



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIEL ANTÔNIO FLORES CHIES

CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Escala
de Prontidão para Mudança no Agendamento da Atenção Primária à Saúde

Porto Alegre
2026

GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES

CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Escala de Prontidão para Mudança no Agendamento da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre, na área de Saúde da Família.

Orientadora: Alisia Helena Weis

Coorientadora: Maria Eugênia Bresolin Pinto

Linha de Pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia Saúde da Família / Atenção Básica

Porto Alegre
2026

Catálogo na Publicação

Flores Chies, Gabriel Antônio

CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems - Primary Health Care) : Escala de Prontidão para Mudança no Agendamento da Atenção Primária à Saúde / Gabriel Antônio Flores Chies. -- 2026.

107 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2026.

Orientador(a): Alisia Helena Weis ; coorientador(a): Maria Eugênia Bresolin Pinto.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Agendamento de Consultas. 3. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. 4. Inovação Organizacional. 5. Saúde Coletiva. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Escala
de Prontidão para Mudança no Agendamento da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Ciências da Saúde de Porto Alegre como parte
dos requisitos para obtenção de título de Mestre,
na área de Saúde da Família.

Porto Alegre, 25 de Março de 2026

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Monica Maria Celestina de Oliveira
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Raphael Maciel da Silva Caballero
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde da atenção primária que se esforçam diariamente para ampliar o cuidado a nossa população e os meus colegas e equipes de trabalho que me ensinaram o que pode ser o cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora profa. Dra, Alisia por todo o apoio e orientação nesse processo. A minha coorientadora profa. Dra. Maria Eugênia pelo assessoramento e indicações de juízes. Aos meus professores e colegas do PROFSAÚDE por me ajudarem a ver que somos muitos e que estamos espalhados. Aos meus pais, Marta e Giovane, por sempre me estimularem e me desafiarem. A minha esposa Pamela e meus enteados Ares e Naomi, por estarem do meu lado, mesmo quando eu entrava em hiperfoco.

"A complexidade social e humana se encontra na atenção primária" (Jean Maito Ragnini – Médico de Família e Comunidade)

RESUMO

Contexto: O acesso oportuno às consultas na Atenção Primária à Saúde (APS) continua comprometido por barreiras organizacionais – agendas saturadas, longas filas de espera e processos de acolhimento fragmentados – que produzem insatisfação em usuários e profissionais. O modelo de Acesso Avançado surge como alternativa, mas sua adoção esbarra em fatores individuais (profissionais), culturais (valores de equipe) e contextuais (pressões de gestão e comunidade). **Objetivo:** Desenvolver e validar o conteúdo de uma Escala de Prontidão Organizacional que avalie o preparo das equipes de APS para migrar do agendamento tradicional ao Acesso Avançado. **Material e Métodos:** Estudo metodológico com duas fases integradas – (1) Qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de diversas categorias que vivenciaram o Acesso Avançado em Sapucaia do Sul. As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo de Bardin, as categorias emergentes serviram de substrato para a fase seguinte - (2) Metodológica através da geração de itens e validação de conteúdo com especialistas e validação de conteúdo dos itens. **Resultados:** Foram desenvolvidos dois artigos científicos. O primeiro intitulado “Influenciadores da transição de agendamento na APS em uma visão multiprofissional: Análise de conteúdo”, abordando as compreensões dos trabalhadores da APS em relação ao processo de mudança de agendamento. Já o segundo, “Validação de itens da escala CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Avaliação da prontidão para o Acesso Avançado”, tratou dos aspectos psicométricos da validação de conteúdo dos itens da escala CWB-PHC. A versão resultante dessa avaliação é apresentada neste trabalho como produto técnico-tecnológico. **Considerações Finais:** A CWB-PHC foi desenvolvida a partir da experiência conjunta de profissionais que viveram o processo de transição de modelo de agendamento e pode ser capaz de antecipar resistências, ampliar o engajamento das equipes e orientar políticas de acesso na APS. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). **Produto técnico-tecnológico:** Processo/Tecnologia não patenteável – Escala CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care), instrumento desenvolvido para avaliação da prontidão para a implementação do Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde, submetido exclusivamente à validação de conteúdo dos itens por especialistas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Agendamento de Consultas; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Inovação Organizacional.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): ODS 3 – Saúde e bem-estar; ODS 9 – Inovação e infraestrutura; ODS 10 – Redução das desigualdades; ODS 16 – Instituições eficazes

ABSTRACT

Context: Timely access to appointments in Primary Health Care (PHC) remains compromised by organizational barriers—such as saturated schedules, long waiting lists, and fragmented reception processes—which generate dissatisfaction among both users and professionals. The Advanced Access model has emerged as an alternative; however, its adoption is hindered by individual (professional), cultural (team values), and contextual (management and community pressures) factors.

Objective: To develop and validate the content of an Organizational Readiness Scale to assess the preparedness of PHC teams to transition from traditional scheduling to Advanced Access. **Methodology:** Methodological study with two integrated phases: (1) a qualitative phase consisting of semi-structured interviews with professionals from different categories who experienced Advanced Access in Sapucaia do Sul. Interviews were analyzed using Bardin's content analysis, and the emergent categories served as the basis for phase (2) the methodological phase, which involved item generation and content validation by experts. **Results:** Two scientific articles were developed. The first, entitled "Influencers of scheduling transition in Primary Health Care from a multiprofessional perspective: A content analysis," addressed PHC workers' understandings of the scheduling change process. The second, "Item validation of the CWB-PHC scale (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Assessing readiness for Advanced Access," examined the psychometric aspects of the scale's content validation. The version resulting from this validation process is presented in this work as a technical-technological product. **Final Considerations:** The CWB-PHC scale was developed based on the shared experience of professionals who experienced the transition in scheduling models and may help anticipate resistance, enhance team engagement, and guide access-related policies in PHC. This Master's thesis was produced within the stricto sensu Professional Master's Program in Family Health (PROFSAÚDE). **Technical-Technological Product:** Process/Non-patentable technology – the CWB-PHC Scale (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care), an instrument designed to assess readiness for implementing Advanced Access in Primary Health Care, currently submitted exclusively to expert content validation.

Keywords: Primary Health Care; Appointment Scheduling; Health Services Accessibility; Organizational Innovation.

Sustainable Development Goals (SDGs): SDG 3 – Good Health and Well-being; SDG 9 – Industry, Innovation and Infrastructure; SDG 10 – Reduced Inequalities; SDG 16 – Peace, Justice and Strong Institutions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 — Diferença dos Modelos de Agendamento	15
Quadro 2 — Eixos de Resistência à Mudança	17
Quadro 3 — Quadro de Codificação das Entrevistas	22
Quadro 4 — Relação dos documentos de consentimento conforme população e fase da pesquisa.	25
Quadro 5 – Pool inicial de itens para a escala CWB-PHC	30
Quadro 6 – Itens validados, aptos a integrar a escala	34

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	11
1.1 CONTEXTO E DELIMITAÇÃO	11
1.1.1 Acesso à Atenção Primária à Saúde e Modelo de Agendamento	14
1.1.2 Processo de Mudança Organizacional na APS.....	16
1.1.3 Prontidão para Mudança Organizacional (PMO) e Métricas de Avaliação	18
1.2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
1.2.1 Considerações éticas.....	25
2 ARTIGO	27
2.1 ARTIGO 1: INFLUENCIADORES DA TRANSIÇÃO DE AGENDAMENTO NA APS EM UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	27
2.2 ARTIGO 2: VALIDAÇÃO DE ITENS DA ESCALA CWB-PHC (CHANGE WILLINGNESS IN BOOKING SYSTEMS – PRIMARY HEALTH CARE): AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA O ACESSO AVANÇADO.....	27
3 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO	28
3.1 ITENS PARA ESCALA CWB-PHC (VERSÃO INICIAL PRÉ-VALIDAÇÃO)	30
3.1.1 Escala CWB-PHC (Versão Pós Validação)	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A — Roteiro da Entrevista.....	44
APÊNDICE B — Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	46
APÊNDICE C — TCLE Profissionais Entrevistados na Fase 1	52
APÊNDICE D — RCLE JUIZES DO POLO TÉORICO DA FASE 2	54
APÊNDICE E — Modelo Interativo da CWB-PHC.....	56

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este trabalho foi desenvolvido por um médico de família atuante na região metropolitana de Porto Alegre. Desde a residência médica me preocupei com o acesso dos usuários e a qualidade do atendimento prestado. Percebi que muitas unidades tinham processos de trabalho que geram conflitos com a sua população e com a equipe, muito das vezes devido a dificuldades micro gerenciais, resultando em reclamações. Todo esse cenário se converte em sofrimento para os profissionais e dano aos usuários

1.1 CONTEXTO E DELIMITAÇÃO

O município de Sapucaia do Sul, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre a cerca de 20 km da capital e com população de aproximadamente 138 mil habitantes, promove a expansão de sua rede de serviços de saúde desde os anos 1990, com enfoque prioritário na Atenção Primária (Chazan; Dias-da-Costa, 2021), passando por diversos processos de mudança no modelo de agendamento como adoção do acolhimento e esforço para implementação do acesso avançado. Esse esforço resultou em cobertura populacional próxima de 70%, sendo em 2020 60% no modelo de Estratégia de Saúde da Família, o que coloca o município como uma das melhores coberturas de ESF da região (Chazan; Dias-da-Costa, 2021).

O acesso é um dos atributos essenciais da atenção primária (Starfield, 1979), sendo um grande desafio a sua concretização efetiva em diversos cenários. Pode-se considerar o acesso como a capacidade de ofertar e responder às demandas de saúde de uma determinada população, considerando-se as características que auxiliam ou são obstáculos para a sua utilização (Donabedian, 1972). Pode-se dividir esses obstáculos ao acesso entre geográficos e organizacionais (Silva; Pellense, 2024). Enquanto às barreiras geográficas são inerentes ao território e a distribuição geopolítica dele, as barreiras organizacionais e culturais têm um caráter funcional do serviço de saúde (Silva; Pellense, 2024).

