desse “fogo”. De fato, torna-se um desafio ser um bom bombeiro disponível

para salvar o máximo de vidas possíveis sem sofrer queimaduras nem se exaurir, o que pode ser muito difícil dependendo de como se encontra o incêndio naquele momento e local.

Assim, deve fazer parte da formação dos médicos de família e comunidade e dos enfermeiros em APS treinamento e aprendizagem sobre maneiras de lidar com os “incêndios” da APS, de modo a haver uso de mecanismos de proteção dos profissionais, como os equipamentos de proteção individual (EPI), ferramentas de organização do processo de trabalho, habilidades de comunicação e mecanismos de fortalecimento psicoemocionais para lidar com a complexidade cotidiana da APS. Todavia, também é importante que esta tarefa não seja completamente transferida para os profissionais. Ou seja, considerar que o profissional precisa possuir grande resiliência e habilidade/competência e o problema estaria resolvido. É dever de empregador – dos gestores municipais e dos serviços de saúde – a criação de mecanismos de proteção coletiva e institucional dos funcionários, independentes dos “EPIs”, o que inclui grande quantidade de fatores, como estrutura física, quantidade de recursos humanos e técnicos, entre outros, para diminuir o risco no trabalho nos “incêndios” para uma dose mínima intrínseca inevitável. Essa ‘filosofia de bombeiro’ de primeiro garantir a própria segurança, que para profissionais de saúde significaria primeiro não adoecer, também poderia talvez ser comparada ao valor ou máxima cristã de “amar os outros como a si mesmo”. Primeiro há que se amar, se cuidar, para depois poder cuidar do outro.

O segundo personagem é o ‘médico sem fronteira’, que está exposto aos horrores dos adoecimentos e sofrimentos dos campos de batalha e regiões inóspitas desassistidas. O termo vem da Organização Não Governamental “Médicos Sem Fronteiras”, ONG que realiza projetos de assistência à saúde em lugares de extrema necessidade, locais em guerra, desastres naturais e pobreza extrema. Os médicos sem fronteira se assemelham aos médicos em campos de batalha, por estarem à frente de decisões muito difíceis, atendendo pessoas cujo sofrimento e adoecimento é produzido por uma guerra ou situação que eles não controlam, fazendo muitas vezes um tipo de trabalho reparador que não resolve as causas dos adoecimentos, que pode muitas vezes parecer com ‘enxugar gelo’. Esse tipo de trabalho demanda comumente também manejar e decidir para quem são dirigidos os esforços e os cuidados. No limite, às vezes implica em decisões difíceis sobre o quanto investir de

tempo e atenção, quem salvar e quem não salvar, em situação de grande incerteza e exposição a problemas complexos de várias naturezas, muitos agudos, com recursos extremamente limitados, que exigem improvisação, criatividade e muita competência ao mesmo técnica e emocional. Os médicos e enfermeiras na APS brasileira, na tarefa de prover acesso para todos seus usuários, por vezes, em vários locais, precisam fazer escolhas difíceis, escolhendo quem atender e quem não atender naquele momento, mesmo todos merecendo um atendimento. Dar mais atenção para uns e menos para outros, decidir dizer sim para alguns e não para outros, adiando cuidados demandados. Fazer decisões difíceis, dependendo do cenário que se encontram, e com as ferramentas que possuem, ou seja, fazer o melhor com o que se tem.

Aceitar tranquilamente que tais decisões estressantes fazem parte do trabalho da APS brasileira, ao menos em muitas situações de grande sobrecarga assistencial e maior vulnerabilidade socioeconômica, ou precariedade institucional, é importante para que os profissionais desenvolvam sabedoria e tranquilidade para evitar o retraimento para uma posição (relativamente comum) de recusa dessa responsabilidade, que não raramente significa instituir limites burocráticos rígidos de fechamento dos serviços, protegendo os profissionais dessas situações, mas com isso frequentemente prejudicando o acesso e reduzindo a equidade nele. Também aqui são muito importantes ferramentas profissionais e habilidades para lidar com as consequências da ‘guerra’ (social) (condições precárias de vida - moradia, transporte, trabalho, lazer; subcidadania generalizada dos usuários, pobreza etc., geradores de adoecimentos agudos e crônicos). Infelizmente, frequentemente não há regra burocrática ou decisão gestora que resolva completamente esse tipo de problema comum no Brasil em curto prazo, embora, claramente há que se cobrar providências dos gestores quanto à priorização de recursos (sanitários e de outros setores) para grupos sociais e regiões mais vulneradas: gestores dos serviços, gestores municipais e profissionais das equipes de APS precisam assumir cada um sua parte importante do desafio de operacionalizar serviços de APS acessíveis e de boa qualidade na dramática realidade brasileira. Esses aspectos selecionados das “filosofias” dos médicos sem fronteira e dos bombeiros ajudam os profissionais a se protegerem minimamente e ao mesmo tempo se exporem conscientemente ao duro e difícil trabalho de tomar decisões individuais e de equipe sobre quando e onde focar a atenção, gerindo tempo e agenda, para manejar adoecimentos e sofrimentos em

condições restritas de tempo e de recursos dos serviços e dos pacientes, de precariedade das redes de apoio social do usuários, de excesso de usuários em cada manhã e tarde etc.

Por fim, o último personagem da nossa tripla metáfora é o terapeuta holístico, porque faz parte da APS ver o ser humano como um todo, não somente na sua faceta biológica. Há que ser conselheiro, terapeuta, promotor da saúde, porto seguro de não-julgamento, merecedor de intimidade, confiança e desabafo dos usuários. Os atributos da APS incentivam a criação de vínculo profundo com os usuários e o trabalho em equipe para cuidar das pessoas de maneira integral, não só evitando (ou postergando) a morte ou aliviando o processo agudo ou crônico de adoecimento, mas também promovendo a saúde. Assim, é necessário conseguir se concentrar no ser humano na sua frente, dentro do limitado espaço-tempo da interação clínica, que todavia pode se expandir na medida que a intensidade da presença do profissional e da sua disponibilidade emocional e ética aumentam. Ou seja, há que não esquecer e sim desenvolver a arte da cura e do encontro. Isso é importante também para realizar uma boa avaliação, explorar demandas ocultas, construir uma relação saudável, evitar iatrogenia e procedimentos desnecessários, tratar o que pode ser tratado, com a multiplicidade de recursos possível. Ao mesmo tempo em que se pode ser bombeiro e médico sem fronteira no CS, também ali cada usuário merece o quanto possível a inteira, serena e muito terapêutica atenção cuidadosa, com tomada de decisões sem pressa e de maneira compartilhada (sempre que possível), praticando a prevenção quaternária e promovendo hábitos saudáveis. Tanto a biomedicina e seus recursos típicos (farmacoterapia e cirurgia), quanto os recursos relacionais da medicina de família e dos outros profissionais da equipe, quanto as práticas integrativas e complementares (PICs) acessíveis, quanto os saberes e práticas dos próprios usuários e os recursos de sua comunidade e de outros serviços podem ser ferramentas úteis nesse processo.

O desafio está em integrar essas três personagens no cotidiano - o bombeiro, o médico sem fronteira e o terapeuta holístico - que por vezes parecem tão distintos, mas podem conviver em cada profissional. O processo tende a ser dinâmico: em momentos em que a demanda está maior seria necessário estar mais ativo em um dos três papéis, como o bombeiro ou médico sem fronteira, já em outros momentos em que a situação estiver mais estável, ou em momentos reservados e combinados

dentro de uma situação ainda corrida, pode se atuar mais como terapeuta holístico (e mesmo esse, conforme amadurece e aumenta a intensidade e a serenidade de presença e sabedoria do profissional, pode atuar com muita eficácia em breves momentos, poucos minutos).

Para evitar a sobrecarga, conseguir fixar os profissionais e ter boa prática clínica na APS, esses três personagens ou essas três capacidades e suas respectivas ‘filosofias’ precisam ser trabalhadas na formação graduada, pós-graduada (residências) e na educação permanente. O excesso de filosofia do bombeiro que trabalha apenas com processos agudos pode gerar um cuidado excessivamente “biologicista”; o excesso de dose de médico sem fronteira sem se proteger, pode gerar *burn-out* ou uma fria e enrijecida postura de decisão autocentrada em avaliações, sobretudo de risco clínico, sem mais espaço para a subjetividade e a complexidade existencial das situações dos usuários da APS. O excesso de terapia holística pouco preocupada com questões agudas ou com a equidade pode gerar fechamento do acesso (também gerado, por uma outra via desse mesmo excesso, pela priorização da promoção e/ou da prevenção).

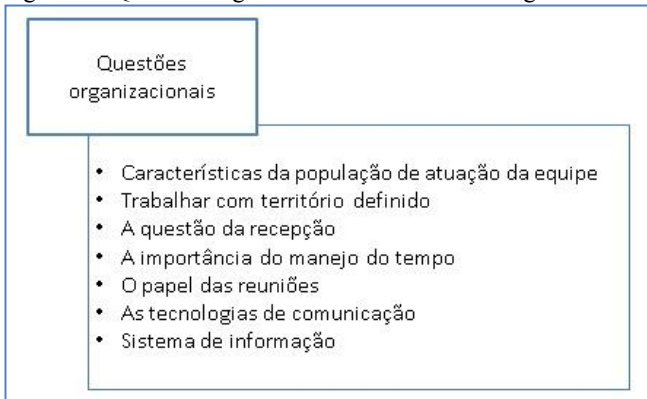
Portanto, essa proposta de tripla situação ou tripla metáfora (ou ainda tripla filosofia – do bombeiro, do médico sem fronteira e do terapeuta holístico) a orientar o trabalho dos profissionais da APS seria uma maneira de visualizar as necessidades, desafios e potencialidades complexas desse trabalho com vistas à construção e manutenção de um acesso oportuno, evitando excesso de sobrecarga dos profissionais, mas explorando ao máximo e de forma sustentável e flexível sua *expertise* em curar/cuidar, prevenir e promover saúde.

Essa tripla metáfora possui proximidade com os princípios da medicina de família e comunidade, classicamente descritas em nove princípios. Resumidamente tais princípios são: a) os MFC são comprometidos com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, doenças ou técnicas; b) o MFC procura entender o contexto da experiência com a doença; c) o MFC vê cada contato com as pessoas como uma oportunidade de prevenção de doenças e promoção da saúde; d) o MFC vê as pessoas que atende como uma “população de risco”; e) o MFC considera-se parte de uma rede comunitária de agências de apoio e de atenção à saúde; f) o MFC devem idealmente compartilhar mesmo *habitat* que as pessoas que eles atendem; g) o MFC visita as pessoas em casa; h) o MFC dá importância aos aspectos subjetivos da medicina; i) o MFC é um gerenciador de recursos (MCWHINNEY; FREEMAN,

2010). Assim podem-se aproximar as ideias de “bombeiro” e “médico sem fronteira” ao fato de que os MFC precisam avaliar os riscos de adoecimento da população, ser uma agência de apoio do paciente e conseguir gerenciar recursos, que são variáveis quanto ao local e momento. Também se pode aproximar o médico holístico aos outros princípios, como centrar o foco no paciente e não na doença, aproveitar sempre que possível os contatos com o paciente para realizar promoção e prevenção a saúde, além de entender o contexto e subjetividade dos adoecimentos. Assim, princípios da Medicina de Família e Comunidade podem e devem se estender para outros profissionais atuantes na APS e também se aproximar da Saúde Coletiva, e com isso empoderar e qualificar profissionais clínicos, gestores e estudiosos da APS. Para além de ser outro modo de falar das mesmas ideias já presentes nos princípios da medicina de família desde seus sistematizadores primeiros, as três metáforas acima explicitam e destacam que o fechamento ou redução relativa do acesso implica em degradação da qualidade do prática assistencial dos profissionais da APS. Ou seja, a exposição dos profissionais à (geralmente grande) pressão assistencial via acesso oportuno é um aprendizado que todos os profissionais da APS brasileira precisam viver e dominar com calma e expertise.

5.5 AS QUESTÕES ORGANIZACIONAIS NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Figura 3: “Questões organizacionais” e as suas categorias.



Fonte: Elaboração própria.

As questões organizacionais surgiram como um polo temático nas falas dos entrevistados. Reuniram-se questões mais inerentes ao processo de trabalho dentro do CS, relativamente comum em todos os CS, com maior ou menor grau de importância. Esses pontos surgiram como elementos que influenciam de alguma forma a ampliação do acesso na fala dos profissionais.

Alguns profissionais pontuaram as características da população como modulador de como fazer o acesso. Pontuaram inclusive que não deve existir um modelo único de como deve ser o acesso, que isso depende do perfil da população, para assim adequar melhor maneira de agendamento para aquela população. Algumas equipes fizeram levantamento de marcadores e populações específicas para ver quantas vagas de consultas por mês seriam necessárias para gestantes e crianças por exemplo. Outra equipe fez um levantamento diferente, um levantamento empírico por algum tempo de quantos pacientes procuravam o CS por período procurando atendimento, mesmo que não fossem atendidos, para se ter uma ideia de quantos atendimentos por períodos seriam necessários para cobrir a média de procura do serviço.