Nesse aspecto, pode-se destacar a sobrecarga das equipes em função do desequilíbrio entre oferta e demanda, carência de prontuários eletrônicos e protocolos clínicos resolutivos, bem como ausência de estratégias de acolhimento

ao longo de todo o período de funcionamento das unidades (Chazan; Dias-da-Costa, 2021; Parente *et al.*, 2023).

A homeostase da oferta-demanda é complexa, ora por subdimensionamento de equipe, ora por outros motivos como déficits organizacionais e micro gerenciais (Fracolli *et al.*, 2024; Gonçalves *et al.*, 2024). Essa desarticulação dos processos de trabalho, associado a ausência de planejamento e modelos de agenda inflexíveis frequentemente geram insatisfação do usuário e tensão interna na equipe, gerando conflitos, uma vez que o acesso está intimamente ligado à satisfação do usuário (Cantalino *et al.*, 2021).

Além disso, a pressão assistencial é um elemento crítico, pois a alta procura por consultas e procedimentos, somada às limitações de pessoal, de infraestrutura e de mecanismos de coordenação, aumenta o risco de desencontros e de interrupções no cuidado (Silva; Pellense, 2024; Stelet *et al.*, 2022). Tais dificuldades revelam a necessidade de revisitar as estratégias de agendamento e de organização das equipes, buscando a adoção de processos que realmente otimizem o acesso e a qualidade dos serviços na APS (Cantalino *et al.*, 2021; Chazan; Dias-da-Costa, 2021).

Nesse contexto, a organização da agenda e o tipo de modelo adotado – tradicional, acesso avançado, carve-out, entre outros – constituem elementos centrais para o enfrentamento dessas barreiras organizacionais (Knight; Lembke, 2013; Vidal *et al.*, 2019). Dentre as estratégias adotadas para qualificar o acesso, o modelo de Acesso Avançado (Murray; Tantau, 2000) tem sido proposto como alternativa para mitigar filas, reduzir tempos de espera e ampliar a responsividade da APS (Parente *et al.*, 2023; Stelet *et al.*, 2022; Vidal *et al.*, 2019).

Esse modelo tem por princípios fazer toda a demanda passar pela agenda, eliminando o backlog (acúmulo de consultas futuras). Para isso necessita-se criar equilíbrio entre oferta-demanda e desenvolver equipes para gerenciar a agenda, além de usar medidas para acompanhar o desempenho (Murray; Tantau, 2000). Contudo, sua implantação exige profundas mudanças na cultura organizacional das unidades, reestruturação dos processos de trabalho e elevada capacidade de adaptação das equipes (Stelet *et al.*, 2022). Devido a essas características, escolheu-se esse modelo como foco da transição de agendamento.

A literatura aponta que as iniciativas de mudança nem sempre têm sucesso, sendo influenciadas por fatores individuais, institucionais e contextuais (Granja *et al.*, 2022; Singer, 2020). Isso reforça a necessidade de compreender os elementos que favorecem ou dificultam a implementação dessas transformações. Muitas teorias foram desenvolvidas com objetivo de melhorar os aspectos organizacionais visando a ampliação do acesso (Silva; Pellense, 2024). O acolhimento, sugerido na Política Nacional de Humanização e consolidado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), pode ser compreendido como uma estratégia voltada ao aprimoramento da atenção à saúde, promovendo aos usuários um atendimento equitativo e integral, sustentado pela atuação multiprofissional e pela intersectorialidade (Ribeiro *et al.*, 2022).

Nesse cenário, ampliar a discussão sobre esses processos pode melhorar o acesso na APS, favorecendo o aprimoramento de indicadores de saúde da população, contribuindo para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação de preditores de sucesso na implantação do modelo de acesso avançado é fundamental para orientar a gestão em saúde quanto às condições necessárias para a mudança sustentável dos processos de trabalho. Tais preditores podem subsidiar decisões mais assertivas na condução de processos de inovação organizacional, reduzindo resistências e potencializando os resultados esperados.

Uma forma rápida de identificação e aplicação desses preditores é através de escalas, que vêm sendo usadas em inúmeros contextos para auxiliar as equipes em novos processos de trabalho (Santos, 2024; Vincenzi *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma escala de prontidão para a modificação do modelo de agendamento emerge como estratégia técnica de apoio à tomada de decisão, permitindo avaliar, de forma estruturada e objetiva, o grau de preparo e engajamento das equipes da APS para a adoção de novos modelos de organização da agenda.

Este trabalho visou apresentar uma alternativa, tendo como objetivo principal desenvolver, a partir dos principais preditores de sucesso identificados, uma escala que avalie a prontidão das equipes de APS para migrar do modelo de agendamento tradicional ao modelo de acesso avançado.

Para isso, foram elencados os seguintes objetivos específicos:

Identificar os atores-chaves envolvidos no processo de mudança organizacional;

Explorar os fatores que facilitam e que dificultam a implementação do acesso avançado;

Elaborar e validar o conteúdo dos itens para escala de avaliação da prontidão organizacional para a mudança.

1.1.1 Acesso à Atenção Primária à Saúde e Modelo de Agendamento

Starfield (1979) define acesso como um dos quatro atributos essenciais da APS, enfatizando tanto a capacidade de oferta quanto a capacidade de resposta dos serviços. Para Donabedian (1972), acesso refere-se às características organizacionais e geográficas que podem facilitar ou dificultar o uso dos serviços. Estudos brasileiros recentes demonstram que, mesmo em regiões com cobertura populacional elevada, a efetivação do acesso permanece como principal dificuldade percebida por usuários e profissionais (Chazan; Dias-da-Costa, 2021; Silva; Pellense, 2024).

Os obstáculos ao acesso podem ser classificados em:

Barreiras geográficas: distância e disponibilidade de transporte (Silva; Pellense, 2024)

Barreiras organizacionais: agendas saturadas, filas de espera extensas, processos de acolhimento fragmentados (Parente *et al.*, 2023).

Barreiras culturais: expectativas de usuários e valores profissionais que colidem com mudanças no modelo de atendimento (Angelini *et al.*, 2021; Marshall *et al.*, 2003).

Uma das principais discussões organizacionais é sobre o modelo de agendamento. A organização da agenda na APS é muito diversa e é resultado de processos de experimentação e adaptação em diferentes contextos (Knight; Lembke, 2013). A seleção do modelo de agenda determina como a unidade equaciona oferta e demanda. Quadros comparativos revelam efeitos distintos sobre satisfação, tempo de espera e carga de trabalho (Knight; Lembke, 2013; Vidal *et al.*, 2019)(Quadro 1).

Quadro 1 — Diferença dos Modelos de Agendamento

Modelo	Características centrais	Evidência de impacto	Limitações apontadas
Tradicional (saturado)	Agenda aberta com grande antecedência; prevalência de consultas programadas	Longos tempos de espera; maior taxa de absenteísmo (Silva; Pellense, 2024)	Sobrecarga de encaixes e redução do tempo de consulta
Book-on-Day	Liberação diária de vagas	Diminui espera para casos agudos (Knight; Lembke, 2013)	Concentração de demanda em curto período; exclusão de usuários sem flexibilidade
Carve-out	Porção da agenda reservada para demanda espontânea	Melhora flexibilidade sem perder continuidade (Vidal <i>et al.</i> , 2019)	Requer monitoramento constante da demanda
Open Access	Atendimentos por ordem de chegada	Reduz fila futura, mas aumenta tempo de permanência na unidade	Risco de superlotação e iniquidade para quem não pode esperar
Acesso Avançado	Oferta na maior parte das vagas em até 48 h; foco no equilíbrio oferta-demanda	Resultados positivos em qualidade percebida e escore acesso PCATool (Vidal <i>et al.</i> , 2019); redução de no-show e de procura inadequada por emergência (Stelet <i>et al.</i> , 2022)	Sustentabilidade questionada por médicos; viabilidade operacional limitada por prontuário eletrônico e protocolos (Granja <i>et al.</i> , 2022)

Fonte: O autor (2026)

Estudos de implementação demonstram diminuição média de tempo de espera de 44 para 7 dias e queda de absenteísmo de 30% para 12% após adoção do acesso avançado, quando sustentado por prontuário eletrônico e redefinição de papéis de enfermagem (Granja *et al.*, 2022). Entretanto, onde não houve ajuste cultural, a queda foi temporária, com recrudescimento da fila em 6 meses (Stelet *et al.*, 2022). Esse resultado dialoga com estudos internacionais que apontam que mudanças na cultura organizacional podem ser tão importantes quanto mudanças estruturais para ampliar o acesso (Hamilton *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2022). Esses

fatores convergem com evidências de Fracolli *et al.*, (2024), que relataram que enfermeiros questionam a viabilidade e médicos a sustentabilidade do acesso avançado caso não sejam contempladas estratégias de capacitação.

1.1.2 Processo de Mudança Organizacional na APS

Marshall *et al.*, (2003) analisaram a tensão vivenciada na atenção primária entre, de um lado, a necessidade de entregar resultados rápidos e mensuráveis e, de outro, a construção de mudanças culturais duradouras. Para isso recorreram ao Competing Values Framework (CVF), que combina dois eixos — processos internos vs. orientação externa e flexibilidade/discrição vs. controle/estabilidade — gerando quatro arquétipos culturais:

Clã (team-oriented): flexível, focado em pessoas, cooperação.

Adhocracia: flexível, orientado à inovação e resultados externos.

Hierarquia: controlado, ênfase em processos, normas e eficiência.

Mercado: controlado, foco externo em metas e competição.

Dentre os instrumentos para avaliação da cultura organizacional, destaca-se a Organizational Culture Assessment Instrument (Cameron; Quinn, 1999), validada para equipes de saúde no Brasil por Czempik, (2018). Essa escala apresenta seis dimensões (características dominantes, liderança organizacional, gestão de empregados, “cola” organizacional, ênfases estratégicas, critérios de sucesso) e consiste em distribuir 100 pontos entre os quatro arquétipos pensando na cultura atual e na cultura desejada ou ideal (Czempik, 2018).

Segundo Marshall *et al.*, (2003), a cultura predominante nas equipes de APS se aproxima do arquétipo clã, pois valoriza autonomia clínica, consenso e relações de confiança. Entretanto, quando gestores superiores adotam um estilo hierárquico, voltado sobretudo a cumprir metas e indicadores, cria-se um ponto de atrito que dificulta a aceitação de novas práticas. Esse estilo hierarquizado é mais associado à insatisfação no trabalho e maior intenção de rotatividade (Li *et al.*, 2024)

Além dessa tensão externa, cabe destacar que a resistência interna é recorrente (Angelini *et al.*, 2021) e está entre as principais causas de fracasso em iniciativas de transformação (Nilsen *et al.*, 2016). Entre os fatores desencadeadores destacam-se dimensões organizacionais, culturais, emocionais e comunicacionais,

além de receios ligados à segurança no trabalho e à participação nas decisões (Amarantou *et al.*, 2018). Na percepção dos profissionais, a mudança ameaça a estabilidade, o poder estabelecido e os valores técnicos e éticos da categoria (Nilsen *et al.*, 2016).

Amarantou *et al.*, (2018) agrupou esses determinantes em quatro eixos que podem auxiliar a análise do contexto nacional (Quadro 2). Para que mudanças significativas nos fluxos assistenciais se consolidem, exige-se aprendizagem organizacional somada à atuação de agentes internos de mudança (Nyström, 2009). Hamilton *et al.*, (2008) reforçam essa lógica ao propor a otimização conjunta entre cultura e design organizacional: intervenções físicas ou tecnológicas só produzem resultados sustentáveis quando acompanhadas por estratégias que abordam explicitamente a cultura vigente. Há pouca discussão sobre os processos de mudança da cultura organizacional na APS, sendo necessária uma discussão ampla sobre os processos de trabalho e como eles emergem dessa cultura.

Quadro 2 — Eixos de Resistência à Mudança

Eixo	Descrição	Exemplos	Impacto típico na mudança
1. Sistema organizacional	Estruturas, rotinas, recursos e fluxos de informação que sustentam o serviço.	Comunicação falha ou assimétrica Falta de recursos humanos/materiais Processos burocráticos rígidos Ausência de prontuário eletrônico integrado (Granja <i>et al.</i> , 2022). Agenda mensal rapidamente saturada (Silva; Pellense, 2024). Defasagem de protocolos clínicos resolutivos (Granja <i>et al.</i> , 2022). Sobrecarga assistencial por má alocação da força de trabalho (Stelet <i>et al.</i> , 2022). Infraestrutura física inadequada para acolhimento (Gonçalves <i>et al.</i> , 2024).	Profissionais consideram a mudança inviável quando faltam meios, gerando descrença e adiamento.
2. Atores-chave (liderança)	Papel de líderes formais e informais no	Liderança distante ou autoritária Falta de apoio visível dos gestores Metas impostas sem negociação Gestão municipal guiada apenas por	Ausência de agentes internos de mudança

	patrocínio da mudança; estilo de gestão e coerência discurso-prática.	indicadores numéricos (Chazan; Dias-da-Costa, 2021). Rotatividade de gestores que inviabiliza continuidade (Cantalino et al., 2021). Pouco envolvimento dos médicos na tomada de decisão (Vidal et al., 2019).	reduz o engajamento; equipes veem o projeto como “ordem de cima”, reforçando resistência.
3. Processos de gestão da mudança	Como a mudança é conduzida: planejamento, participação, treinamento, avaliação.	Baixa participação da equipe nas decisões Treinamento insuficiente Falta de etapas-piloto/feedback Implementação sem cálculo prévio oferta-demanda (Parente et al., 2023). Capacitações focadas só em normativa, sem componente prático (Stelet et al., 2022). Ausência de monitoramento de absenteísmo após mudança (Vidal et al., 2019). Comunicação vertical, pouco espaço para escuta dos ACS (Fracolli et al., 2024).	Condução pouco participativa gera insegurança; falhas de treinamento e avaliação alimentam boatos e sabotagem passiva.
4. Fatores individuais	Crenças, emoções, experiências prévias e condições pessoais que moldam a predisposição do profissional.	Insegurança sobre novos papéis Sobrecarga de trabalho Experiências negativas prévias Medo de perda da “agenda protegida” para crônicos (Vidal et al., 2019) Percepção de ameaça à autonomia clínica (Chazan; Dias-da-Costa, 2021). Ansiedade por aumento de pressão assistencial sem compensação (Stelet et al., 2022). Cansaço emocional decorrente da pandemia (Silva; Pellense, 2024).	Mudança é vista como ameaça a status profissional ou equilíbrio vida-trabalho, gerando atitudes defensivas ou boicote velado.

Fonte: Amarantou et al., 2018 (adaptado pelos autores).

1.1.3 Prontidão para Mudança Organizacional (PMO) e Métricas de Avaliação

Weiner, (2009) define *organizational readiness for change* (ORC) como a crença compartilhada de que a organização tem disposição e capacidade para

implementar a mudança. Existem diversas propostas de avaliação dessa prontidão para mudança organizacional (PMO). Armenakis e Harris, (2009), descrevem que o grau de apoio que as pessoas oferecem a uma mudança organizacional se ancora em cinco dimensões básicas:

- a) Discrepância (DI): percepção de que a mudança é realmente necessária.
- b) Adequação (AD): crença de que a mudança proposta é a melhor solução para o problema ou meta identificada.
- c) Eficácia (EF): confiança de que a organização possui capacidade para implementar a mudança.
- d) Suporte (SU): sensação de respaldo dos tomadores de decisão para viabilizar a transformação.
- e) Valência (VA): expectativa de benefícios pessoais resultantes da mudança.

Internacionalmente aplicada a Resistance to Change Scale (Oreg, 2003) é um instrumento psicométrico para mensurar diferenças individuais na propensão a resistir a mudanças organizacionais. Composta por 16 itens distribuídos em quatro subescalas — Routine Seeking, Emotional Reaction, Short-Term Focus e Cognitive Rigidity.

No contexto brasileiro, criaram e validaram uma Escala de Resistência à Mudança (RAM) com 20 itens na sua versão reduzida (RAM-20) (Vincenzi *et al.*, 2016). Ela foi desenhada para assumir uma estrutura unidimensional, combinando aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais em um único fator, através de uma likert de 3 pontos. Apesar de sua boa consistência interna, não foi desenhada para captar adequadamente aspectos organizacionais coletivos, pois é centrada no indivíduo.

A escala de Prontidão para Mudança Organizacional de Holt, desenvolvida em 2007, é composta por 24 itens distribuídos em quatro dimensões — adequação, suporte da gestão, eficácia e pessoalmente benéfico. A versão em português passou por tradução-retrotradução e foi testada em amostras multinível ($n = 980$ na AFE; $n = 2773$ na AFC), mantendo a estrutura tetradimensional original e apresentando excelente consistência interna (α total = 0,93; fatores com $\alpha \geq 0,86$) e bons índices de ajuste (RMSEA = 0,04; CFI = 0,985) (Francischeto *et al.*, 2024). Útil para gestores

de diversos setores, a EPMO permite diagnosticar, simultaneamente, a prontidão individual e coletiva para mudanças organizacionais. Contudo o estudo de validação contou com uma predominância de participantes com alta escolaridade.

Outra escala adaptada e validada no contexto brasileiro é a Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC), com 12 itens (Bomfim; Braff; Frazão, 2020). Ela avalia o grau de prontidão organizacional para mudanças em saúde, com foco em duas dimensões: comprometimento e eficácia coletiva. Apresenta boa consistência interna (α total = 0,94; fatores com $\alpha \geq 0,90$), sendo útil para gestores avaliarem a prontidão psicológica e comportamental de equipes diante de inovações em saúde. Ela foi validada no contexto de transição de unidades primárias de saúde tradicionais para unidades de saúde da família. Essa escala já foi utilizada para aferir a PMO de equipes de saúde bucal na implementação do MonitoraSB, com bons resultados (Santos, 2024).

Contudo, no Brasil, inexitem escalas específicas para prontidão de equipes da APS para modificação do modelo de agendamento, uma vez que ele depende tanto de decisões de gestão (dimensionamento) como do processo de trabalho das equipes (cultura interna e motivação).

1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Visando que a escala de prontidão situacional apresentasse íntima relação com a realidade dos serviços, para sua elaboração recorreu-se a um estudo metodológico (Polit & Beck, 2019) de desenvolvimento de instrumento, precedido por uma etapa qualitativa exploratória, orientada pelos pressupostos de construção de instrumentos psicométricos descritos por Pasquali (2010). Essa abordagem possibilita aprofundar a compreensão de um fenômeno complexo — neste caso, a mudança no modelo de agendamento na Atenção Primária à Saúde (APS) — e subsidiar a construção de um instrumento de medida voltado à avaliação da prontidão para a mudança. O delineamento do estudo compreendeu **duas etapas articuladas**.

A **primeira fase** efetivou-se por um estudo qualitativo de abordagem exploratória e descritiva. Essa fase teve como propósito identificar, categorizar e

interpretar os discursos dos participantes acerca dos processos e preditores de sucesso na modificação do modelo de agendamento.