“... a gente fez de avaliação de demanda assim, da quantidade de pessoas que a gente tinha para atendimento, então a gente fez uma planilha bem simples na recepção, de número de atendidos, então a gente fazia com ‘pauzinho’ mesmo, números de atendidos e número de pessoas que a gente mandava embora, (...) aí, a gente começou a ver que o nosso número, (...) baseado nesse estudo que foi algo bem empírico e bem simples, mas isso tranquilizou a gente de ver que essa demanda, ela não era infinita...” (E3)

Inclusive, algumas equipes mantiveram acompanhamento e fizeram levantamento de dados para quantificar a possibilidade de oferta de acesso e com isso tomar medidas cabíveis. Já outros profissionais e equipes possuíam mais o espírito de “ir fazendo e ir sentindo” de maneira mais pragmática, sem muitos estudos e levantamento de dados, “vão fazendo e sentindo” a resposta no dia-a-dia e se parecer que não deu certo retrocediam um pouco ou mudam para outro sentido.

“A agenda é configurada pra ter, porque a gente fez um levantamento, (...) a questão dos nossos indicadores, a gente

viu que a gente conseguia ter 4 [consultas] entre enfermeiro e [médico], (...) então eu poderia ter 2 vagas na minha agenda de puericultura na semana, o médico poderia ter 2. Gestante a mesma coisa.” (E1)

“... ninguém falou: ‘ah não, não vai dar certo, não vamos fazer’, até que foi bem tranquilo assim, a gente pensa muito junto assim ‘ah, vamos isso, então como é que vamos fazer?’, ‘Como vamos começar?’ E como diz o [médico da equipe], ele é muito de fazer primeiro pra depois pôr no papel, pra depois ver se dá certo.” (E4)

Também foram mencionadas questões culturais da população. Como locais – principalmente de menor capacidade socioeconômica – que têm uma cultura de chegar cedo no CS e de conseguir atendimento no mesmo dia, e também nos quais há uma percepção de grande quantidade de faltas em consultas agendadas. Então, nesse caso, teria sido mais fácil implantar agenda dia, pois as pessoas estariam mais acostumadas a não agendar, e de ir tentar buscar resposta para sua necessidade no mesmo dia. Em locais com classe média ou muitos idosos, profissionais colocaram que existe uma cultura forte de necessidade de agendamento, e com isso se mantem um número de agendamentos.

“... quando eu cheguei aqui a agenda era mensal, eles tão muito acostumados com a agenda, 4 anos atrás ainda estão nessa, tem um perfil mais idoso, bastante idoso, não tem predomínio de idoso, mas tem bastante idoso, então tem muito a coisa de agendar.” (M3).

Tal questão cultural é um tanto controversa, porque se questiona o quanto o comportamento da população é influenciado pelo processo do trabalho do CS. O próprio fato de a população aceitar mais atendimentos de enfermagem pode ser pelo fato de há vários anos isso ser estimulado nos CS do município, do que necessariamente ser uma característica da população. Também foi mencionada nas entrevistas uma questão de certa pressão populacional, alguns profissionais sentem que a população aumentou de tamanho consideravelmente, devido à saída de usuários de planos de saúde. Em outros lugares com populações

de baixa renda, profissionais relataram sentir que aumentou o contingente populacional como um todo, e que, assim, de alguma forma, haver mais pressão populacional estimulou ampliar o acesso.

Outro ponto interessante de ser mencionado é a relação das equipes com os usuários de um território de abrangência definido. Alguns profissionais mencionaram que antes de aumentar o acesso no CS, percebiam que as equipes do CS não estariam de fato trabalhando por território, equipes atendendo pacientes de outras áreas que não a de sua vinculação e fez parte da ampliar acesso organizar para que houvesse essa vinculação da população com sua equipe específica. Isso traz também a proximidade do tema de acesso com acompanhamento longitudinal dos usuários. Assim em alguns CS foi necessário repactuar fluxos para manter a vinculação dos pacientes das áreas com equipes de referência. Houve relatos de mudanças nos espaços físicos, com médico e enfermeiro da equipe ficando mais próximos fisicamente, identificação das equipes com cores e locais de atendimento no CS. Importante mencionar que a questão de atendimentos de pacientes de outras equipes também não apareceu de maneira rígida. Relatou-se importância do acompanhamento das questões crônicas e da investigação clínica serem realizadas com a equipe de referência. No entanto, nos momentos em que falta RH e também quando outras equipes estão sobrecarregadas, as equipes se auxiliam e tentam “desafogar” a demanda dos colegas, principalmente, em queixas pontuais ou casos como renovar receitas.

A necessidade de se trabalhar com uma população definida mostraram-se como algo unânime nas falas, mesmo que haja certa flexibilização. Em um dos CS, com duas equipes, era comum uma equipe atender demanda aguda da outra. Mas, quando se trata de acompanhamento de quadros crônicos, avaliar resultados de exames e quadros investigativos, a priorização foi que a demanda espontânea passasse pela equipe de referência. Assim, o acesso ampliado, o acolhimento, a demanda espontânea serviu também como momento de contato com essas pessoas com morbidades crônicas, que pode ser um momento ímpar em que o paciente pode estar mais sensível e apto a mudanças. Um estudo com usuários hipertensos em Fortaleza/CE averiguou quais seriam os impactos da implantação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco no tratamento de usuários hipertensos na APS (GIRÃO; FREITAS, 2016). Os resultados dessa pesquisa demonstraram que o acolhimento mostrou-se como fator comprometedor da criação de vínculo entre trabalhadores e usuários

com prejuízo do cuidado do hipertenso na APS. No entanto, é importante perceber que a ampliação do acesso à demanda espontânea implantada naquele município foi com equipe exclusiva para atendimento da demanda espontânea, ou seja, as pessoas que chegavam à unidade com queixas agudas eram atendidas por outros profissionais que não sua equipe de referência. Nesse esquema, o vínculo e a longitudinalidade se fragilizaram, por se ter um modelo mais próximo de um Pronto Atendimento inserido de maneira paralela à ESF dentro do CS. Dentre os entrevistados, uma experiência semelhante foi relatada e logo se percebeu seu fracasso. Com isso, a ampliação de acesso deve estar vinculada a uma população definida e os usuários devem ser acolhidos por sua equipe de referência. Esse seria o grande diferencial de um CS comparado a um PA, e também reforça a necessidade de ampliação de número de equipes e dimensionamento populacional adequado.

“... teve época de a gente atender demanda espontânea por horário, (...) e aí a gente atendia demanda espontânea de todas as áreas. Meio que não pra fazer acompanhamento, mas pra resolver queixas agudas. (...)E isso aí durou acho que pouco tempo, porque era muito ruim assim, a gente avaliou que era muito ruim. O teu paciente ser mexido por tanta gente. Tinha médicos com perfis diferentes, tinha médico que pedia tomografia pra qualquer dor lombar, tinha médico que dava atestado, aí tinha médico que era mais ‘mão fechada’ de atestado, aí a população ficava pingando nos acolhimentos de equipe até conseguir o que queria, ou passar com quem quisesse, (...). Então, aí depois voltou a ser por equipe...” (M8)

Um tema mencionado com frequência nas entrevistas foi sobre o papel da recepção no processo de ampliação de acesso. A recepção surgiu nas falas ora como local dentro do CS como também o grupo de pessoas que atuam nesse local.

As opiniões dos profissionais sobre a recepção na ampliação do acesso divergiram em alguns pontos. Houve alguns profissionais que defenderam a ideia que seria possível capacitar a recepção para poder fazer uma escuta mais qualificada. No entanto, com maior frequência, os profissionais entrevistados relataram que não seria papel dos profissionais administrativos fazerem essa primeira escuta do paciente,

que o mais adequado seria os usuários com demandas em saúde passassem integralmente para as equipes. As equipes precisariam se organizar para poder fazer a escuta mais qualificada possível dos usuários, utilizando os atributos de vínculos e longitudinalidade para negociar com esse usuário a melhor resposta possível para sua demanda. Assim, boa parte dos entrevistados colocou que para a recepção não deve caber de escutar a queixa de saúde do paciente, uma vez que os profissionais alocados nesses espaços não são profissionais de saúde, não teriam competência técnica para isso. Além disso, foi mencionado que o profissional alocado para estar na recepção apresentava, com frequência, pouca habilidade de comunicação de lidar com público, independentemente de ser um técnico administrativo ou profissional de saúde de nível médio ou superior realocado para essa função. De acordo com um enfermeiro entrevistado, a recepção estaria acostumada a dizer “não” para o paciente – “não tem ficha”, “não tem mais consulta”, mandando pacientes embora do CS sem uma escuta mínima de suas necessidades. Essa prática do “não” na recepção pode ser devido um processo longo de tempo de restrição de acesso da APS de maneira geral. O “não” seria uma maneira de proteger os profissionais de uma sobrecarga assistencial, mas também uma maneira da recepção ter uma forma de poder perante o público externo.

“... é como se o administrativo, ele fosse preparado para dizer ‘não’ assim, ele é super bem preparado para dizer ‘não’ e a gente teve que começar um trabalho muito grande para dizer: ‘não, agora você precisa dizer sim’ e eles não conseguem, eles têm uma dificuldade muito grande de dizer ‘sim’, então acho que é muito no sentido de querer poupar também quem está aqui no consultório, enfim, e de sentir um poder na mão dele também...” (E3)

Ainda sobre a recepção, houve certa diferença de fluxo de funcionamento nos CS dependendo da quantidade de equipes no CS. Em CS com mais de 2 equipes foi comum esse processo de acolhimento e primeira escuta do paciente sair da recepção e os pacientes serem estimulados a irem para outros lugares do CS para receber a escuta por alguém da sua equipe de referência. Quando há muitas equipes no CS, parece ser mais razoável esse papel de primeiro contato sair da recepção pela própria inviabilidade de fazê-lo. CS com mais equipes ficariam

com fluxo maior de pessoas e a recepção fica mais sobrecarregada de tarefas, uma vez que o tamanho e número de pessoas alocadas na recepção não se diferenciam entre os CS. Nos CS com duas equipes ou uma equipe, os profissionais relataram maior participação da recepção no processo de escuta dos pacientes, inclusive com algumas boas experiências no caso de ter um profissional com perfil mais acolhedor alocado na recepção.

Um item interessante alocado no polo temático de “Questões organizacionais” é a importância do manejo do tempo. Para ampliar o acesso, houve considerações pelos entrevistados sobre o tempo usado nas atividades da APS. Alguns profissionais relataram que ao chegar ao CS havia turnos inteiros dedicados para reuniões e visitas domiciliares. Médicos relataram desconforto com isso e resolveram mudar para dar prioridade a períodos com atendimentos clínicos. Foi mencionado que para ampliar atendimentos seria necessário rever a importância e eficácia de tempo alocada em atividades não assistenciais, como reuniões de matriciamento do NASF e atividades em grupos.

“... eu acho que o que não é muito bem mensurado na nossa APS é justamente o tempo que a gente as vezes perde em atividades que não são muito produtivas, por exemplo, matriciamento presencial que eu já passei por experiência de estar eu, enfermeira, coordenadora, um profissional do NASF, ou dois ou três profissionais do NASF pra discutir dois casos, três casos, levar duas horas pra isso. Eu acho isso um desperdício de tempo enorme e o tempo [é o recurso] mais valioso que a gente tem. (...). Acho que quando mando e-mail, (...) e isso evita um encaminhamento, isso é muito bom, agora quando eu passo meia hora com mais dois, três profissionais de nível superior para cada paciente, isso não me parece algo bom. E isso vai afetar o acesso porque a gente vai ter menos tempo, então acho que a gente tem que pensar bem, onde a gente gasta o nosso tempo.” (M2)

Também se viu necessário rever os tempos de consultas, uma vez que os tempos fixos da agenda do *INFO-saúde* não condizem com a realidade: de 20/20min para médicos e de 30/30min para enfermeiros. Vários modelos de agenda foram mencionados, mas tem em comum necessitar rever tempos de consulta, tornar as consultas mais focadas,

usar consultas mais longas para casos mais específicos. O que se torna um desafio grande para os profissionais, também quando há residente, que possuem tempos diferentes de consulta, ou se existe discrepância grande entre tempo de consulta entre profissionais da mesma equipe. Os profissionais colocaram que a escuta qualificada era uma boa ferramenta para conseguir estimar o tempo de consulta necessário para cada caso, mas por vezes essa escuta mais qualificada só era mais efetiva se o médico ou enfermeiro fizer a escuta, o que se torna muitas vezes inviável. Então, alguns profissionais colocaram que não era possível fazer uma agenda mais mensurável com hora de consulta por não ter essa escuta qualificada de todos os pacientes.

“Então, sou bem realista, pra questão do 20 em 20 minutos, a gente conversa – ‘mas é legal ter aquela agenda fracionada de cinco, dez minutos’, é legal, mas eu não faço, porque não vou dar conta, aí a gente faz isso no acolhimento, se durou 5 minutos, que bom, vamos pro próximo, mas pra fazer agenda assim preciso fazer uma escuta, preciso de alguém com mínimo de discernimento pra dizer ‘ah, é só uma receita, tá, então tu é da consulta de 5, não é de 20’, esse [profissional] a gente não tem hoje.” (M3).