Foram incluídos profissionais de saúde vinculados às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Sapucaia do Sul; pertencentes a diferentes categorias profissionais (ex.: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gestores locais, entre outros); que participaram diretamente ou presenciaram, em qualquer momento de sua trajetória profissional da implantação ou execução do modelo de agendamento por acesso avançado; que estivessem em exercício no momento da coleta de dados e que aceitaram participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostragem se realizou por saturação de dados (Guest; Bunce; Johnson, 2006).

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados por licença de qualquer natureza durante o período da coleta de dados (ex.: licenças médicas, maternidade, férias).

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, com duração estimada em 30 minutos por entrevista, conduzidas com base em um roteiro de perguntas.

O roteiro (Apêndice A) continha questionamentos sociodemográficos, abordando as seguintes variáveis: idade, sexo, categoria profissional, raça/cor, estado civil, tempo de serviço, instituição de formação, ano de conclusão, especialidade, ano de conclusão da especialidade, tipo de vínculo empregatício, carga horaria, ano de ingresso no local de trabalho, outros vínculos de trabalho, local de trabalho atual (assistência/gestão), local de trabalho durante o processo de transição de agendamento (assistência/gestão).

Na sequência foram realizadas perguntas relacionadas a 5 eixos: sistema organizacional, atores-chave (liderança), processos de gestão da mudança, fatores individuais e experiências com modelos de agendamento. O último eixo era baseado na matriz de SWOT (Lameirão; Cariell; Rodrigues, 2020) sobre o acesso avançado, os demais são derivados do estudo de Amarantou *et al*, (2018).

A coleta foi encerrada na vigésima entrevista, quando ocorreu saturação temática, entendida aqui como a ausência de novos códigos relevantes nas três últimas entrevistas (Guest; Bunce; Johnson, 2006).

As entrevistas foram avaliadas através da análise de conteúdo segundo Bardin (1977), por sua capacidade de tratar sistematicamente materiais textuais, permitindo a extração de categorias temáticas explícitas e implícitas. A análise de conteúdo consiste em método sistemático de leitura, categorização e interpretação de materiais verbais, visuais ou escritos, voltado a revelar sentidos latentes e manifestos (Bardin, 1977).

Os dados foram tabulados em Excel®.

As categorias iniciais consideram as cinco dimensões de Armenakis; Harris, (2009): Discrepância (DI), Adequação (AD), Eficácia (EF), Suporte (SU) e Valência (VA). No Quadro 3, pode-se observar o esquema de código primário e a polaridade utilizada na análise das entrevistas. Após essa codificação primária, procedeu-se a análise de categorias emergentes que serviram de base para a elaboração da escala na fase seguinte.

Quadro 3 — Quadro de Codificação das Entrevistas

Dimensão (Código)	Definição Operacional (O que buscar?)	Exemplo de Trecho de Entrevista (Ilustrativo)	Código Secundário: Polaridade
Discrepância (DI)	Percepção de um problema, lacuna, oportunidade perdida ou necessidade de melhoria que justifique a mudança.	"...o agendamento clássico: uma agenda longa... Tinha muita falta, um absenteísmo absurdo; às vezes faltavam todos os pacientes agendados..., tu sabe que vai dar problema, porque ali na frente ele vai voltar." Enf01	POS: Reconhece a discrepância. NEG: Nega ou minimiza a discrepância. NEU: Reconhece, mas sem convicção.
Adequação (AD)	Crença de que a mudança proposta é a solução correta, relevante e adequada para o problema identificado (DI).	"Eu acho que reforçou o vínculo... com o acolhimento, eu acho que foi importante para, tipo, quebrar um pouco essa ideia da distância do médico, que o médico está encastelado aí." Med02	POS: Vê a mudança como adequada. NEG: Critica a mudança, vê como inadequada. NEU: Indeciso sobre a adequação.
Eficácia (EF)	Confiança na capacidade da equipe, departamento ou organização como um	"E quando entrou o outro médico, ele era super agilizado e eu comecei a pensar sobre esse negócio do acesso	POS: Confiante na capacidade. NEG: Descrente na capacidade.

	todo para implementar a mudança com sucesso.	avançado, que ele teria um perfil pra isso, sabe?" Den05	NEU: Neutro ou condicional ("depende de...").
Suporte (SU)	Percepção de respaldo, comprometimento e ação por parte da liderança e dos tomadores de decisão para viabilizar a mudança.	"O profissional precisa se sentir cuidado para ele conseguir dar esse a mais... se ele não se sentir cuidado... ele não vai manter essa produtividade... é profissional dependente, então tu precisa estar investindo no profissional..." Enf05	POS: Percebe suporte adequado. NEG: Percebe falta de suporte. NEU: Não tem opinião formada sobre o suporte.
Valência (VA)	Expectativa de consequências pessoais (benéficas ou prejudiciais) resultantes da mudança. Foco no "o que eu ganho com isso?".	"Eu achei que ficou muito melhor, que era menos estressante, porque a gente não tinha uma população que estava ali [...] e não ter atendimento. [...] foi muito melhor, a partir do acesso avançado." TecEnf01	POS: Espera ganhos pessoais. NEG: Teme perdas pessoais. NEU: Não vê impacto pessoal direto.

Fonte: O Autor, 2026.

A **segunda etapa** do estudo consistiu na construção e validação de conteúdo da escala de prontidão para mudança na agenda da APS, configurando-se como um estudo metodológico (Polit & Beck, 2019) de desenvolvimento de instrumento psicométrico, fundamentado no polo teórico proposto por Pasquali (2010).

A partir de uma revisão da literatura e de categorias obtidas na fase anterior criou-se definição conceitual do construto e geração de um conjunto inicial de afirmações, com possível posicionamento em formato de likert. Após, esse protótipo passou pela avaliação de 13 especialistas, escolhidos por amostragem intencional com experiência e habilidades que lhe permitissem uma avaliação robusta quanto à relevância e clareza dos itens. Eles avaliaram cada item quanto à relevância e clareza (Pasquali, 2010). Por especialistas entende-se profissionais com expertise nas áreas de atenção primária ou gestão, independente do núcleo profissional. Os critérios de inclusão incluem: (i) ≥ 5 anos de experiência em Atenção Primária ou gestão de serviços; (ii) atuação atual como gestor, preceptor ou pesquisador na área; (iii) produção técnica/científica comprovada (Currículo Lattes)

ou cargo de liderança. A identificação dos nomes ocorreu por busca em bases institucionais (CNPq, listas da Rede APS) e indicações em cadeia (Pasquali, 2010). Foram priorizados profissionais de diferentes regiões para reduzir o viés local.

O convite se deu através de carta convite e aceitação em participar da pesquisa através de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Os itens foram avaliados em uma rodada única de julgamento de especialistas (Pasquali, 2010). O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi escolhido como critério primário (Pasquali, 2010) e complementado com análise pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) (Embretson & Reise, 2000), por meio do Modelo de Resposta Graduada (GRM – Samejima) (Zein & Akhtar, 2024). O GRM foi aplicado às avaliações dos especialistas (clareza, relevância e representatividade) com o objetivo de examinar o funcionamento preliminar dos itens, estimando parâmetros de discriminação (a) e limiares (b) (Zein & Akhtar, 2024). Essa abordagem permitiu verificar a capacidade dos itens em diferenciar níveis de julgamento, a consistência gradiente das categorias e o comportamento daqueles que apresentaram indicadores limítrofes no IVC (Araujo; Andrade & Bortolotti, 2009; Zein & Akhtar, 2024). Dado o número reduzido de juízes ($n = 13$), a TRI foi interpretada como análise exploratória e complementar (Zein & Akhtar, 2024).

O IVC foi calculado para cada item, considerando-se adequados aqueles com $IVC \geq 0,78$, insuficientes os com $IVC < 0,70$ e limítrofes os situados entre 0,70 e 0,78 (Pasquali, 2010). Para estes últimos, a decisão de manutenção ou exclusão baseou-se na análise conjunta dos parâmetros da TRI, especialmente discriminação adequada e ordenação coerente dos limiares ($b_1 < b_2$), aliados à consistência conceitual com o modelo teórico (Zein & Akhtar, 2024). Itens que não atenderam simultaneamente aos critérios de conteúdo e funcionamento foram excluídos. Ao final do processo, obteve-se uma versão preliminar conceitualmente fundamentada, seguida do recálculo do IVC total da escala para consolidação da estrutura antes da validação psicométrica em amostra empírica.

1.2.1 Considerações éticas

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA (Rua Sarmiento leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS, Contato +55 (51) 3303-8804, em conformidade com as disposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Aprovado sob CAAE: 90087525.0.0000.5345 (Apêndice B).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, métodos e possíveis riscos e benefícios da pesquisa, recebendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) conforme previsto na fase (Quadro 4). Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins científicos, sem identificação dos entrevistados ou das instituições envolvidas. Em todas as etapas, foram observados os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, assegurando o respeito aos direitos e à dignidade dos participantes.

Quadro 4 — Relação dos documentos de consentimento conforme população e fase da pesquisa.

Fase da Pesquisa	População-Alvo	Documento de Consentimento	Apêndice
Qualitativa	Trabalhadores da SMS Sapucaia do Sul que tenham vivenciado a mudança de modelo de acesso	TCLE	Apêndice C
Metodológica	Especialistas em atenção primária ou gestão, independente do núcleo profissional	RCLE	Apêndice D

Fonte: Os Autores, 2025

Cabe destacar a posição do pesquisador-insider (Merton, 1972) e profissional de campo. Essa condição pode facilitar o acesso aos participantes e aprofundar a compreensão do contexto local, mas também introduz o potencial de viés pela familiaridade com os informantes (Merton, 1972). Visando reduzir esse fator, submeter-se-ão os achados preliminares aos participantes (member checking) para que validem os significados, preservando o anonimato (Lincoln & Guba, 1985). Essa medida busca aumentar a transparência do estudo e minimizar a influência da experiência profissional do pesquisador sobre os resultados (Lincoln & Guba, 1985).

Adicionalmente, ressalta-se que para melhoria do texto, foi empregado o auxílio de inteligência artificial (IA), garantindo, porém, que a propriedade intelectual e a responsabilidade científica sobre o desenvolvimento da dissertação e seus derivados permaneçam integralmente com o pesquisador e sua equipe.

2 ARTIGO

O processo de elaboração da CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care) gerou dois artigos. O artigo intitulado **“Influenciadores da transição de agendamento na APS em uma visão multiprofissional: um estudo qualitativo”**, trata dos resultados obtidos na fase qualitativa da pesquisa, revelando os principais preditores de sucesso ou insucesso das transições de modelo tradicional a acesso avançado. Esse artigo será submetido à Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) (Anexo A) que é um periódico revisado por pares publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em fluxo contínuo, tendo Qualis B2.

Já o artigo intitulado **“Validação de itens da escala CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Avaliação da prontidão para o Acesso Avançado”**, que apresenta o processo de elaboração da escala, será submetido à Revista de Saúde Pública (Anexo B), periódico revisado por pares publicado pela USP (Qualis A1).

2.1 ARTIGO 1: INFLUENCIADORES DA TRANSIÇÃO DE AGENDAMENTO NA APS EM UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Indisponível na versão reduzida

2.2 ARTIGO 2: VALIDAÇÃO DE ITENS DA ESCALA CWB-PHC (CHANGE WILLINGNESS IN BOOKING SYSTEMS – PRIMARY HEALTH CARE): AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA O ACESSO AVANÇADO

Indisponível na versão reduzida

3 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO

O Produto Técnico-Tecnológico (PTT) resultante dessa dissertação denomina-se CWB-PHC (Change Willingness in Booking Systems – Primary Health Care): Escala de Prontidão para Mudança no Agendamento da APS. Trata-se de um processo/tecnologia não patenteável, pertencente à categoria de produto técnico-tecnológico de gestão e avaliação de serviços de saúde, conforme a classificação dos produtos prioritários da Saúde Coletiva.

O objetivo da escala CWB-PHC é mensurar o nível de prontidão organizacional das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) frente à implementação de mudanças no modelo de agendamento de consultas, em especial a transição do agendamento tradicional para o Acesso Avançado (Advanced Access). Essa ferramenta visa identificar o grau de disposição coletiva para a adoção e manutenção de novos processos de trabalho, podendo dessa forma auxiliar na gestão e na avaliação de políticas voltadas ao fortalecimento do acesso oportuno e da integralidade do cuidado.

Seu principal público-alvo inclui tanto os profissionais e trabalhadores da APS, quanto gestores municipais e coordenadores de unidades básicas de saúde envolvidos em processos de reorganização do acesso assistencial. O produto tem repercussões indiretas sobre os usuários, ao subsidiar o aprimoramento dos fluxos e da experiência de cuidado.

O instrumento pode ser utilizado como ferramenta de apoio a gestão. Ele se propõe a realizar um diagnóstico organizacional antes da implementação do AA, dando suporte à tomada de decisão da coordenação da APS. Além disso, permite a identificação de necessidades de educação permanente (oficinas de reorganização do acesso, um disparador de discussão em equipe de forma reflexiva, sobre o processo de mudança antes, durante e depois) e o monitoramento de processos de mudança. Também pode ser empregado como instrumento de pesquisa, para mensuração longitudinal da prontidão organizacional e comparação entre diferentes serviços ou municípios.

A construção da CWB-PHC baseou-se em referenciais teóricos consolidados sobre mudança organizacional em serviços de saúde e no levantamento realizado na primeira fase desta dissertação.

A estrutura conceitual foi organizada em cinco domínios teóricos: (1) Discrepância, referente ao reconhecimento de problemas no modelo vigente (Agenda Tradicional); (2) Adequação, que avalia a crença de que a mudança proposta (Acesso avançado) é a solução correta, relevante e adequada para o problema identificado; (3) Eficácia, que expressa a capacidade da equipe de implementar transformações; (4) Suporte, relacionado às condições institucionais e gerenciais de sustentação; e (5) Valência, que abrange as percepções de benefício e satisfação com a mudança.

O processo de desenvolvimento seguiu etapas metodológicas sucessivas. Inicialmente, foi realizada a revisão da literatura sobre escalas de prontidão organizacional e modelos de agendamento na APS e foram ouvidos profissionais que passaram pelo processo de mudança de modelo de agenda.

A partir desse referencial, elaborou-se um conjunto inicial de 66 itens, redigidos em formato afirmativo e distribuídos entre os cinco domínios propostos, representando 6 eixos identificados nas entrevistas (Gestão e Liderança, Recursos Humanos, Infraestrutura e Processos, Cultura e Relacionamento, Comunicação e Comunidade, Sobrecarga e Bem-estar). Sua estruturação foi através de escala Likert de 5 pontos, com afirmativas de pontuação inversa em alguns domínios.

Após, esse protótipo passou pela avaliação de relevância, representatividade e clareza. Os itens foram avaliados em uma rodada única de julgamento de 13 especialistas. Após esse ciclo, 8 itens foram excluídos, resultando no protótipo apresentado abaixo com 58 itens.

Atualmente, a escala encontra-se em estágio de protótipo, com versão preliminar testável e fundamentação teórica e empírica robusta. O produto está disponível em formato digital (planilha Excel interativa) (Apêndice E) .

Devido a sua natureza, a CWB-PHC enquadra-se na categoria de processo/tecnologia não patenteável, voltado à gestão e avaliação de serviços de saúde. Adicionalmente, pode ser classificada como produto bibliográfico técnico-tecnológico, uma vez que seu desenvolvimento gerou um instrumento padronizado, um protocolo metodológico e materiais complementares de apoio.

A Escala CWB-PHC pode representar uma inovação aplicada no campo da Saúde Coletiva. Seu uso permite compreender o grau de prontidão das equipes da APS frente à mudança organizacional no agendamento de consultas, oferecendo

subsídios concretos para a tomada de decisão gerencial, a formulação de estratégias de apoio e o fortalecimento da cultura de melhoria contínua na Atenção Primária à Saúde.

3.1 ITENS PARA ESCALA CWB-PHC (VERSÃO INICIAL PRÉ-VALIDAÇÃO)

Quadro 5 – Pool inicial de itens para a escala CWB-PHC

Domínio	n	Item
Discrepância	1	O processo de agendamento ocorre predominantemente na recepção, sem critérios ou avaliação clínica prévia.
	2	A comunidade manifesta frequentemente reclamações sobre a dificuldade de acesso às consultas de demanda espontânea.
	3	A gestão municipal reconhece que o modelo atual de agendamento é ineficiente.
	4	Os profissionais apresentam um perfil de baixo fluxo de atendimentos no modelo vigente.*
	5	A equipe encontra-se sobrecarregada com o modelo atual de agendamento.
	6	A taxa de absenteísmo ultrapassa 10% das consultas agendadas.
	7	Usuários precisam formar filas com mais de uma hora de antecedência para garantir uma consulta.
	8	As lideranças internas percebem que o modelo atual de agendamento é ineficiente.
	9	A equipe apresenta conflitos internos relacionados ao funcionamento da agenda.
	10	A agenda precisa ser “trancada” periodicamente ou as consultas são abertas apenas em um único dia do mês.
	11	São frequentes as reclamações e discussões na recepção devido à falta de vagas para consulta.
	12	Há profissionais que se beneficiam com a manutenção do modelo atual de agendamento.*
	13	É difícil conseguir uma consulta em menos de um mês.
Adequação	14	O processo de acolhimento está bem estruturado.

Domínio	n	Item
	15	A comunidade possui lideranças que compreendem o funcionamento do modelo de agendamento e contribuem para sua disseminação.
	16	A população adscrita é adequada, com até 3.000 pessoas por equipe de Estratégia Saúde da Família.
	17	A equipe compreende os princípios e as principais diferenças teóricas entre os modelos de agendamento.
	18	Os profissionais demonstram cansaço devido aos conflitos frequentes com os usuários por falta de vagas na agenda.*
	19	A equipe adota uma postura coletiva e cooperativa, com boa integração entre as diferentes categorias profissionais.
	20	O processo de acolhimento é ágil e eficiente.
	21	A liderança externa acredita que o novo modelo de agendamento traz vantagens em relação ao modelo anterior.
	22	A educação permanente sobre modelos de acesso está disponível e favorece o aperfeiçoamento da equipe.
	23	A disponibilidade de consultas na agenda para os próximos 30 dias é superior a 60%.
	24	A liderança interna da unidade reconhece que o novo modelo de agendamento apresenta vantagens em relação ao anterior.
	25	A estrutura física da unidade é compatível com o volume de atendimentos e procedimentos realizados.
Eficácia	26	O acolhimento é realizado com escuta ativa e qualificada.
	27	A equipe mantém boa comunicação com os usuários, realizando salas de espera sistemáticas para explicar o modelo de agendamento.
	28	Existe um plano de implementação do novo modelo de agendamento construído em conjunto com a equipe.
	29	O município ou serviço apresenta alta rotatividade de profissionais.*
	30	A equipe consegue manter um bom clima organizacional.
	31	Diferentes categorias profissionais participam ativamente do processo de acolhimento.
	32	A equipe apresenta uma cultura de autocrítica e de autocorreção dos processos de trabalho.