Então, o tempo em momentos não assistenciais precisaria ser muito bem avaliado de acordo com sua importância e eficácia. Assim, reuniões muito longas e pouco eficientes deveriam ser evitadas, no entanto alguns momentos de encontro dos profissionais demonstraram-se muito necessário na fala dos profissionais. As reuniões surgiram como momentos chaves para discutir processo de trabalho, refletir sobre os problemas e encontrar soluções, assim necessários para mobilizar a ampliação de acesso pelas equipes. As reuniões foram pontuadas como momentos de decisão coletiva, tanto reuniões de equipe como outros dispositivos de reuniões, como reunião de categorias, reuniões de colegiado gestor e também reuniões de planejamento com todos os profissionais do CS. Em que nível foram decididas as mudanças variou de CS para CS. Em alguns casos foi decidido em reuniões de equipe com aval da coordenação, principalmente quando se faz uma mudança só daquela equipe. Por vezes as mudanças de acesso foram estimuladas para todo CS, mesmo que em graus diferentes nas equipes, com discussões sobre acesso e mudanças sendo realizadas em reuniões mais

abrangentes. Inclusive foi relatado uso do instrumento da prefeitura de planejamento anual do município, utilizado para estimular mudanças de acesso no CS. Também foi colocado por alguns profissionais que o tema do acesso seria recorrente nas reuniões, que sempre se traz esse tema para ser visto e revisto. Então apesar de ser necessário rever tempos não assistenciais, é necessário haver momentos de paradas estratégicas para discussão e momentos de sensibilizar e mobilizar mudanças.

“Até que no planejamento do ano de 2017 eu peguei pra facilitadora, e aí eu e a [médica da equipe] a gente meio que botou em pauta o primeiro acesso, e foi explicando, a gente fez algumas dinâmicas e a gente pegou o acesso, a melhor, abertura do acesso pro planejamento e foi desse ponto pra frente que as coisas começaram a andar um pouco melhor.”
(E2)

Os recursos tecnológicos são outro ponto do polo temático de “Questões organizacionais”. Nas entrevistas, surgiu com frequência o uso de novas tecnologias de comunicação para melhorar os processos de trabalho e aumentar contato com os usuários, apresentando como consequência a ampliação de acesso das equipes. Esses recursos utilizados no dia-a-dia em nosso cotidiano, como telefone, e-mail e *WhatsApp*, tradicionalmente não estariam dentro do cotidiano profissional da APS. Uma grande contribuição do relato dos profissionais que trabalham na APS de Florianópolis é a vanguarda no uso desses instrumentos, algo que pode e deve ser estudado com mais profundidade.

Os profissionais relataram que “a tecnologia ajuda” – tanto planilhas no *Google Drive*, e-mail, celular com uso do aplicativo *WhatsApp*. Profissionais relataram que usam planilhas para agenda e também para fazer vigilância dos casos. Foi relatado que como o agendamento diminui com a ampliação e agilização do acesso, foi necessário aumentar a vigilância de alguns casos, por não se contar com a falta em consulta para perceber o acompanhamento do quadro.

“... aí exige mais vigilância, porque quando você falta, você percebe a falta e você percebe que tem que buscar aquela pessoa, agora como as pessoas não faltam, porque elas não são agendadas, se ela não aparecer, a gente tem que ter outros

mecanismos de saber que ela não veio, e que a gente precisa buscar essa pessoa. Então é mais uma coisa pra gente ter afinado assim, as prioridades e o que que a gente vai vigiar bem. E é um desafio.” (M8)

Quanto ao contato com pacientes, muitos profissionais relataram usar outros meios que o não presencial. De maneira geral, foi relatado pouco uso do e-mail, apesar de ser divulgado. Quanto ao telefone, alguns utilizavam para ligações, mas algo crescente e interessante foi o uso do *WhatsApp*. Pacientes enviando dúvidas, fotos de resultados de exame, enviando áudios em vez de texto quando havia dificuldade de escrita. Por não ser necessárias uma resposta síncrona e poder usar *wifi* sem custo na ligação, além das múltiplas funções com *smartphone*, a comunicação digital parece uma ferramenta muito interessante de contato com os pacientes. Foi relatada inclusive a existência de grupos de gestantes no *WhatsApp*, por exemplo, em que gestantes conversam entre si e conseguem tirar dúvidas com profissional, podendo compartilhar experiências, fotos, vídeos e textos. Como limitação, apresentou-se a necessidade de adquirir por meios próprios um aparelho de telefone celular, de preferência um *smartphone*, além das limitações de uso de internet. Também foi colocada como limitação a pressão assistencial para possibilidade de haver tempo para responder as mensagens de maneira mais ágil possível.

“Então o WhatsApp, ele serve tanto para o agendamento, mais para dúvidas gerais, é uma forma de comunicação com a equipe, então perguntas, às vezes, são dúvidas menores sobre um medicamento, sobre o funcionamento da unidade, sobre o melhor horário para vir conversar com a gente ou dúvidas, fotos de feridas, (...) pergunta se tem alguma orientação que possa fazer em casa ou se precisa trazer aqui, então serve até de monitoramento de alguns pacientes, tudo, eles tiram foto de ultrassom da colocação do DIU, (...) outros exames também, (...) a gente tem aprimorado muito o uso do WhatsApp nesse sentido e tem diminuído o número de pacientes que vem aqui pra pouca coisa assim, muita coisa a gente consegue resolver pelo WhatsApp, eles têm usado muito, tem me surpreendido assim, e muitas vezes a gente precisa falar com o paciente, (...) a gente ligava para avisar de algum exame, para avisar de

alguma consulta e não conseguia, no mesmo momento mandava um WhatsApp, a pessoa respondia na hora...” (E3)

Algo já muito utilizado por todas as equipes foi algum programa de bate-papo entre computadores, como o *Hangouts*, *Messenger* ou *ICQ*. O uso desses programas viabiliza poder conversar com colegas da mesma equipe ou outras sem necessitar sair do consultório. Assim se diminuiu o processo de abrir a porta durante a consulta, mas também se cria um tipo de interrupção que é necessário aprender a lidar.

“... eu gosto de atender e hoje em dia eu vejo que tenho tantas funções como preceptor, como médico da equipe que é difícil eu tá atento, conseguir manter qualidade no meu atendimento sem interrupção, sem o troço ‘ piscando ’ aqui da tela, o Hangouts, e eu conseguir de fato tá ali com o meu paciente, fazendo consulta centrada nele, resolutive, (...) uma consulta complexa você não consegue fazer com alguém entrando em sua sala, ‘ piscando ’, não dá.” (M5)

Além das tecnologias de comunicação utilizadas de maneira muito criativa pelas equipes, houve opiniões sobre os sistemas de informações oficiais utilizados no serviço. O prontuário eletrônico do município, o *INFOsaúde*, foi mencionado com frequência como um instrumento limitado na parte de construção de agenda dos profissionais. O agenda do profissional dentro do sistema *INFOsaúde* permite somente consultas de 20/20 minutos para médicos e 30/30 minutos para enfermeiros, com então 12 vagas por turno para médicos e 8 para enfermeiros, demais atendimentos precisam ser inseridos como urgência.

Assim, os profissionais criticaram que a pouca flexibilidade da agenda do *INFOsaúde* limitaria a ampliação do acesso, sendo necessário ter um esforço em utilizar outras ferramentas para construção de agendas com horários de consulta mais flexíveis, dentro os mencionadas agendas de papel e agendas no *Google Drive* dentro dos e-mails das equipes. Alguns profissionais utilizavam assim o sistema de prontuário eletrônico apenas para entrar nos prontuários, ignorando a agenda. Como prontuário, houve elogios na facilidade de alguns processos, como renovação de receitas, mas também houve críticas, de coisas que

poderiam melhorar para tornar mais ágil os processos burocráticos e também facilitar o uso dos protocolos clínicos do município.

“Eu fiz a parte da agenda do Google Drive para tentar simplificar ao máximo a maneira que todo mundo ali da equipe possa usar. Tem limites, eu acho que não ter um programa específico para isso é ruim, mas mal ou bem a gente tá conseguindo, isso eu acho que podia melhorar. Um programa de prontuário eletrônico e a gente pudesse fazer tudo o que eu faço na planilha do Google Drive direto pro programa.” (M2)

“Acho que um sistema informatizado bem funcionando poderia ser um facilitador [para ampliar acesso], por mais que eu ache que a gente tem um sistema, que eu conheço já há alguns anos e que evoluiu e muito assim, nos facilita em vários aspectos, (...)mas isso precisa caminhar, nosso sistema informatizado poderia estar muito mais evoluído pra dar conta desses processos burocráticos que surgiram, facilitando o acesso, então ao mesmo tempo ele traz uma barreira em alguns aspectos, mas ele não deixa de ser um facilitador em outros também.” (M7)

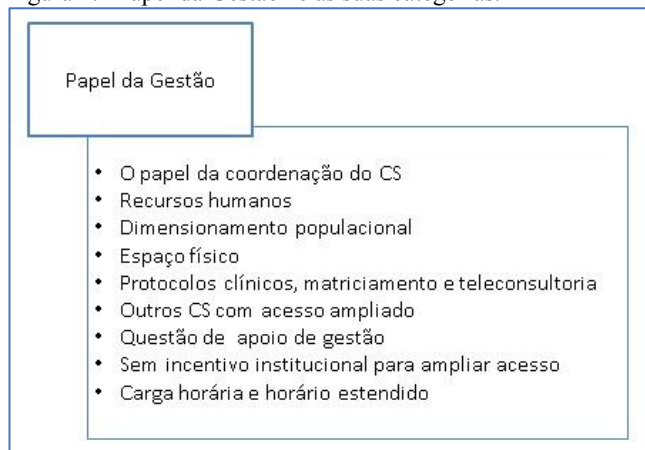
Esse polo temático denominado “Questões organizacionais” não deve ser confundido com o que alguns autores denominam “dimensão organizacional” do acesso. Alguns trabalhos utilizam concepções específicas para analisar os atributos de acesso e acessibilidade. Azevedo e Costa (2010) utilizaram a concepção de Fekete com quadro de dimensões de acessibilidade: dimensão geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. Pesquisadores realizaram uma avaliação qualitativa do acesso a ESF em uma localidade de Recife/PE. A dimensão organizacional, que se refere a obstáculos originados no modo de organização do serviço, teve destaque, como pontos críticos: a demora em conseguir consultas, o mau funcionamento do sistema de referência e contra referência, o comprometendo o acesso a especialistas, o excessivo número de pessoas vinculadas à equipe, a demora na sala de espera, a demora no recebimento dos resultados de exames e a baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência de atendimento a pequenas urgências. Observou-se que a existência de serviços com grande cobertura da APS pela ESF não implicou

necessariamente em acesso efetivo (AZEVEDO; COSTA, 2010). Outro estudo também avaliou a satisfação do usuário na perspectiva de acesso e acolhimento, com entrevista a usuários de atendimentos não urgentes nos Prontos Atendimentos de Ribeirão Preto/SP (GOMIDE et al., 2018). A demora no agendamento a consultas e o não atendimento da demanda espontânea constituíram os principais fatores para baixa satisfação dos usuários da APS.

Dentro dessa pesquisa, não foram utilizadas concepções específicas de acessibilidade, uma vez que se trata de análise mais interna do processo de ampliação do acesso. No entanto, foi possível perceber a atuação dos profissionais obteve certa coerência com a melhoria dessa dimensão organizacional, com processos de mudança interna nas equipes. Porém, há fatores externos às equipes que acabam limitando esses processos, como o dimensionamento populacional das equipes mencionado em diversas falas.

5.6 O PAPEL DA GESTÃO NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Figura 4: “Papel da Gestão” e as suas categorias.



Fonte: Elaboração própria.

O terceiro polo temático analisado foi o “Papel da Gestão”. Esse polo agrega temas mais da esfera macro política municipal, no sentido de estar incluído nele itens que fazem parte de decisões de

gestão da SMS, que afetam direta ou indiretamente os processos de ampliação do acesso na micropolítica das eSF.

O coordenador local dentro dos CS foi inserido dentro desse polo por ser um gestor local, mesmo sendo ele, em muitos casos, também profissional de uma equipe da ESF. Nas entrevistas dos profissionais das equipes da ESF e também nas falas dos gestores entrevistados, o coordenador local apresentou-se como uma grande importância no processo de ampliação do acesso dentro dos CS. Assim, encontraram-se relatos em que a atuação do coordenador foi muito incisiva para a mobilização de mudanças de processo nas eSF e em outros locais constituiu-se como um obstáculo a ser ultrapassado. Interessante perceber que não foi infrequente os relatos em que a presença do coordenador pouco teria influenciado no processo de ampliar acesso, em que o auxílio desse gestor se concentrou em “não atrapalhar” as mudanças sugeridas pelos profissionais, o que pode ser considerado como uma contribuição positiva no processo, mesmo que de forma mais passiva.