Domínio	n	Item
	33	Há atuação extensiva de educação comunitária sobre a eficiência e a resolutividade dos demais núcleos profissionais além da medicina.
	34	A liderança externa dispõe de ferramentas adequadas para territorialização e controle populacional.
	35	Os profissionais demonstram boa qualificação e perfil de alta resolutividade e desempenho.
	36	A equipe reconhece no novo modelo de agendamento um propósito coletivo de melhoria do acesso.
	37	Os profissionais são abertos ao diálogo e realizam interconsultas quando necessário.
	38	O município possui protocolos de enfermagem que ampliam a resolutividade de enfermeiros e técnicos de enfermagem.
	39	A equipe apresenta sintonia operacional, com distribuição adequada das cargas de trabalho.
	40	Existe um núcleo de profissionais que lidera o processo de mudança dentro da equipe.
Suporte	41	As decisões relacionadas ao agendamento são tomadas sem interferência política.
	42	Existe um Conselho Local de Saúde atuante, alinhado com o novo modelo de agendamento.
	43	Há um processo sistemático de avaliação de indicadores que permite monitorar o desempenho e identificar falhas nos processos.
	44	Os vínculos trabalhistas dos profissionais são estáveis.
	45	Os profissionais sentem-se alinhados com as diretrizes e decisões da gestão.
	46	A equipe demonstra motivação para manter o novo modelo de agendamento.
	47	O profissional responsável pelo acolhimento recebe apoio técnico e retaguarda dos demais membros da equipe.
	48	Há grande insatisfação da comunidade com o novo modelo, por não permitir o agendamento antecipado das consultas.*
	49	A gestão apresenta diretrizes claras sobre os objetivos e o planejamento relacionados ao acesso da comunidade.
	50	Existe um processo criterioso de seleção e alocação de profissionais conforme

Domínio	n	Item
		seu perfil de trabalho.
	51	As decisões da equipe são tomadas de forma coletiva e participativa.
	52	A comunidade percebe aumento no vínculo e na integralidade do cuidado após a adoção do novo modelo.
	53	A liderança interna assegura a continuidade do novo modelo, mesmo diante da entrada de profissionais resistentes à mudança.
	54	Os profissionais que ingressam na equipe apresentam perfil compatível com as exigências do novo modelo.
	55	A equipe mantém comunicação aberta e madura sobre os processos de trabalho e os problemas da unidade.
	56	A gestão valoriza e cuida dos profissionais de forma contínua.
Valência	57	A equipe percebe os processos de trabalho como mais fluidos e menos complicados.
	58	A comunidade reconhece melhorias no acesso e maior fortalecimento do vínculo com a equipe.
	59	A gestão assegura a estabilidade do modelo, evitando modificações e conflitos desnecessários.
	60	A equipe realiza avaliações periódicas sobre suas percepções e estados emocionais em relação ao processo de trabalho.
	61	Os profissionais sentem-se realizados com a mudança no modelo de acesso.
	62	A equipe de enfermagem encontra-se sobrecarregada com o novo modelo de agendamento.*
	63	A liderança interna demonstra preocupação genuína com o bem-estar dos colegas no novo modelo.
	64	Os profissionais percebem maior vínculo e valorização por parte da comunidade.
	65	Os profissionais reconhecem que seus colegas se esforçam para oferecer o melhor atendimento possível.
	66	Os profissionais sentem-se sobrecarregados com as novas rotinas de trabalho.*

Fonte: O autor (2026)

* Itens com pontuação invertida

3.1.1 Escala CWB-PHC (Versão Pós Validação)

Quadro 6 – Itens validados, aptos a integrar a escala

	<i>n</i>	<i>Item</i>	<i>Eixo</i>
Discrepância	1	<i>O processo de agendamento ocorre predominantemente na recepção, sem critérios ou avaliação clínica prévia.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	2	<i>A comunidade manifesta frequentemente reclamações sobre a dificuldade de acesso às consultas de demanda espontânea.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	5	<i>A equipe encontra-se sobrecarregada com o modelo atual de agendamento.</i>	<i>Sobrecarga e Bem-estar</i>
	6	<i>A taxa de absenteísmo ultrapassa 10% das consultas agendadas.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	8	<i>As lideranças internas percebem que o modelo atual de agendamento é ineficiente.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	9	<i>A equipe apresenta conflitos internos relacionados ao funcionamento da agenda.</i>	<i>Sobrecarga e Bem-estar</i>
	11	<i>São frequentes as reclamações e discussões na recepção devido à falta de vagas para consulta.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	13	<i>É difícil conseguir uma consulta em menos de um mês.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
Adequação	14	<i>O processo de acolhimento está bem estruturado.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	15	<i>A comunidade possui lideranças que compreendem o funcionamento do modelo de agendamento e contribuem para sua disseminação.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	16	<i>A população adscrita é adequada, com até 3.000 pessoas por equipe de Estratégia Saúde da Família.</i>	<i>Recursos Humanos</i>
	17	<i>A equipe compreende os princípios e as principais diferenças teóricas entre os modelos de agendamento.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	19	<i>A equipe adota uma postura coletiva e cooperativa, com boa integração entre as diferentes categorias profissionais.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>

	<i>n</i>	<i>Item</i>	<i>Eixo</i>
	20	<i>O processo de acolhimento é ágil e eficiente.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	21	<i>A liderança externa acredita que o novo modelo de agendamento traz vantagens em relação ao modelo anterior.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	22	<i>A educação permanente sobre modelos de acesso está disponível e favorece o aperfeiçoamento da equipe.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	23	<i>A disponibilidade de consultas na agenda para os próximos 30 dias é superior a 60%.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	24	<i>A liderança interna da unidade reconhece que o novo modelo de agendamento apresenta vantagens em relação ao anterior.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	25	<i>A estrutura física da unidade é compatível com o volume de atendimentos e procedimentos realizados.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
Eficácia	26	<i>O acolhimento é realizado com escuta ativa e qualificada.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	27	<i>A equipe mantém boa comunicação com os usuários, realizando salas de espera sistemáticas para explicar o modelo de agendamento.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	28	<i>Existe um plano de implementação do novo modelo de agendamento construído em conjunto com a equipe.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	29	<i>O município ou serviço apresenta alta rotatividade de profissionais.*</i>	<i>Recursos Humanos</i>
	30	<i>A equipe consegue manter um bom clima organizacional.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	31	<i>Diferentes categorias profissionais participam ativamente do processo de acolhimento.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	32	<i>A equipe apresenta uma cultura de autocrítica e de autocorreção dos processos de trabalho.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	35	<i>Os profissionais demonstram boa qualificação e perfil</i>	<i>Cultura e</i>

	<i>n</i>	<i>Item</i>	<i>Eixo</i>
		<i>de alta resolutividade e desempenho.</i>	<i>Relacionamento Interno</i>
	36	<i>A equipe reconhece no novo modelo de agendamento um propósito coletivo de melhoria do acesso.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	37	<i>Os profissionais são abertos ao diálogo e realizam interconsultas quando necessário.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	38	<i>O município possui protocolos de enfermagem que ampliam a resolutividade de enfermeiros e técnicos de enfermagem.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>
	39	<i>A equipe apresenta sintonia operacional, com distribuição adequada das cargas de trabalho.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	40	<i>Existe um núcleo de profissionais que lidera o processo de mudança dentro da equipe.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
Suporte	41	<i>As decisões relacionadas ao agendamento são tomadas sem interferência política.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	42	<i>Existe um Conselho Local de Saúde atuante, alinhado com o novo modelo de agendamento.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	43	<i>Há um processo sistemático de avaliação de indicadores que permite monitorar o desempenho e identificar falhas nos processos.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	44	<i>Os vínculos trabalhistas dos profissionais são estáveis.</i>	<i>Recursos Humanos</i>
	45	<i>Os profissionais sentem-se alinhados com as diretrizes e decisões da gestão.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	46	<i>A equipe demonstra motivação para manter o novo modelo de agendamento.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	47	<i>O profissional responsável pelo acolhimento recebe apoio técnico e retaguarda dos demais membros da equipe.</i>	<i>Infraestrutura e Processos</i>

	<i>n</i>	<i>Item</i>	<i>Eixo</i>
	48	<i>Há grande insatisfação da comunidade com o novo modelo, por não permitir o agendamento antecipado das consultas.*</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	49	<i>A gestão apresenta diretrizes claras sobre os objetivos e o planejamento relacionados ao acesso da comunidade.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	50	<i>Existe um processo criterioso de seleção e alocação de profissionais conforme seu perfil de trabalho.</i>	<i>Recursos Humanos</i>
	51	<i>As decisões da equipe são tomadas de forma coletiva e participativa.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	52	<i>A comunidade percebe aumento no vínculo e na integralidade do cuidado após a adoção do novo modelo.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	53	<i>A liderança interna assegura a continuidade do novo modelo, mesmo diante da entrada de profissionais resistentes à mudança.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	54	<i>Os profissionais que ingressam na equipe apresentam perfil compatível com as exigências do novo modelo.</i>	<i>Recursos Humanos</i>
	55	<i>A equipe mantém comunicação aberta e madura sobre os processos de trabalho e os problemas da unidade.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	56	<i>A gestão valoriza e cuida dos profissionais de forma contínua.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
Valência	57	<i>A equipe percebe os processos de trabalho como mais fluidos e menos complicados.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	58	<i>A comunidade reconhece melhorias no acesso e maior fortalecimento do vínculo com a equipe.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	59	<i>A gestão assegura a estabilidade do modelo, evitando modificações e conflitos desnecessários.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	60	<i>A equipe realiza avaliações periódicas sobre suas percepções e estados emocionais em relação ao</i>	<i>Sobrecarga e Bem-estar</i>

	<i>n</i>	<i>Item</i>	<i>Eixo</i>
		<i>processo de trabalho.</i>	
	61	<i>Os profissionais sentem-se realizados com a mudança no modelo de acesso.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	62	<i>A equipe de enfermagem encontra-se sobrecarregada com o novo modelo de agendamento.*</i>	<i>Sobrecarga e Bem-estar</i>
	63	<i>A liderança interna demonstra preocupação genuína com o bem-estar dos colegas no novo modelo.</i>	<i>Gestão e Liderança</i>
	64	<i>Os profissionais percebem maior vínculo e valorização por parte da comunidade.</i>	<i>Comunicação e Comunidade</i>
	65	<i>Os profissionais reconhecem que seus colegas se esforçam para oferecer o melhor atendimento possível.</i>	<i>Cultura e Relacionamento Interno</i>
	66	<i>Os profissionais sentem-se sobrecarregados com as novas rotinas de trabalho.*</i>	<i>Sobrecarga e Bem-estar</i>

Fonte: O autor (2026)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dos itens da Escala CWB-PHC pode ser considerado um avanço na produção técnico-científica voltada à qualificação da gestão da agenda na Atenção Primária à Saúde (APS). O protótipo apresenta-se como uma ferramenta estruturada e aplicável, possibilitando mensurar de forma objetiva a prontidão organizacional para a transição entre modelos de agendamento.