Assim, a característica do coordenador local parece ter influenciado os processos variados de ampliação do acesso, desde o desejo de mudança dos profissionais até se chegar ao ponto de acesso mais ampliado. Todos entrevistados relataram decisões tomadas nas reuniões de equipe, alguns instigados pelos residentes, outros por estudos sobre acesso, visitas a outros CS com processos ampliados de acesso. Em alguns casos, as equipes apresentaram maior autonomia e fizeram mudanças em seu processo de trabalho sem necessidade de autorização prévia de coordenação ou colegiado gestor. Em outros casos era solicitado para que as mudanças no processo de trabalho fossem autorizadas em reunião de planejamento do CS com presença de todos os profissionais de saúde ou em reuniões de colegiado gestor ou reunião de categorias dentro do CS; ou autorização do coordenador unicamente, que poderia não concordar e dificultar a implantação de mudanças. Foi comum o relato de alegação de que fosse evitada muita heterogeneidade de tipo de acesso entre equipes do mesmo CS. Alguns casos foram de ampliação isolada de acesso de uma equipe em comparação com outras equipes e outras vezes foi feito um esforço conjunto para que houvesse implantação de processos de ampliação de acesso em todo CS, mesmo que com níveis diferentes entre as equipes. Nesse momento, apareceu a liderança de médicos e/ou enfermeiros de uma ou mais equipes no processo, muitas vezes usando mudanças dentro de sua equipe como

exemplo para as demais. A liderança da coordenação do CS apareceu pouco nas entrevistas e não apareceu referida ao distrito, sendo este muito mais um autorizador de processos que liderança para mudanças.

“... a coordenadora era uma liderança e foi uma liderança muito importante para a unidade que estava muito a fim de construir algo que funcionasse dentro dos princípios do SUS e que fosse bom para toda população e que a gente, enfim, que as pessoas quisessem usar, (...). (...) a liderança local foi o que fez diferença, (...) foi o perfil da gestão local, e junto os profissionais que bancaram em conjunto. Mas teve uma liderança ali, que às vezes inclusive comprava briga com a gestão para poder redimensionar as equipes para poder concretizar isso...” (M1)

“... no início foi bem conflituosa, nossa coordenadora é administradora, não é da área da saúde, (...) então isso é muito uma cobrança de um medo do distrito, que acho que é indicado pelo distrito, (...) já discuti bastante, agora tá mais parceria, isso melhorou bastante. (...) É fundamental que tenha uma coordenação que entenda o que tu queres fazer. (...) mas acho que ela entendeu muito quando ela viu a intenção quando a gente abriu o acolhimento.” (M3)

É inegável que colocam a coordenação como ponto importante, podendo auxiliar ou boicotar os processos. Alguns casos apoiando a ampliação de acesso, inclusive sendo liderança importante, comprando brigas com a gestão municipal para haver mudanças estruturais necessárias para ampliar acesso, como a necessidade de redimensionar equipes. Em outros casos, a coordenação do CS aparece apoiando, dando autonomia e liberdade, mas com pouca ou nenhuma liderança no processo. Em outros casos, ainda, o coordenador foi considerado um obstáculo, por não querer equipes heterogêneas ou por achar necessariamente que precisa ter agenda mais fechada, mostrando ter pouco entendimento da importância de ampliar o acesso. Foi relatado, em alguns momentos, haver certo medo do distrito por parte da coordenação, com subordinação excessiva. Inclusive houve relato que fazer acesso mais ampliado pode até ser mal compreendido pela coordenação, por serem profissionais que instigam mais. Parece que, no

geral, coube a máxima “muito ajuda quem não atrapalha”, com vários locais fazendo mudanças para melhoria do acesso sem grande apoio e liderança da coordenação, mas também sem grandes obstáculos.

“Então, e pra coordenação esse entendimento não é claro, assim, não tá claro o que é ‘acesso avançado’, as diferenças, então tem certas coisas que a gente tem liberdade para trabalhar e isso nunca foi um problema, mas tem certas coisas que a gente sente que às vezes incomoda um pouquinho assim, no sentido que se é a equipe que gera mais trabalho, que atende mais, que os pacientes chegam depois do horário, que não precisam chegar cedo, então, acaba às vezes de certa maneira incomodando, algumas pessoas e a própria coordenação...” (M5)

“um modelo um pouco perverso nesse sentido, porque o próprio profissional que mais tem vontade de abrir acesso, (...) ele acaba sendo algumas vezes penalizado porque é um dos profissionais que mais vai questionar o coordenador da necessidade que ‘isso aconteça’, que ‘aquilo aconteça’, e a tendência da organização é a inércia. (...) Ao mesmo tempo, eu vou ter profissionais, que ficam ‘na deles’ e fecha o acesso, que mantem essa inércia, que acaba até facilitando processos de gestão, assim, na unidade, e acaba sendo então digamos assim, uma certa forma premiados, (...) enquanto os que fazem muito acabam incomodando, vão se desgastando, vão não sentindo que eles tem algum retorno pessoal, não necessariamente financeiro, material, mas mesmo qualquer outro tipo de retorno de devolutiva da instituição...” (G2)

A questão de o coordenador estar envolvido em algum nível na assistência apareceu de forma positiva para os profissionais e gestores. Em CS com até 2 equipes houve casos de coordenadores compondo equipe da ESF e isso foi colocado como de pouca interferência na capacidade de coordenar e fazer assistência, a não ser no caso de estar com equipes sem médicos ou enfermeiros no CS. Já em CS com mais de 2 equipes, profissionais relataram que o coordenador em geral não estava incluído em nenhuma equipe e que achariam difícil ter um coordenador compondo equipe sem sobrecarga do colega médico ou

enfermeiro da sua área. Mas, independentemente de compor equipe ou não, foi relatado que coordenadores que ajudavam na assistência de alguma maneira tinham uma melhor perspectiva dos problemas que se tem quando se amplia o acesso no CS, além de ajudar concretamente nos atendimentos em dias mais cheios.

Estudo avaliando os desafios e potencialidades dos enfermeiros como coordenadores da APS destacou um panorama duplo: a incorporação do papel da enfermagem à coordenação traz grandes desafios a serem superados como a sobrecarga, mas por outro lado destaca a participação desse profissional na melhoria das ações de saúde. Nessa mesma pesquisa, os próprios enfermeiros entrevistados verificaram como ponto positivo terem papel de gerência e assistência na APS, assim possuíam um conhecimento mais sólido sobre o serviço, as necessidades dos usuários e os processos de trabalho. Também foi destacado que as enfermeiras coordenadoras perceberam como insuficiente a formação da graduação para o cargo de coordenação. Assim devem ser pensadas formas de qualificação na formação pela própria gestão de saúde (MELO; MACHADO, 2013).

Andre, Ciampone e Santelle (2013), ao pesquisarem tendência de gerenciamento na APS, verificaram como consenso características que devem ter um bom coordenador de CS: apresentar responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo, ter comunicação eficaz. Além disso, devem saber negociar, gerir as mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser bom negociador, saber liderar e trabalhar com planos, ações e resultados. Essa questão da importância de aprender competências reforçou a necessidade na formação e qualificação profissional desses profissionais, que atualmente mantem-se muito baseado em conhecimento técnico específico.

Uma pesquisa avaliando importância da formação de coordenadores de APS concluiu a necessidade de uma educação permanente dinâmica, mais viva, voltado a necessidades de cada realidade. Um curso e ou uma formação para um tema específico pode se tornar “insípido” no dia-a-dia, sugerindo avaliação contínua das necessidades de qualificação dos coordenadores e possibilidade de apoio matricial (LEMES, 2014). Um mapa de competências para coordenadores pode ser utilizado como instrumento de avaliação e educação permanente dos coordenadores pelas secretarias municipais de saúde (FISCHER et al., 2014). Assim, muito mais que cursos técnicos, é

necessário qualificar os coordenadores em competências e habilidades para auxiliá-los a serem facilitadores e não obstáculos em ampliar o acesso nos CS

Além do papel do coordenador local no processo de ampliação de acesso, outros dois itens chamaram atenção dentro do polo temático “Papel da Gestão”, devido frequência e relevância atribuída pelos profissionais entrevistados, estes são: recursos humanos (RH) e o dimensionamento populacional das eSF.

Foi unânime nas entrevistas a importância de se ter equipes completas e quadro adequado de provimento de RH para poder oferecer acesso ampliado e oportuno à população vinculada. Em certas ocasiões, a ampliação de acesso foi postergada ou diminuída devido à diminuição aguda de médicos no CS, pois foi comum o relato que equipes descobertas tenham algum tipo de ajuda dos outros profissionais do mesmo CS, fazendo atividades de renovação de receita, atendendo casos de tuberculose, crianças pequenas e gestantes, o que limita o provimento de acesso das equipes. Um profissional mencionou que no seu tempo de atuação nunca se teve um ano com equipes todas completas, relatando que isso impacta nas possibilidades de ampliar mais o acesso.

“... teve muitos momentos difíceis que eu tinha dificuldade até de mudar o acesso, porque ficou sem os outros médicos, então eu fiquei um período de 3, 4 meses como única médica na unidade, daí isso, as enfermeiras atendiam, e me passavam os casos que precisavam, tipo mais agudos, mas a gente não dava conta, era uma demanda muito grande pra conseguir, então o acompanhamento era de coisa mais aguda basicamente.” (M4)

“Agora mesmo, está pra mudar toda a equipe de enfermagem. Só vai ficar um enfermeiro, o resto vai mudar. Médico também, tirando eu e (...), o resto entra e sai toda hora. Até semana passada a gente estava sem três médicos, aí chamaram uma do concurso, agora está faltando dois. Então a rotatividade aqui é bem grande. (...) Eu acho que influencia [o acesso] a partir do momento que sobrecarrega as outras equipes que tem que dar conta além da sua, da outra área. Então sobrecarrega um monte.” (M9)

Vale destacar que os entrevistados designaram equipe completa aquela provida de médico e enfermeira, no entanto foi muito comum o relato de falta dos profissionais de nível médio nas equipes, como os TE e os ACS. Alguns profissionais pontuaram que a falta desses profissionais também impacta no acesso das equipes, pontuando que poderia haver mais avanço no acesso com presença de maior quantitativo de ACS e TE, principalmente para ampliar a capacidade de primeira escuta dos pacientes dentro do CS. No entanto, foi evidente que o déficit de outros profissionais que não médico e enfermeiro apresentaram menor grau de impacto no processo de ampliação de acesso das equipes. Interessante notar que o serviço de odontologia foi pouco mencionado, mas quando mencionado pontou-se o acesso restrito ao profissional odontólogo.

“... a grande questão ainda, mas que eu acho que é uma questão meio que universal no município, assim, talvez no país, é o acesso a um odontólogo. Na minha equipe a gente não tem, a gente conta com as vagas deles, tipo um pouco de cada um, mas nas equipes que tem, eu vejo que o processo de acesso é igual difícil, uma vez na semana, um horário específico, tantas vagas por semana, pronto. E a demanda espontânea tem a possibilidade, mas é só nos começos de período, então, assim é porque eles têm essa justificativa que tem que ter os tratamentos completados...” (M1)

A questão de provimento mínimo de RH apareceu como medida estruturante mínima para poder ampliar o acesso. Junto com dimensionamento populacional adequado, isso apareceu como fator mínimo para a provisão de acesso adequado.

“Mas eu acho que é querer, estar motivado para isso [ampliar acesso], e junto ter essas questões estruturantes, eu acho que RH, é ter trabalho baseado no território, equipes adscritas, equipes completas, acho que tudo isso caminha junto, assim, porque realmente é difícil fazer sem ter isso, sem ter os ACS junto, envolvidos, de preferência os técnicos também.” (M1)

“O principal [fator que influencia a ampliação do acesso] é a densidade populacional, essa relação população/equipe ou

‘painel size’ ou tamanho de painel, como a gente queira chamar. Mas a relação população/equipe e as equipes estarem completas. Se isso não tiver, tu não tens como ampliar nada. Só vai entrar em sofrimento profissional, esgotamento.” (M10)

A rotatividade dos profissionais também foi colocada como fator que dificulta ampliar o acesso. Quando entra um novo profissional, tem que se dar um tempo para esse se adaptar e isso pode adiar certas mudanças nos processos de trabalho. Nesse momento, se destacou a fala da importância da coordenação do CS para manter o modelo de acesso ampliado para os novos profissionais que chegam. Nas entrevistas, notou-se um movimento de alta rotatividade da categoria de enfermagem, um pouco mais comum que na categoria médica. Os profissionais entrevistados justificaram essa rotatividade da enfermagem ser causada principalmente por estes profissionais assumirem cargos de coordenação local em outros CS ou outros cargos de gestão, inclusive para incentivar ampliação de acesso em outros CS. Outro motivo também apresentado foi desses profissionais enfermeiros não conseguirem se adaptar à pressão assistencial daquela equipe.

“Tem muita gente qualificada na enfermagem na rede que, por ser qualificada, tiram da rede e botam em lugares de gestão e quem vai ficando na rede?” (M10)

“Tem um profissional que tá totalmente descontente, tudo bem, a equipe ainda é maior e ainda consegue levar, mas vai sobrecarregando. (...). Mas quando a gente vê que dá certo, a equipe continua, a equipe mantém. (...) Não sei ainda se é um problema resolvível, se é uma situação resolvível ou se é uma situação que necessita de mudança mesmo, de que não se adaptou ao processo de trabalho.” (E5)

“... está todo mundo em sintonia, todo mundo que entra aqui ou se adapta ou pede transferência assim, porque quem não entra no mesmo ritmo, não fica. (...) Mas todo mundo que entra a gente faz um ‘treinamentozinho’ e já entra no mesmo ritmo aí.” (M9)

A questão de falta de RH foi colocada como fator de risco de retrocesso no acesso, principalmente nas duplas de médicos e enfermeiros. Equipes com faltas recorrentes e longas desses dois profissionais são relatadas como possibilidade forte de retrocesso nos avanços realizados.