Em termos de divulgação e implantação, a CWB-PHC apresenta amplo potencial de disseminação junto às redes de ensino e de gestão do SUS. Recomenda-se sua integração em processos de educação permanente, oficinas de gestão da mudança e programas de aprimoramento de acesso, como o Acesso Avançado ou outras estratégias de reorganização do cuidado. A divulgação do instrumento pode ser viabilizada por meio de publicações científicas, apresentações em congressos de Saúde Coletiva e disponibilização pública da escala e de seu manual em repositórios institucionais e plataformas de inovação em saúde. A adoção de licenças abertas garantirá seu uso ético e colaborativo por gestores, pesquisadores e profissionais de diferentes contextos.

No que se refere à implantação prática, o produto já se encontra em versão piloto. Sua estrutura permite análise quantitativa simples e imediata. A sua aplicação sistemática da escala em ciclos avaliativos possibilitará monitorar a evolução da prontidão das equipes em diferentes dimensões, identificar fragilidades organizacionais e direcionar intervenções formativas e de apoio institucional.

Os próximos passos do desenvolvimento do PTT seguirão as etapas subsequentes de validação. Conforme o modelo de Pasquali (2010), esse processo tem mais duas etapas. A primeira, através da aplicação em uma amostra representativa, testará o comportamento dos itens na prática (polo empírico); a segunda, por meio de análises fatoriais e de consistência interna, verificará se a estrutura teórica do instrumento se sustenta estatisticamente (polo analítico). Ao final desse processo, espera-se oferecer ao SUS uma ferramenta validada e confiável para apoiar a transição para modelos de acesso mais eficientes e centrados no usuário.

REFERÊNCIAS

- AMARANTOU, V. *et al.* Resistance to change: an empirical investigation of its antecedents. **Journal of Organizational Change Management**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 426–450, 2018.
- ANGELINI, E. *et al.* The impact of implementing a person-centred pain management intervention on resistance to change and organizational culture. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 21, n. 1, 2021.
- ARAUJO, E. A. C. de; ANDRADE, D. F. de; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da resposta ao item. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1000–1008, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500003>.
- ARMENAKIS, A. A.; HARRIS, S. G. Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. **Journal of Change Management**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 127–142, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOMFIM, R. A.; BRAFF, E. C.; FRAZÃO, P. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão em português (Brasil) do questionário Prontidão Organizacional para Implementação de Mudança para implementação de mudança em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, 2020.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 4 jun. 2025.
- BRASIL, M. da S. 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). *In*: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. [S. l.: s. n.], 2017.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 4 jun. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde**. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>.
- CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework The Jossey-Bass Business & Management Series**. 1ed. ed. Reading: Addison-Wesley, 1999.
- CANTALINO, J. L. R. *et al.* User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 55, p. 1–10, 2021.
- CHAZAN, C. P. da S.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 98–109, 2021.
- CZEMPIK, T. C. V. **Adaptação Cultural e Validação do Organizational Culture Assessment Instrument para uma Amostra de Profissionais de Enfermagem Brasileiros**. 2018. - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

- DONABEDIAN, A. Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. **Milbank Quarterly**, [s. l.], 1972.
- EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. *Item response theory for psychologists*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2000.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* Condições intervenientes à implantação do modelo de Acesso Avançado: uma pesquisa de implementação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 45, n. spe1, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472024000200406&tlng=pt.
- FRANCISCHETO, L. L. *et al.* PRONTIDÃO PARA MUDANÇA INDIVIDUAL E DE GRUPO. **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, [s. l.], v. 34, p. 440–451, 2024.
- GONÇALVES, J. L. *et al.* Barriers to care for dependent older adults: Brazilian Primary Health Care managers' perspective. **PloS one**, [s. l.], v. 19, n. 10, p. e0309309, 2024.
- GRANJA, G. F. *et al.* Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. e43611427710, 2022.
- GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How Many Interviews Are Enough?. **Field Methods**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 59–82, 2006.
- HAMILTON, D. K. *et al.* Organizational Transformation: A Model for Joint Optimization of Culture Change and Evidence-Based Design. **Health Environments Research & Design (HERD)**, [s. l.], v. 1, p. 40–60, 2008.
- KAMI, M. T. M. *et al.* Working in the street clinic: use of IRAMUTEQ software on the support of qualitative research. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], 2016.
- KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101—how to shape a more effective appointment system. **Australian Family Physician**, [s. l.], 2013.
- LAMEIRÃO, M. V.; CARIELL, T. F.; RODRIGUES, R. R. D. APLICAÇÃO DA MATRIZ SWOT EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **CADERNOS ESP. CEARÁ**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 89–93, 2020. Disponível em: <https://leanked.com/blog/2018/02/23/analise-swot/>.
- LI, M. *et al.* Organizational culture and turnover intention among primary care providers: a multilevel study in four large cities in China. **Global Health Action**, [s. l.], v. 17, n. 1, 2024.
- Lima LD, Dias HS, Mendonça FF, Silva ASD, Carvalho BG, Martins CP, Pereira AMM. Entre normas e práticas: implementação e repercussões regionais de mudanças nas políticas de atenção primária à saúde no Brasil [Between norms and practices: implementation and regional repercussions of changes in primary health care policies in Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2025 Aug 22;41(8):e00206924. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311XPT206924. PMID: 40862446; PMCID: PMC12404311.
- LINCOLN, Y.S.; GUBA, E.G. *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Thousand Oaks, 1985.
- LIU, L. *et al.* Measuring Organizational Culture in Ethiopia's Primary Care System: Validation of a Practical Survey Tool for Managers. **International Journal of Health Policy and Management**, [s. l.], 2022.
- MALTERUD, K.; AAMLAND, A.; IDEN, K. R. Small-scale implementation with pragmatic process evaluation: A model developed in primary health care. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 19, n. 1, 2018.

- MARSHALL, M. N. *et al.* **Primary care Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts**. [S. l.: s. n.], 2003.
- MERTON RK. Insiders and outsiders: a chapter in the sociology of knowledge. **American Journal of Sociology**. 1972;78. doi: 10.1086/225294
- MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. **Family practice management**, [s. l.], v. 8, n. 7, p. 45–50, 2000.
- NILSEN, E. R. *et al.* Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–14, 2016.
- NYSTRÖM, M. Characteristics of Health Care Organizations Associated With Learning and Development: Lessons From a Pilot Study. **Q Manage Health Care**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 285–294, 2009.
- OLIVEIRA, L. G. F.; FRACOLLI, L. A. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, [s. l.], v. 27, n. 296, p. 185–213, 2023.
- OREG, S. Resistance to change: Developing an individual differences measure. **Journal of Applied Psychology**, [s. l.], v. 88, n. 4, p. 680–693, 2003.
- PARENTE, S. S. *et al.* **Agendamentos de consultas na Atenção Primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão Appointment Scheduling in Primary Care: synthesis of evidence to support management decision**. [S. l.: s. n.], 2023.
- PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: [s. n.], 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.
- RIBEIRO, A. P. M. *et al.* A importância da implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. e148111133325, 2022.
- SANTOS, M. E. **Análise dos determinantes da implementação do MonitoraSB em equipes de saúde bucal da atenção primária à saúde**. 2024. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/76776>.
- SILVA, P. F.; PELLEENSE, M. C. da S. **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE**. [S. l.: s. n.], 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1553428>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- SINGER, J. J. **Practitioner Application: Advanced Access Scheduling in Primary Care: A Synthesis of Evidence**. [S. l.]: Lippincott Williams and Wilkins, 2020.
- STARFIELD, B. Measuring the Attainment of Primary Care. **Academic Medicine**, [s. l.], 1979.
- STELET, B. P. *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 20, 2022.
- VIDAL, T. B. *et al.* Scheduling models and primary health care quality: A multilevel and cross-sectional study. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 53, 2019.

VINCENZI, S. L. *et al.* Escala de Resistência à Mudança (RAM): Construção, Evidências Psicométricas e Versão Reduzida. **Psico-USF**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 471–486, 2016.

WEINER, B. J. A theory of organizational readiness for change. **Implementation Science**, [s. l.], v. 4, n. 1, 2009

ZEIN, R.; AKHTAR, H. Getting started with the graded response model: an introduction and tutorial in R. *International Journal of Psychology*, v. 60, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.13265>O autor (2026)

APÊNDICE A — Roteiro da Entrevista

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE FORMAÇÃO E DE TRABALHO

Entrevista nº _____ (preenchido pelo entrevistador) Data: _____

I) SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo?