“O que eu acho é, claro, que tudo que vai desestruturar um serviço vai contribuir para que esse ‘acesso avançado’ [não] aconteça. (...) A gente tem apenas dois colegas que estão 40 horas ali o dia todo. (...) se isso se mantivesse, por exemplo, por um mês, por dois meses, com certeza impactaria, porque os que estão lá vão ter que ir ajudar a dar conta dos outros, por uma questão de equidade e também não sobrecarregar um profissional, (...). Então, se a gente não tiver essa reposição de RH impactaria. Eu acho que também a longo prazo, se não tem uma coordenação local, uma liderança que também entenda isso como importante também impactaria.” (M1)

Em pesquisa com usuários na APS, avaliando a qualidade do acesso em uma grande cidade brasileira, a questão de falta de provimento dos profissionais surgiu com predominância. Existiu uma fala da importância da figura do médico, sobre a impossibilidade de escolher o médico de preferência como algo negativo e principalmente a rotatividade de médicos como algo que prejudica o acesso, dentre outros fatores. Nesse mesmo estudo, os autores relataram que para muitos usuários o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sugerindo que a informação ao usuário poderia ser pensada como uma estratégia de transformação dessa lógica. Apesar disso, reforçaram que nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Também foi relatado como a adscrição de usuários realizada por base territorial poderia ser flexibilizada para poder dar algum nível de liberdade de escolha de profissional. A longitudinalidade mostrou-se muito prejudicada pela rotatividade de profissionais (CAMPOS et al, 2014). Esses achados convergem com o resultado desta pesquisa quanto à importância do provimento adequado de RH e possíveis incentivos de fixação, sem os quais o déficit e a rotatividade de profissionais teriam impactos nos processos de ampliação de acesso nas equipes. Quanto a importância dada a consulta médica pelos usuários, os profissionais

relataram que esse pensamento tem sido trabalhado com diálogo e demonstração da capacidade clínica dos enfermeiros que ocorre ao longo do tempo, na longitudinalidade.

Também mencionado de forma unânime foi o dimensionamento populacional das equipes. Os CS em que equipes apresentavam dimensionamento muito extrateto foram os que apresentaram processos mais restritos de ampliação de acesso. Os entrevistados mencionaram uma alta carga de atendimento, sem possibilidade de vislumbrar possíveis melhorias no acesso sem redimensionar o número de usuários por equipe. Assim, podemos afirmar que os dois grandes pontos limitantes de ampliar o acesso, dentro da visão dos profissionais, foram o déficit de RH e dimensionamento populacional das equipes.

“... com a população extrateto e com as equipes desfalcadas, eu digo ‘cara, faz com agendamento-dia que, talvez, tu facilites, as pessoas fiquem já mais satisfeitas’. Mas ainda não vai ser um modelo pleno e ideal, porque, sem dinheiro, sem RH, tu não consegues fazer, pode querer ficar inventando a roda que vai ser só enxugar gelo.” (M10)

“O que dificulta é o tamanho da população. Pra mim, isso assim é o fator X. Não adianta querer vir colocar telefone, fazer ‘não sei o que’ enquanto não reduzir a população. Não adianta, não tem como dar conta de todo mundo. Então já tá o triplo da população, não tem como dar conta, e não tem como diminuir fila, não tem como fazer a pessoa marcar pra todo mundo que vem. Então infelizmente a gente faz o que dá.” (M9)

Nos lugares que apresentaram processos ampliados de acesso, os próprios profissionais colocaram que só foi possível pelo dimensionamento que possuem e por vezes com auxílio de residentes. Caso contrário, veriam como impossível manter a quantidade de atendimentos que possuem.

“A gente tem uma população também que eu acho que é boa de se trabalhar, o número adequado. Então eu acho que nos últimos levantamentos que a gente fez, a gente tem em torno de 2100, 2200 pessoas no nosso território, que eu acho um número razoável, só que a gente tá numa área de interesse social, com

a SUS dependência muito alta, então, eu acho que esse número é ali no limite, (...). E eu acho que ele é bom, porque também a gente tem esse monte de gente [residentes], eu acho que se tivesse eu e a enfermeira, sozinhas, a gente ia penar mais.”
(M8)

Também foi colocada a experiência de conseguir se realizar um redimensionamento das equipes como estratégia para estimular ampliação de acesso no CS. Então, RH e dimensionamento populacional são essenciais para ampliar acesso na visão dos entrevistados; não são suficientes mas são pré-requisitos. Outro ponto muito mencionado foi haver apoio e incentivo da gestão para a ampliação de acesso nos CS, algo que será descrito mais adiante.

Quanto a esses aspectos, não parece haver dúvidas: completude das equipes para que existam os profissionais, minimamente médicos e enfermeiros, é crucial e obviamente necessário para um acesso oportuno; e o volume de usuários vinculados a cada equipe de saúde da família é excessivo. Atualmente, o tamanho de usuários por eSF recomendada pela PNAB é 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2012b). No entanto, esse número não passa de uma sugestão, sendo então frequentemente ultrapassado. Além disso, quase todos os países de alta renda com APS estruturada e forte, com função filtro, tem tamanho de painel – quantidade de usuários por médico generalista – em quantidade menor que a normativa brasileira, em geral, no máximo 2 mil usuários para um médico de família. (VIDAL, 2018).

Dentre medidas estruturais para funcionamento das equipes, surgiu o item “espaço físico”, que também foi inserido no polo “Papel da Gestão”. O espaço físico apareceu como limitador em algumas falas. Se houvesse mais salas em alguns CS poderia receber mais alunos e residentes, o que aumentaria capacidade de atendimento e também permitiria locais melhores para escuta dos pacientes. Nesse caso, todos os CS tinham consultórios para médicos, enfermeiros e residentes. Haver espaço físico e ordenar esse espaço físico aparece como fator estruturante básico para promover acesso, o que dispensa discussão.

“... o espaço físico é um dificultador [em ampliar acesso], quando você tem uma unidade que não se consegue garantir espaço adequado, por mais que a gente rebole e faça de outras

formas, enfim, (...) você precisa ter um ambiente adequado pra que se consiga fazer um processo de escuta qualificada.” (M7)

Um item a ser discutido dentro do polo temático da gestão que pode ser mais característico da gestão municipal de Florianópolis é a inserção mais recente de processos de qualificação da gestão clínica na APS, com medidas de protocolos clínicos, matriciamento com especialidades e teleconsultoria. Algumas dessas medidas são processos de vanguarda no município, outros processos já se existiam em abrangência estadual e nacional, como a caso da telemedicina e teleconsultoria. De maneira geral, a existência de protocolos clínicos e fluxos de discussão de casos com especialidade focais não estariam relacionados diretamente com o processo de ampliação de acesso de primeiro contato na APS, no entanto apresentaram influências interessantes nesse atributo, de acordo com as falas dos profissionais.

Os protocolos clínicos de enfermagem e dos médicos (PACK e Protocolos clínicos de enfermagem) foram unanimemente considerados pelos entrevistados como algo positivo para ampliar acesso nas equipes ESF. Eles aumentaram a resolubilidade das enfermeiras e ajudaram a qualificar os atendimentos de maneira geral. Foram mencionados, junto com a Carteira de Serviços, como maneiras da gestão municipal estimular as equipes e cobrar que melhorem o acesso, além de auxiliar no estabelecimento de que mesmo com mudanças de profissionais se mantenha o mesmo tipo de processo de trabalho. Também houve comentários no sentido de que ter os protocolos não garante que os profissionais os vão usar, ou, por vezes, podem se ater demais aos protocolos, que devem ser guias e não regras fixas. Também foi colocado que há que ter cuidado com algo anterior aos protocolos, que é a própria capacidade técnica dos profissionais, a qual é muito heterogênea nos médicos e maior ainda entre os enfermeiros. O enfermeiro tem que ter boa capacidade técnica para poder usar os protocolos. Também foi questionado o fato de haver bons profissionais clínicos saindo para cargos de gestão não assistenciais, esvaziando a “ponta” de profissionais capacitados.

“... e o PACK para enfermagem, eu acho que realmente é um salto, por que qualifica, dá subsídio, banca, e também é isso, tu tá nessa rede e essa rede trabalha desse jeito, então as pessoas que estão entrando elas têm que se adequar, então isso também

é bem legal. Eu acho que a carteira de serviço também, eu acho que meio que materializa aquilo que é o preconizado, assim, dá um suporte teórico e um suporte para coordenação de certa forma para cobrar...” (M1)

“... primeiro que a gente participou da construção deles, que não foi imposto nada pra gente, tanto os protocolos, o PACK também só vem reforçar isso, (...) só contribuiu pra gente ter mais autonomia, pra gente ser mais resolutivo, com mais segurança, uma coisa mais uniforme, não cada um fazendo do seu jeito. O que eu enquanto enfermeiro fico um pouco ainda triste, é que tem colegas que não saem do protocolo assim, se protegem ainda atrás dos protocolos, ‘isso eu posso fazer, isso eu não posso fazer isso’.” (E2)

“... eu falo que a gente tem que tomar um pouco de cuidado com algumas coisas. Mas, sim, ajudam um monte [protocolos de enfermagem], assim. (...) eu acho que as pessoas têm que saber o seu limite clínico. Que em alguns é maior e em outros é menor. E a gente sabe que as formações, no país, são muito heterogêneas. (...) Ela pode ler o que tá na linha guia, mas ela não vai saber identificar. Ela não vai saber colher o dado, a anamnese, o exame físico, a semiologia da história. Isso é um ‘pepino’ que se tem e daí o pessoal tem que dar um jeito de equacionar isso.” (M10)

Os protocolos de atendimento para enfermeiros já têm sido usados em outros países. Estudos na APS da Espanha para avaliar efetividade e resolutividade em atendimentos de demandas agudas de menor gravidade pelos enfermeiros demonstraram consultas autônomas, sem necessidade de intervenção do médico, em até 74% dos casos. Também se verificou baixa taxa de retorno na mesma unidade ou ida ao hospital nos dias seguintes devido à mesma queixa, em torno de 10%, além de alta satisfação dos usuários. A resolubilidade dos casos variou segundo a natureza das queixas, sendo maior em campos nos quais os enfermeiros já atuavam com maior frequência, como anticoncepção de urgência e ferimentos de pele. Assim, a atuação da enfermagem se demonstrou como um grande potencial de resolução de casos de menor gravidade na APS (FABRELLAS et al., 2013; BRUGUÉS et al., 2016).

As questões de matriciamento com especialidades e teleconsultoria para dúvidas clínicas e encaminhamentos também foram vistas como algo bom e inevitável para APS, um diferencial de Florianópolis. Mais recentemente a SMS lançou vários protocolos de acesso à especialidade, como forma de regular melhor o acesso às especialidade focais. Esses processos ocorreram dentro do objetivo de aumentar a resolutividade da APS e melhorar a regulação de vagas aos níveis secundários e terciários do sistema de saúde. Houve diferenças de opiniões dos profissionais sobre como inserir esses processos burocráticos no dia-a-dia: alguns profissionais colocam que é possível ser feito, e outros colocam que é difícil dar conta de tudo. Um dos profissionais comentou que por vezes pode não se preencher corretamente os dados necessários para realizar o matriciamento, a teleconsultoria ou protocolo de acesso às especialidades, com isso ser necessário ver aquele paciente mais vezes, gerando consultas, talvez, desnecessárias. Já outro profissional relatou que se tem uma “perda de tempo” nesses processos burocráticos, mas existe um ganho real para o paciente, então valeria o esforço.

“... os protocolos acabam às vezes, até gerando uma demanda maior pra gente, porque a gente tem que, acaba tendo que fazer tudo, (...). (...), muitas vezes, por a gente não lê direito, muito bem, os protocolos, acaba fazendo o encaminhamento, é devolvido, tem que rever, (...) mas acho que a gente tem que ler mais e ficar mais, ter mais conhecimento de como fazer os encaminhamentos pra não, às vezes tá fazendo uma duplicidade, ou tá fazendo o paciente demorar mais pra acessar os locais onde tem que ter, mas assim, e aí isso às vezes faz com que o paciente volte mais vezes pra uma consulta contigo...”
(M6)

“Então, tem um lado bom e um lado ruim, no matriciamento em si eu tenho tido algumas experiências interessantes de alguma dúvida que a gente tenha, enviamos e-mail e evitamos um encaminhamento, isso é bom, mas tudo isso precisa de tempo, mandar e-mail, receber e-mail, ler e entrar no prontuário. (...). Acho que paciente que não precisou ir na policlínica consultar uma coisa pontual, acho que é um ganho. Acho que é um tempo

que se perde, mas é um tempo válido, não se perdeu na realidade, se trocou, é uma troca justa de tempo.” (M2)

Outra questão relatada nas entrevistas, que pode ser considerada mais característica do município de Florianópolis, foi a coexistência com outros CS que possuem um acesso mais ampliado. Ter outros CS no mesmo município com acesso mais aberto foi colocado com uma maneira de estimular a fazer mudanças na sua própria equipe. A possibilidade de ir lá pessoalmente conhecer como acontece na prática foi realizada por algumas equipes – por vezes o coordenador indo também. Saber que existe outras experiências, e que é possível conhecê-las parece ser um estímulo.

“Ter contato com outras unidades, acho que isso ajudou, principalmente à coordenadora, minha coordenadora tem muita vontade de fazer as coisas, mas ela quer ver, assim, ela tem a coisa, a necessidade, quero entender o que tá acontecendo pelo medo de fazer alguma coisa que pode prejudicar, então ter o [CS ‘X’] como referência, (...) isso ajuda bastante.” (M2)

Um ponto importante levantado nas entrevistadas foi a relação da gestão – distrital e municipal – com os profissionais das equipes da ESF. Essa relação foi caracterizada por vezes como apoio ou falta de apoio dentro do processo de ampliação de acesso. Além disso, foi relatado como presença ou ausência de incentivos para as equipes ampliarem seu acesso podem se tornar fortes estímulos ou desestímulos para mudanças nos processos de trabalhos nas equipes.

Quanto ao apoio da gestão municipal, apresentaram-se duas visões. Colocou-se que há com frequência a falta de apoio da gestão local (do CS) e com maior frequência a falta de apoio distrital, este último normalmente ausente no processo. Mas outros entrevistados colocaram que existe algo institucional, da gestão municipal, estimulando a ampliação do acesso. Processos anteriores de estímulo de ampliação de acesso no município podem ter tido efeito local. Houve também falas sobre a necessidade de assessorar as pessoas nas mudanças, algo mais local.

“A gestão geral de atenção primária apoiou bastante, tanto que lá em 2015 a gente teve uma conversa (...) aqui dentro do centro de saúde pra falar sobre isso, pra falar sobre a melhoria do acesso, ou sobre como havia e as formas de fazer, junto com a coordenação, que daí ficou, ficaram algumas coisas pactuadas pra equipe conhecer melhor e tal, que ela [coordenadora] não levou pra frente, que aí foi uma forma que dificultou bastante assim, então em geral da gestão mais central a gente não nunca teve problema assim. Distrito em geral não, assim, não ajudava muito a fazer o processo andar, mas também não dizia que não...” (M4)

Um fator que não estimula a ampliação do acesso e foi mencionado muitas vezes foi falta de incentivo institucional e a concomitante a falta de cobrança de profissionais que não colaboram para um acesso mais ampliado. Profissionais colocaram que fazer só por “amor à camisa” cansa, e que ver outros colegas que ganham a mesma coisa tendo menos trabalho desestimula. Profissionais colocaram que se sentem sozinhos no processo de ampliar acesso, que seria bom ter algum tipo de gratificação institucional. Colocou-se a possibilidade de estímulos financeiros ou outros tipos, mas algum tipo de diferencial. Também se colocou a necessidade de “manter a chama acesa”, que seria bom ter compartilhamento próximo das experiências, ter momentos de “desabafo”. Também foi comentado sobre a possibilidade de apoio local, alguém de gestão distrital ou central ir ver se precisa algo, ver se há necessidade de mudar algo, falar com algum profissional pessoalmente, pois ser apenas uma decisão de maneira muito vertical e genérica pouco funciona.

“E eu sinto falta de incentivos, assim, gerais, de todos os tipos, assim, porque acho que é uma coisa que se dependesse só de mim, eu acho que não estaria desse jeito hoje, sendo bem sincero, acho que se fosse só eu, empolgado, mesmo com a minha formação, de residência, eu não teria aguentado, isso, eu só seguro porque a gente tem uma equipe, que pega junto, tem os residentes, tem a enfermeira, e aí todo mundo tá se ajudando, então, meio que, acho que hoje minha avaliação é um pouco essa. É muito frágil essa coisa do acesso ainda, é, enquanto isso não for algo institucional de fato, assim, e

valorizar, e acho que tem várias maneiras de valorizar, não tô falando só de dinheiro, eu tô falando de outras coisas também, é um processo ainda que depende muito do 'amor à camisa', assim, o 'amor à camisa', na minha opinião, tem uma hora que, ele acaba assim, acho que, porque eu, e daí acho que a nossa formação também ajuda nisso, assim. Eu prezo muito pela minha saúde também, então tem uma hora, onde penso que estou em risco de, e até pensando na população também, porque se eu entro em burnout e me afasto no fim a população vai sofrer também, porque vai ficar sem atendimento..." (M5)

Por fim, dentro do polo temático “Papel da Gestão”, incluem-se dois pontos mencionados pelos profissionais, a carga horária e CS com horário estendido de funcionamento.

A redução de carga horária de muitos profissionais para 30 horas dentro do município vem se tornando realidade nos últimos anos. Essas reduções aconteceram via litígio judicial, dado que os cargos de profissionais das equipes da ESF na legislação municipal eram de 30 horas semanais, com um incentivo financeiro institucional para acréscimo para 40 horais semanais. Essas reduções também foram designadas como fator de sobrecarga para o restante da equipe, mas de forma menos aguda que a falta do profissional.

Quanto à extensão de horário, alguns processos estavam ocorrendo concomitante ao momento de entrevista, pela indicação da gestão para abertura dos CS na hora de almoço 12h-13h, com alguns CS já apresentando essa abertura e outras não. E também, simultaneamente, grande quantidade de profissionais conseguiram redução de carga horária profissional para 30h, iniciando assim propostas de horários estendidos dos CS iniciando além do tradicional 8h-17h.

Alguns profissionais afirmaram que aumentar o horário de funcionamento no CS seria importante para os usuários e vital para ampliação acesso. Houve também referências sobre como tornar os horários dos funcionários mais flexíveis poderia ser bom para os profissionais, inclusive por questões de deslocamento. No entanto, também apareceram questionamentos e receio de sobrecarga assistencial, principalmente pela questão da perspectiva futura de redução de carga horária de muitos profissionais e ampliação de horário do CS sem aumento de RH. Na eSF, esses dois processos concomitantes representariam menos contato do médico e enfermeira da mesma equipe

entre si, o que pode ser questionável devido à necessidade da grande e íntima parceria entre os dois e a importância de dividir responsabilidades entre a equipe.

“Eu acho que a ampliação do horário ela é vital também, dá até vergonha, dizer que a gente faz acesso avançado de oito a meio dia e de uma as cinco, (...) então, eu acho que o caminho é esse, temos que organizar, temos que pensar e aí vem outros desafios que é o RH, a gente aumenta o horário de funcionamento, não aumenta o RH, tá bom, todo mundo continua fazendo a sua carga horária, só que a gente tem uma sobrecarga nesse horário, porque você tem um número ‘x’ de pessoas, você aumenta o tempo, o número de pessoas continua sendo ‘x’, então as pessoas que estão naquele tempo, em alguns momentos não vão ter certas pessoas, então teu trabalho vai acabar ficando um pouco maior. É um desafio também, não sei como assim, mas eu acredito muito na extensão do horário, é uma coisa que me atrai, tanto pensando na melhoria do acesso para as pessoas quanto pensando pessoalmente para mim, ter flexibilidade...” (M5)

Os principais problemas que surgiram como grandes limitadores na ampliação de acesso foram questão do RH e dimensionamento populacional. Problemas que não são inéditos, revisão recente trouxe como principais barreiras ao acesso: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade (MFC), burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (hipertensos, puericultura etc.). O artigo sugere estratégias que podem ser utilizadas para ampliar o acesso da APS. Dentre as principais estariam a redução de população vinculada a cada equipe e maior investimento federal para ESF, com forte investimento na formação de profissionais qualificados para APS, educação permanente das equipes atuais e estímulo a fixação e interiorização dos profissionais, principalmente em locais de maior vulnerabilidade. Além disso também foi citado a importância a atuação clínica da enfermagem para cogestão dos processos de trabalho, a flexibilização de agendas e diversificação de formas de comunicação da equipe com o usuários

(TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). O presente trabalho corrobora com os desafios encontrados no estudo e reafirma a necessidade de aplicação de estratégias para ampliar o acesso na APS, transformando-a numa porta de entrada abrangente e eficiente aos serviços de saúde do SUS.

Um artigo de revisão recente demonstrou a eficiência e importância da ESF para melhoria da população brasileira através da análise de diversos estudos nacionais. Em conclusão, a ESF foi definida como um bom sistema de APS. Os autores reforçaram a urgência que a ESF (e o SUS) não sofra cortes que interrompam os resultados encontrados, sendo necessário sua defesa como uma conquista e um valor ético por toda a sociedade brasileira (MACINKO; MENDONÇA, 2018). O presente estudo concorda com tais premissas, no qual o acesso na APS é alicerce para os demais atributos, como a longitudinalidade e a integralidade, formando assim um modelo de atenção centrado no usuário. Tal modelo de APS dentro do SUS enfrenta atualmente diversos desafios financeiros para sua manutenção e melhoria, como a Emenda Constitucional 95 (EC 95/PEC 55/PEC 241) aprovada em dezembro de 2016 e que limita despesas federais em saúde para os próximos 20 anos, congelando os gastos ao nível de 2016.

A pesquisa teve limites no que concerne a alguns pontos. Um deles foi a seleção dos profissionais entrevistados. Devido a problemas em conseguir quantificar o processo de ampliação de acesso das equipes, foram selecionados profissionais-chaves, identificados por pessoas na gestão e entre os próprios pares. Também não foi possível realizar a proposta inicial de grupo focal, devido a problemas com a liberação simultânea dos profissionais. Então, houve possível viés de seleção na seleção. Outra forma, como compensação, a riqueza dos achados pareceu indicar que, se houve, esse viés não gerou prejuízo significativo para os resultados da pesquisa. Outra limitação do desenho da pesquisa foi não abordar o olhar do usuário sobre o processo de ampliação dos CS, visto que se utilizou apenas a visão dos profissionais e gestores.

Um terceiro limite da pesquisa foi a grande quantidade de material para análise, uma vez que as entrevistas apresentavam perguntas abertas e foi estimulado para os profissionais resgatarem a história da sua atuação profissional na APS. Isso resultou em uma grande quantidade de dados, o que pode gerar certa limitação caracterizada pelo não aprofundamento e discussão sistemáticos de cada

conteúdo encontrado. Essa foi uma opção assumida em função de se priorizar o conjunto geral dos resultados, e dentre eles, discutir o que pareceu ser mais relevante tanto pela frequência quanto pela importância e originalidade dos dados. Além disso, por se tratar de dados empíricos, sobre como aconteceram os processos em cada lugar e as visões dos profissionais sobre as dificuldades e potencialidades encontradas, dentro de um contexto específico do município de Florianópolis, pode ser difícil ampliar os resultados para toda APS brasileira. Todavia, a convergência com a literatura e o significado dos dados frente ao vivenciado pelos profissionais que atuam na APS sugere um grau significativo de possível generalização, inclusive pela diversidade das experiências relatadas, apesar de todas no mesmo município (FIGURA 5).

O tema do acesso na APS é amplo e mais estudos nacionais são necessários. Estudos quantitativos e qualitativos podem atuar de forma complementar para analisar os resultados de experiências consideradas exitosas na ampliação do acesso, avaliar os processos de trabalho envolvidos, a satisfação profissional e o bem-estar dos profissionais. Também é interessante incluir o olhar dos usuários, para quem é destinada a ampliação do acesso na APS, aceito como comumente restrito.

A relação entre os profissionais das equipes de APS apresenta importância para o processo de ampliação de acesso na APS, sendo um tema interessante para posteriores pesquisas. Pesquisas nacionais com o tema de relação entre profissionais são escassas. Uma sugestão seria a adaptação de inventários internacionais, como o “Team Climate Inventory” (TCI). Além disso, são sugeridos estudos comparando experiências exitosas em outros municípios para avaliar pontos semelhantes e pontos divergentes. Outros estudos futuros em Florianópolis poderiam avaliar o impacto de projetos da gestão no acesso, como a implantação dos protocolos clínicos de enfermagem e o PACK. Além disso, mais estudos sobre o uso de tecnologias de comunicação na ampliação do acesso na APS são necessários para avaliar as potencialidades e limites no uso dessas tecnologias.

Algo que é importante pontuar foi que de maneira geral foi percebido uma ausência de liderança e direção da gestão municipal e as coordenações locais (dos CS) nos processos de ampliação de acesso, mesmo dentro da fala dos gestores. Os profissionais colocaram como dificuldade não haver diretivas mais claras por partes da gestão,

expressando como o município entende que deve ser o acesso na APS. Também houve relato de que a falta de uma cobrança e incentivo institucional quanto à ampliação de acesso cria uma sensação de injustiça, pois profissionais que se esforçam em mudar os processos de trabalho não recebem nenhuma vantagem financeira ou são reconhecidos de outra forma em comparação com profissionais que mantém menor acesso nas suas equipes, tornando isso um desestímulo para mudanças. Quando questionado esse ponto em entrevista com gestores, estes confirmam essa dificuldade de cobrança e incentivo, relatando empecilhos financeiros e institucionais para que isso aconteça. Averiguou-se a presença de autonomia dos profissionais e estímulos indiretos para que se amplie acesso na APS, mas algo ainda muito dependente da liderança e continuidade de quem está na ponta, pouco sendo de fato uma diretriz da gestão. Isso é preocupante, uma vez que sem diretrizes e liderança institucional, as mudanças 'na ponta' tendem a ser funcionários-dependente, com menos chance de continuidade a longo prazo.

Conclui-se que, na visão dos profissionais investigados, as relações entre os médicos e enfermeiras (e sua atuação clínica), suas motivações e sua formação especializada (sobretudo em MFC) são os principais fatores promotores da melhoria do acesso nas equipes da ESF; em articulação com a agilidade da comunicação e otimização das agendas e reuniões para cogestão das mudanças. Embora tais achados situem-se em contexto de percepção de ausência de uma significativa atuação da gestão municipal na dinâmica dos CS e equipes da ESF, provavelmente, por sua coerência com outros estudos, isso seja válido em grande parte em outros contextos municipais.

Figura 5: Polos temáticos e as suas categorias



Fonte: Elaboração própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três polos temáticos – “Papel dos Profissionais”, “Questões organizacionais” e “Papel da Gestão” – formaram um tripé de aspectos que influenciaram o processo de ampliação de acesso nas equipes dos profissionais entrevistados. Ele auxiliou na análise de motores e forças inter-relacionadas presentes no desafio cotidiano das equipes em aperfeiçoar o processo de trabalho para melhorar o atributo acesso dentro da APS.

A análise dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde da família de Florianópolis trouxe à tona diversos aspectos que influenciam o processo de ampliação de acesso na APS. De maneira geral, surgiram fatores mais micropolíticos e micro organizacionais, relacionados aos profissionais e a organização do processo de trabalho dentro dos CS, mas também apareceram fatores macropolíticos relacionados a decisões de gestão municipal.

A pesquisa revelou a grande importância dos processos internos das equipes, demonstrando que na visão dos profissionais investigados características dos profissionais e suas inter-relações têm forte influência na ampliação do acesso. Os profissionais médicos e enfermeiros são figuras-chaves. O protagonismo e a parceria entre eles foram fundamentais para mobilização de mudanças nos processos de trabalho e sua manutenção. A parceria de médico e enfermeiro foi tão fundamental que mesmo com os problemas era possível fazer grandes mudanças e sentir menos sobrecarga, enquanto ter problemas nessa parceria inviabiliza processos ou aumenta a sobrecarga, muitas vezes só se resolvendo com troca do profissional. Pode-se comparar com um casamento ou como uma sociedade, em que a parceria dos sócios é fundamental para o crescimento da “empresa-equipe de SF”. Parece que o fato de que no SUS não se escolhe com quem se vai trabalhar dificulta o surgimento espontâneo dessa parceria. Isso revela a importância de que além de conseguir bons profissionais, os gestores precisam ter uma visão sensível de onde alocar os profissionais, quais “casais” vão dar certo, quais tendências de personalidades e pensamentos podem ser totalmente incompatíveis.

Além disso, a relação dos profissionais das diferentes equipes dentro do CS também foi importante, constituindo-se em aliados ou obstáculos. A formação com pós-graduação específica em APS demonstrou ser de grande relevância para motivação profissional em

ampliar o acesso nas equipes, principalmente a residência em Medicina de Família e Comunidade para os médicos. A presença de residência em APS para medicina e enfermagem também se apresentou como estímulo para mudanças dentro das equipes. Outro ponto crucial para aumentar de forma consistente o acesso nas equipes foi uma forte atuação clínica da categoria da enfermagem.

Como fator interno que dificulta a ampliação do acesso, foi pontuado a heterogeneidade de entendimento dos profissionais e coordenadores sobre o que é ou como deve ser o acesso e sua importância na APS, demonstrando a presença de uma concepção de que APS deve se concentrar em ações de prevenção e promoção de saúde e menos em ações de assistência clínica aos doentes.

Quanto as questões organizações, destacou-se a importância de se manter o vínculo com uma população definida, uma vez que a ampliação do acesso está fortemente vinculada também com a longitudinalidade do cuidado. A importância do manejo do tempo também surgiu na pesquisa, na medida em que se pontuou a necessidade de priorizar a agenda para a assistência e de aperfeiçoar a habilidade de realizar consultas mais eficientes. No entanto, espaços protegidos para reuniões também foram cruciais para articular as mudanças nos processos de trabalho. O uso das tecnologias de comunicação na ampliação de acesso das equipes foi uma das novidades reveladas pela pesquisa, com o uso de ferramentas para tornar mais ágil a comunicação entre os profissionais do CS, aprimorar as formas de agendamento e melhorar o contato com os usuários, utilizando e-mail, telefone e aplicativos de bate-papo.

A pesquisa também identificou fatores macropolíticos, mais externos ao cotidiano dos CS, que influenciam a capacidade de ampliar o acesso nas equipes. Os coordenadores locais demonstraram serem figuras de grande importância para auxiliar (ou ser um obstáculo) nos processos de ampliação de acesso. Quanto a gestão municipal, apesar de ter acontecido um movimento da gestão municipal em incentivar a ampliação de acesso das equipes durante a última década, foi importante a sensação de pouco apoio por parte da gestão nos processos de mudanças internas das equipes e a falta de alguma forma de recompensa ou cobrança para ampliar o acesso, que poderia facilitar os processos locais. Além disso, foram relatados dois fatores considerados estruturais e altamente necessários para ampliar acesso: quantitativo adequado de Recursos Humanos e menor dimensionamento populacional das

equipes, ambos altamente dependentes da gestão municipal. Esses dois aspectos já são mencionados na literatura como fatores que influenciam a capacidade das equipes em ampliar acesso e favorecem a sobrecarga dos profissionais que trabalham na APS, que também foi muito frequente nessa pesquisa.

Frente ao conhecimento sobre o assunto de ampliação de acesso na APS, o presente trabalho trouxe a luz alguns pontos de importância que muitas vezes são deixados para segundo plano na APS. Assim, a parceria, o trabalho em equipe, principalmente entre os líderes-chaves da equipe de SF, médico e enfermeiro, superando tendências hierárquicas e sendo “parceiros-sócios” é de fundamental importância para ampliar o acesso e diminuir sensação de sobrecarga dos profissionais. Além disso, é fundamental o enfermeiro abraçar sua atuação clínica, ampliando sua potencialidade resolutiva na assistência aos usuários. Outro ponto interessante foi a influência de possuir pós-graduação em SF como motivador para ampliar acesso. Com isso ficaram indicadas limitações na graduação de medicina e enfermagem para formar profissionais para atuar na APS. A residência e especialização em MFC ou SF podem ser medidas para qualificação da APS.

Por outro lado, os gestores do SUS também precisam se aproximar da ponta, dos profissionais que atuam na APS. No caso de Florianópolis houve uma contribuição histórica dos últimos anos para incentivar a ampliação de acesso nos CS. No entanto, é necessário incentivar de forma mais contundente essa ampliação, com alguma forma de estímulo aos profissionais que se dispõem a fazer as mudanças necessárias, e cobrança institucional aos demais. Além disso, a gestão deve se empenhar em criar condições para as pessoas trabalharem adequadamente, principalmente em estrutura física, RH e dimensionamento da população das equipes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, J. L. M. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio.

Revista Mineira de Saúde Pública, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.

Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/2002/28140/28140-391.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

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:

<https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>. Acesso em 04 nov 2018.

ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34-51, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

ANDERSON, N. R.; WEST, M. A. The Team Climate Inventory: Development of the TCI and its Applications in Teambuilding for Innovativeness. **European Journal of Work & Organizational Psychology**, [s. l.], v. 5, p 53-66, 1996. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/247515862_The_Team_Climate_Inventory_Development_of_the_TCI_and_Its_Applications_in_Teambuilding_for_Innovativeness. Acesso em 04 nov 2018.

ANDERSON, N. R.; WEST, M. A. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory.

Journal of Organizational Behavior, v. 19, n. 3, p 235-258, 1998.

Disponível em:

<http://www.psychwiki.com/dms/other/labgroup/Measufdsfdbger345resWeek1/Danika/Andersen1998.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

ANDRE, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil.

Interface (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-332, 2017.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

AUGUSTO, D. K. et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [s. l.], v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695>. Acesso em 04 nov 2018.

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695>. Acesso em 04 nov 2018.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: EDIÇÕES 70, 2004.

BMJ. Providing guidance to empower health teams globally | **BMJ**. 2018. Disponível em: http://www.bmj.com/company/partner-with-us__trashed/providing-local-health-guidelines-to-improve-patient-care-in-south-africa/. Acesso em 02 set 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de novembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União Brasília. Ministério da Saúde, Distrito Federal - DF, 2010a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria_4279_301210.pdf. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em 02 set 2018.

_____. **IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/index.html>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 1 ed. Brasília (Cadernos de Atenção Básica, n. 39): Ministério da Saúde, 2014a.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Divulgada certificação do 2º ciclo do PMAQ** [atualizada em 21/11/2014]. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1960. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família** [atualizada em 31/03/2015]. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998. Acesso em 04 nov 2018.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União Brasília. Ministério da Saúde, Distrito Federal - DF, 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 28 out 2018.

_____. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família no Brasil**

[atualizada em setembro/2018]. Departamento de Atenção Básica.

Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 02 set 2018.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100075&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

BRUGUÉS, A. B. et al. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. **Aten Primaria**, v. 48, n. 3, p. 159-165, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001663>. Acesso em 04 nov 2018.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000575>. Acesso em 04 nov 2018.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2005.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

CASTRO, R. C. L. **Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M. L. F. Formação dos Médicos que Atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 31-39, 2018.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100031&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

CESAR, M. C. et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 296-306, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600296&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZALEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 605-619, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300605&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Bahiana**, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>. Acesso em 04 nov 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. 415, 2012. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-415>. Acesso em 04 nov 2018.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. S191-S202, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 221-232.

FABRELLAS, N. et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 61, 2013. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-61>. Acesso em 04 nov 2018.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 12-14, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

FERNANDES, C. L.; FALCETO, O. G.; WARTCHOW, E. S. Abordagem familiar. In: DUNCAN, B. B. et al. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 86-98.

FERREIRA, V. D. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160104, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400221&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **TAC**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, n. 3, p. 117-131, 2014. Disponível em: http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1558.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria n° 283/2007, de 06 de agosto de 2007**. Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Diário Oficial Eletrônico do Município. Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sau+da+fa+milia&menu=5>. Acesso em 04 nov 2018.

_____. **Oficina discutirá acesso na atenção primária** [atualizada em 15/04/2011]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2011. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=4089>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2013a. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **SMS promove o I Fórum Municipal de Saúde** [atualizada em 18/03/2013]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2013b. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=8373>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Saúde: carteira de serviços disponível para consulta** [atualizada em 06/12/2013]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2013c. Disponível em

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=10803>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Telessaúde zera fila para dermatologia** [atualizada em 12/11/2015]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2015. Disponível em

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=15765>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Portaria nº 22/2016, de 09 de novembro de 2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Diário Oficial Eletrônico do Município, n. 1820. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016a. Disponível em

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Atenção Primária: a base para uma vida com saúde**

[atualizada em 30/18/2016]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016b. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17574>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Educação em Saúde: a chave para a qualidade** [atualizada

em 01/09/2016]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016c. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17591>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Saúde ganha acesso a melhores práticas do BMJ**

[atualizada em 10/05/2016]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016d. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=16953>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Centros de saúde atendem 100 mil por mês** [atualizada em

05/09/2016]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016e. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17612>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Atenção Primária: começa projeto Pack Brasil** [atualizada

em 24/06/2016]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016f. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=17245>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Rede Docente Assistencial – Apresentação.** Secretaria

Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2017a. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docent e+assistencial+++apresentacao>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Florianópolis começa a ampliar acesso aos centros de saúde** [atualizada em 10/08/2017]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2017b. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=18732>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **5 unidades de saúde ampliam horário de atendimento** [atualizada em 23/05/2018]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018a. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=19648>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Regulação – Apresentação**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=regulacao++apresentacao&menu=11&submenuid=1970>. Acesso em 04 nov 2018.

_____. **SMS é parceira do Coren no desenvolvimento do Programa de Adesão aos Protocolos de Enfermagem** [atualizada em 10/04/2018]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018c. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=19502>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **26 das 49 unidades de saúde de Florianópolis têm hortas medicinais** [atualizada em 05/04/2018]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018d. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=19483>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **90% das unidades de saúde oferecem práticas integrativas** [atualizada em 16/03/2018]. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018e. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=19413>. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Acreditação em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde**. Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2018f. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=acreditacao+em+saude&menu=12&submenuid=1982>. Acesso em 02 set 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. Referência em atenção básica de saúde, Florianópolis atende até quem tem plano [atualizada em 26/04/2018].

Folha de São Paulo, 2018a. Disponível em:

https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/referencia-em-atencao-basica-de-saude-florianopolis-atende-ate-quem-tem-plano.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Com consultas de enfermeiros, acesso à saúde cresce 30% em Florianópolis** [atualizada em 22/08/2018]. Folha de São Paulo, 2018b. Disponível em:

http://temas.folha.uol.com.br/e-ago-brasil-saude/alternativa/com-consultas-de-enfermeiros-acesso-a-saude-cresce-30-em-florianopolis.shtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=compfb. Acesso em 02 set 2018.

_____. **Enfermeiros desafogam fila da saúde em SC** [atualizada em 26/08/2018]. Folha de São Paulo, 2018c. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/enfermeiros-desafogam-fila-da-saude-em-sc.shtml>. Acesso em 02 set 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

GARIBALDI, J. P. N. **Análise quantitativa da demanda de consultas médicas na APS de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Residência Médica (Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade). Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, 2016.

GASK, L.; USHERWOOD, T. ABC of psychological medicine: The consultation. **BMJ (Clinical research ed.)**, [s. l.], v. 324, n. 7353, p.

1567–1569, 2002. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123505/>. Acesso em 04 nov 2018.

GÉRVAS, J.; FABI, L. F. Gestión de la consulta. In: **Práctica Clínica en Medicina Familiar y Comunitaria**. 1 ed. Montevideo: Bibliométrica, 2017. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestio%CC%81n-final-final.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 nov 2018.

GIOVANELLA, L.; 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, 2009. Disponível em:
http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Avaliacao_ESF_Florianopolis.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2012.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 6-8, 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 nov 2018.

GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e60015, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200408&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

GOH, T. T.; ECCLES, M. P.; STEEN, N. Factors predicting team climate, and its relationship with quality of care in general practice. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 138, 2009. Disponível em <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-138>. Acesso em 04 nov 2018.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e do acolhimento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

GUSMANO, M. K.; WEISZ, D.; RODWIN, V. G. Achieving horizontal equity: must we have a single-payer health system? **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 34, n. 4, p. 617-633, 2009. Disponível em: https://www.aging.columbia.edu/sites/default/files/Achieving_Horizontal_Equity.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. In: GUSSO, Gustavo, LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p 159-66.

IBGE. **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 02 set 2018.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments - getting it right. **Australian family physician**, [s. l.], v. 40, n. 1-2, p. 20-23, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21301688>. Acesso em 04 nov 2018.

_____. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 152-156, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529528>. Acesso em 04 nov 2018.

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 04 nov 2018.

LEMES, A. A. S. **A importância da formação dos coordenadores das unidades de saúde da Atenção Básica: estudo da percepção dos profissionais do município de Piracicaba**. Dissertação (Mestrado Profissional). Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. Universidade Estadual de Campinas UNICAMP. Campinas, 2014.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

LIMA, J. C. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 52-66, 2018. Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/RSD_117.pdf. Acesso em 08 nov 2018.

LOPES, J. M. C. Abordagem centrada na pessoa. In: **Programa de atualização de medicina de família e comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda, 2007. p. 109–144.

LUZ, J. **Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15688875>. Acesso em 04 nov 2018.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/RSD_117.pdf. Acesso em 08 nov 2018.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.3, p. 780-788, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, N. A. et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. **BMC**

Health Services Research, v. 14, n. 214, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-214>. Acesso em 04 nov 2018.

MASSUIA, T. **Perfil dos atendimentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte e Sul de Florianópolis no ano de 2013**. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

MATTYS, E.; REMMEN, R.; VAN BOGAERT, P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? **BMC Family Practice**, v. 18, n. 110, 2017. Disponível em <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0698-x>. Acesso em 04 nov 2018.

MCINNES, S. et al. A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse's role. **J Clin Nurs**, v. 26, n. 13-14, p. 1960-1968, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27681042>. Acesso em 04 nov 2018.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEADE, J. G.; BROWN, J. S. Improving access for patients: a practice manager questionnaire. **BMC Family Practice**, London, v. 7, n. 37, 2006. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-7-37>. Acesso em 04 nov 2018.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 61-67, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

MENDES, E. V. **As redes da atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

MIRANDA NETO, M. V. de et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 716-721, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700716&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

MORÉ, A. O. O.; TESSER, C. D.; MIN, L. S. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. **Acupunct Med**, v. 34, n. 6, p. 476-481, 2016. Disponível em: <https://aim.bmj.com/content/34/6/476.full>. Acesso em 04 nov 2018.

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 04 nov 2018.

_____. 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>. Acesso em 04 nov 2018.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 565-576, 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v16n4/v16n4a19.pdf>. Acesso em 04 nov 2018.

PAULA, W. K. A. S. et al Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 331-340, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 8 ed. Rio de Janeiro: CEPES, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p 69-115.

PROUDFOOT, J. et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 3, p. 164-169, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337517>. Acesso em 04 nov 2018.

RAIMUNDI, D. M. et al. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. especial, p. 130-138, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/117419>. Acesso em 04 nov 2018.

REBOLHO, R. C. **Diferença na taxa de encaminhamentos entre médicos com e sem formação em medicina de família e comunidade na atenção primária de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Residência Médica (Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade). Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, 2018.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde. **Physis**, [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 04 nov 2018.

ROOTS, A.; MACDONALD, M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. **Hum Resour Health**, v. 12, n. 69, 2014. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-69>. Acesso em 04 nov 2014.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

SANCHES, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panm Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acesso em 04 nov 2018.

SCHADEWALDT, V. et al. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. **BMC Fam Pract**, v. 17, n. 99, 2016. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0503-2>. Acesso em 04 nov 2018.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov 2018.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400692. Acesso em 04 nov 2018.

SILVA, S. A.; BAITELLO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em 04 nov 2018.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

SOUSA, L. D. et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 494-500, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a26.pdf>. Acesso em 05 nov 2018.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

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

2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 05 nov 2018.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

TELESSAÚDE. **O Telessaúde Apoio assistencial e educação permanente no SUS**. Telessaúde Santa Catarina. 2018. Disponível em: <https://telessaude.ufsc.br/historico/>. Acesso em 02 set 2018.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, 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. Acesso em 05 nov 2018.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 361-378, 2018. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/RSD_117.pdf. Acesso em 08 nov 2018.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; 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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

UCHÔA, S. A. C. et al. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. e2672, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf. Acesso em 05 nov 2018.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 nov 2018.

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. Porto Alegre, 2013.

VIDAL, T. B. **Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da Atenção Primária à Saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC**. 2018. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. 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. Saúde Matern. Infant.**, Recife, [s. l.], v. 10, n. 1, p. S131–S143, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/12.pdf>. Acesso em 05 nov 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em 05 nov 2018.

WHO. World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. World Health Organization. USSR, 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 05 nov. 2018.

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP SH TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Desafios à ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar os desafios enfrentados pelas equipes de Saúde da Família no processo de ampliação do acesso na Atenção Primária a Saúde de Florianópolis. Os benefícios deste estudo estão vinculados a melhoria dos processos de trabalho e gestão na atenção primária. Você não terá benefícios pessoais nem haverá pagamento de nenhum valor financeiro em troca da sua participação, que é voluntária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que você participará de discussão em grupo (grupo focal) e/ou entrevista, que serão gravadas. Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a participação no grupo focal e/ou entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto às questões profissionais levantadas. A qualquer momento desse estudo, o (a) senhor (a) poderá receber esclarecimentos adicionais que julgar necessários por e-mail ou telefone e poderá se recusar a participar ou retirar sua participação na pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de constrangimento ou prejuízo. Sua privacidade e o sigilo das informações serão preservados em todas as fases da pesquisa por meio de adequada codificação dos dados coletados, e os registros desta pesquisa poderão ser usados em publicações científicas. A pesquisadora declara que a Resolução 466/2012 será cumprida integralmente. No entanto, caso venha a ser comprovado algum prejuízo ou eventual dano decorrente da sua participação, você poderá ser indenizado pela pesquisadora. Se sentir necessidade, poderá buscar mais informações com a pesquisadora, conforme contato abaixo, ou no Comitê de Ética de

Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, prédio Reitoria II – Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone para contato: (48) 3721-6094.

Nome da pesquisadora para contato: Mayra Gonçalves Aragón
Número do telefone: (48) 99909-9125. E-mail: aragon_mg@yahoo.com.br

Endereço: Rua Visconde de Cairu nº 241, apt104, Estreito. Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88075-020.

Assinatura da pesquisadora

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto, fui esclarecido de que todos os dados a meu respeito serão sigilosos e posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: _____

Assinatura do participante: _____

Florianópolis, ____/____/____

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista com profissionais das equipes de Saúde da Família de Florianópolis

Título da pesquisa: Desafios à ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde

Pesquisa/entrevistadora: Mayra Gonçalves Aragón

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistado: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de formado: _____

Há quanto tempo trabalha SMS-Florianópolis

(anos/meses): _____

Tempo de trabalho na APS: _____

Tempo de trabalho na atual equipe de SF: _____

Trabalhou em outros lugares antes da SMS? Quais e por quanto tempo cada:

Cargo que ocupa na SMS: _____

Há quanto ocupa esse cargo (anos/meses): _____

Ocupou funções na SMS antes desse cargo atual, quais?

Quanto tempo ficou nessas funções: _____

Escolaridade:

Curso de graduação:

 Ano de conclusão: _____

Pós-graduação:

 Ano de conclusão: _____

 Ano de conclusão: _____

 Ano de conclusão: _____

TÓPICOS E TEMAS PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS EQUIPES ESF

PARTE I

1- Descreva como é o acesso dos usuários na sua equipe no seu Centro de Saúde.

No caso de ter estado em equipes e Centro de Saúde antes do atual, descrever como era o processo naquele local.

a) De que maneira os usuários podem acessar os profissionais da sua equipe se quiserem atendimento ou tiverem uma queixa aguda ou exacerbação de um quadro crônico?

b) Como é realizado agendamento de quadros programáticos como pré-natal, puericultura, consultas de hipertensos e diabéticos?

c) Como são agendadas as consultas de retorno, por exemplo, com resultados de exames?

d) Que tipos de canais de comunicação existem? Telefone? Internet? Como são usados?

e) Há quanto tempo está instalado esse tipo de acesso?

f) O que levou a equipe querer mudar a maneira como o acesso era realizado?

2- Como profissional de Equipe de Saúde da Família na Prefeitura de Florianópolis, conte como foi sua experiência em processos de ampliação de acesso na Atenção Primária à Saúde.

a) Quais foram as etapas percorridas? Como era o acesso anteriormente?

b) O que já foi feito? O que está sendo feito? Do que já foi implementado, o que deu certo e o que não deu? O que acha que poderia ou deveria ser feito?

PARTE II

2- Descreva quais são os fatores que facilitam ou dificultam o processo de ampliação de acesso de uma ESF. Em particular, o que foi percebido dentro da sua realidade, com sua equipe, na seu CS.

a) Existem tensões ou dificuldades para manter o acesso como está no momento? Quais seriam?

b) Como a relação com os outros profissionais e gestores influenciam no processo de ampliação de acesso?

c) Quais fatores seriam incentivadores para que outras equipes também façam ampliação de acesso?

d) O que seria preciso para melhorar ainda mais o acesso? Quais os obstáculos para essa melhora? (tanto da esfera da gestão do serviço e do município quanto da própria equipe)

APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista com gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Título da pesquisa: Desafios à ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde

Pesquisa/entrevistadora: Mayra Gonçalves Aragón

Data: _____

Nome do entrevistado: _____

Idade: ____ Sexo: ____ Cargo que ocupa na SMS: _____

Há quanto tempo ocupa esse cargo (anos/meses): _____

Antes desse cargo, que funções ocupou na SMS:

Quando tempo ficou nessas funções (anterior a gestão): _____

Trabalhou em outros lugares antes da SMS? Quais e por quanto tempo cada:

Há quanto tempo trabalha SMS-Florianópolis (anos/meses): _____

Escolaridade:

Curso de graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Pós-graduação:

Ano de conclusão: _____

Ano de conclusão: _____

Ano de conclusão: _____

TÓPICOS E TEMAS PARA ENTREVISTA COM GESTORES

1- Na sua experiência profissional na PMF, conte como foi a trajetória para ampliação de acesso no município.

O que já foi feito? O que está sendo feito?

Do que já foi implementado, o que deu certo e o que não deu certo?

O que acha que poderia ou deveria ser feito?

2- Em sua visão, quais são as facilidades e dificuldades para ampliação do acesso nos CS de Florianópolis?

3- Para você, qual é o papel do seu cargo como gestor na ampliação do acesso na APS de Florianópolis?

FACILIDADES E DIFICULDADES NO ÂMBITO LOCAL DO CS:

- Agendamento de médicos e enfermeiros
- Esquema de acolhimento e primeira escuta
- Telefone e e-mail
- Completude das equipes
- Horário estendido
- Enfermagem fazendo clínica
- Gestão do CS (papel do coordenador e colegiado gestor)
- Dupla médico + enfermeiro assumir a paternidade dos ACS
- Influência da cultura programática e preventivista
- “Paradoxo das ações nos serviços da saúde da APS/ESF”
- Uso de telefone para orientação e avaliação
- Confusão entre gestão local e assistência (mesma pessoa)
- Dispositivo de acesso avançado
- Em CS com mais equipes: apoio entre equipes, relacionamento entre profissionais de diferentes equipes
- Carteira de serviços para aumentar resolutividade na APS: peq cx, atendimento de urgências

FACILIDADES E DIFICULDADES NO ÂMBITO DA GESTÃO MUNICIPAL:

- Concursos e reposições
- Quadro de transferências
- Incentivos vários para fixação e prioridade para áreas de maior vulnerabilidade
- Cobrança institucional e educação permanente – prioridade de gestão
- Dimensionamento do volume de usuários vinculados x risco-vulnerabilidade
- Teleconsultoria, telessaude, telemedicina e regulação
- Referência e contra referência – acesso ao especialista
- Protocolos para exploração da enfermagem
- Falta de investimento na gestão local (profissionalização)
- Implementação e incentivo a ESF, em vez de outros tipos de estruturação como UBS Tradicional, Florianópolis com 100% de cobertura
- Localização dos CS: proximidade às comunidades
- Quantidade de equipes por CS
- Questão financiamento a saúde: demora em agendar e receber exames, medicamentos e insumos. Resolutividade da ESF