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro ☐ Prefiro não declarar

2. Raça/Cor/Etnia?

☐ Parda ☐ Branca ☐ Preta ☐ Indígena ☐ Amarela☐ Prefiro não declarar

3. Idade: _____ 4. Estado civil: _____

II) FORMAÇÃO:

5. Qual o seu núcleo de formação:

☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Téc Enferm. ☐ Outros _____

6. Em qual instituição se formou: _____

7. Ano de conclusão: _____

8. Possui especialidade? ☐ Sim ☐ Não

9. Qual? _____

10. Ano de formação _____

III) TRABALHO

11 - Tipo de vínculo de trabalho no município:

☐ Servidor público estatutário☐ Estagiário ou Residente☐ Empregado (CLT)☐ Outro (especificar): _____

12 - Carga horária semanal: _____

13 - Ano de ingresso no local de trabalho: _____

14 - Possui Outros vínculos de trabalho: ☐ Sim ☐ Não

Quais _____

15 - Local de trabalho atual: ☐ Assistência ☐ Gestão

16 - Local de trabalho durante o processo de transição de agendamento:

☐ Assistência ☐ Gestão

Eixo	Foco	Questões norteadoras
Experiências com modelos de agendamento	Relato das experiências vividas de mudança de modelo de agendamento	Como era o processo de agendamento antes e depois da mudança? Conte as principais diferenças.
Sistema organizacional	Estruturas, rotinas, recursos e fluxos de informação que sustentam o serviço.	Que recursos ou rotinas precisaram mudar para sustentar o novo modelo? Opcionais: Perfil dos profissionais / Acolhimento
Atores-chave (liderança)	Papel de líderes formais e informais no patrocínio da mudança; estilo de gestão e coerência discurso-prática.	Quem mais influenciou a equipe durante a mudança e de que forma? Por quê?
Processos de gestão da mudança	Como a mudança é conduzida: planejamento, participação, treinamento, avaliação.	Como foi planejada e comunicada a transição de modelo? Opcionais: Resistências
Fatores individuais	Crenças, emoções, experiências prévias e condições pessoais que moldam a predisposição do profissional	O que você sentiu quando soube da mudança? Quais fatores pessoais ajudaram ou atrapalharam?
Avaliação Global	Avaliação Global baseada na matriz FOFA	Qual foi o principal ponto forte do novo agendamento? Qual a maior fragilidade percebida até agora? Que oportunidades de melhoria surgiram após a implantação? Que fatores podem colocar o modelo em risco no futuro? Se pudesse mudar um único aspecto do processo, qual seria?

APÊNDICE B — Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREDITORES DE SUCESSO NA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ACESSO AVANÇADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Desenvolvimento e validação de uma escala de prontidão situacional

Pesquisador: ALISIA HELENA WEIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90087525.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.701.340

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2591877" de 30/06/2025.

Contexto: O acesso oportuno às consultas na Atenção Primária à Saúde (APS) continua comprometido por barreiras organizacionais e agendas saturadas, longas filas de espera e processos de acolhimento fragmentados, que produzem insatisfação em usuários e profissionais. O modelo de Acesso Avançado surge como alternativa, mas sua adoção esbarra em fatores individuais (profissionais), culturais (valores de equipe) e contextuais (pressões de gestão e comunidade). Objetivo: Desenvolver e validar uma Escala de Prontidão Situacional que avalie o preparo das equipes de APS para migrar do agendamento tradicional ao Acesso Avançado. Metodologia: Estudo de métodos mistos sequencial exploratório em três fases integradas e (1) Qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de diversas categorias que vivenciaram o Acesso Avançado em Sapucaia do Sul; (2) Quantitativa baseada na série temporal retrospectiva da ESF Jardim América (2023-2024) combinando dados de produção, ouvidorias e questionários a profissionais/usuários; (3) Metodológica através da geração de itens, validação de conteúdo com especialistas e

validação psicométrica da escala. Resultados Esperados: Desenvolvimento de uma escala

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 7.701.340

breve, de fácil aplicação, capaz de classificar o grau de prontidão das equipes e sugerir intervenções direcionadas; Identificação de preditores (individuais, organizacionais, contextuais) que explicam variações no desempenho após o Acesso Avançado; Subsídios práticos para gestores reduzirem backlog, otimizarem lead-time e planejarem mudanças em outras unidades e municípios. Considerações Finais: Ao integrar evidências qualitativas, quantitativas e psicométricas, o projeto fornecerá uma ferramenta para antecipar resistências, ampliar o engajamento das equipes e orientar políticas de acesso na APS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver, a partir dos principais preditores de sucesso a serem identificados, uma escala que avalie a prontidão das equipes de APS para migrar do modelo de agendamento tradicional ao modelo de acesso avançado.

Objetivo Secundário:

O presente trabalho tem os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar os atores-chaves envolvidos no processo de mudança organizacional;
- b) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde e sua relação com a adoção do novo modelo;
- c) Explorar os fatores que facilitam e as barreiras à implementação do acesso avançado;
- d) Avaliar a percepção dos profissionais de saúde e usuários sobre as mudanças realizadas no processo de trabalho em decorrência do modelo de acesso.
- e) Elaborar e validar uma escala de avaliação da prontidão situacional.
- f) Propor recomendações para gestores e equipes de APS sobre a gestão de mudança na organização das agendas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente investigação, de acordo com as Resoluções CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016), caracteriza-se como estudo de risco mínimo. Os eventuais riscos concentram-se em três dimensões: desconforto emocional, decorrente de possíveis críticas ou lembranças negativas sobre a transição do modelo de agenda; ônus de tempo, uma vez que o preenchimento dos questionários demandará aproximadamente quinze minutos e as entrevistas, quando aplicáveis, até quarenta minutos; e quebra de confidencialidade, já que a combinação de cargo, tempo de serviço e exemplos específicos pode, indiretamente, revelar a

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 7.701.340

identidade dos participantes.

Para mitigar tais riscos, serão adotados procedimentos de proteção de dados. O consentimento será registrado por meio de Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) em formato digital ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme explicado na seção seguinte. Todos os depoimentos serão codificados com identificadores alfanuméricos; quaisquer menções nominais nas transcrições serão suprimidas. Os arquivos digitais permanecerão armazenados, com acesso restrito ao pesquisador e à orientadora, sendo eliminados cinco anos após o término do estudo. As entrevistas ocorrerão em ambiente reservado, e o participante poderá interromper ou recusar qualquer pergunta sem prejuízo. Caso surjam reações emocionais intensas, será oferecido apoio imediato através de escuta qualificada. Usuários receberão vale-transporte em caso de deslocamento, bem como os profissionais, não havendo remuneração financeira adicional. Tais custos serão arcados pelos pesquisadores, sem ônus ao município.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, os participantes terão oportunidade de externar percepções sobre o acesso avançado, influenciando ajustes no fluxo de trabalho e recebendo, ao término, uma devolutiva coletiva com os principais achados. A instituição, por sua vez, poderá utilizar os resultados para reduzir backlog, otimizar lead-time e aprimorar a gestão da agenda. Ademais, a escala de prontidão desenvolvida e validada neste estudo constituirá ferramenta aplicável a outros municípios, potencializando melhorias em nível municipal e, por extensão, no Sistema Único de Saúde. Do ponto de vista científico, o projeto ampliará a literatura nacional acerca de processos de implementação em Atenção Primária, ofertando evidências sobre fatores que condicionam o sucesso de mudanças organizacionais. Em caso de eventual dano, o participante será amparado conforme o art. 5º, § 1º, da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o documento Informações Básicas do projeto na PB, trata-se de um estudo local de métodos mistos do tipo sequencial exploratório. Combina procedimentos qualitativos e quantitativos de forma integrada e sequencial, com o propósito de aprofundar a compreensão da mudança no modelo de agendamento na Atenção Primária à Saúde (APS), e subsidiar a construção e validação de um instrumento de medida (escala de prontidão para a mudança). Possui finalidade acadêmica, mestrado, onde será verificada a percepção em relação a diferenças no acesso a APS utilizando agendamento tradicional e o Acesso Avançado.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 7.701.340

Compreende três fases articuladas:

1. Fase qualitativa: com abordagem exploratória e descritiva, visa compreender as percepções, experiências e preditores envolvidos na modificação do modelo de agendamento, a partir das falas dos trabalhadores da APS que vivenciaram ou acompanharam a implantação do acesso avançado. (12 participantes com TCLE, profissionais no local de trabalho)
2. Fase quantitativa: descritiva, com recorte retrospectivo e analítico, analisa dados secundários e primários relacionados à produção de serviços, satisfação dos usuários, ouvidorias e percepção dos profissionais, permitindo identificar impactos objetivos e subjetivos da mudança. (200 participantes, profissionais (RCLE) e usuários adultos (TCLE) abordados presencialmente na US Jardim América)
3. Fase tecnológica (metodológica): consiste na construção e validação de uma escala de prontidão para mudanças na agenda da APS, fundamentada nos achados das etapas anteriores. Esta fase configura-se como um estudo metodológico, com validação de conteúdo e análise psicométrica. (380 participantes com RCLE, escolhidos pelo currículo ou bola de neve)

O tempo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos e para as entrevistas até 40 minutos.

Tamanho amostral de 600 participantes da pesquisa, distribuídos entre profissionais e usuários da atenção primária a saúde.

Data de início do projeto 28/06/2025, início das coletas de dados em 15/08/2025 e final do projeto em 25/12/2027.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e RCLE estão adequados.

Foi apresentado Termo de compromisso de utilização de dados, Termo de compromisso de entrega de relatórios e uma Carta de autorização para a realização da pesquisa emitida pela prefeitura de Sapucaia do Sul.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório", para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do relator.

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605a

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 7.701.340

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2591877.pdf	30/06/2025 20:19:13		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_gabriel_alisia_assinado_assinado.pdf	30/06/2025 20:18:30	ALISIA HELENA WEIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	tcud_alisia_assinado.pdf	30/06/2025 20:17:28	ALISIA HELENA WEIS	Aceito
Outros	TCrelatorioFinalCEP_assinado.pdf	28/06/2025 19:05:17	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Outros	ConviteFase3trabalhadores.pdf	28/06/2025 19:04:27	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Outros	ConviteFase3Especialistas.pdf	28/06/2025 19:04:06	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Outros	CartaConviteFase2.pdf	28/06/2025 19:03:40	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	rolefase3trabalhadores.pdf	28/06/2025 19:03:02	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	rolefase3Especialistas.pdf	28/06/2025 19:02:46	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	roleFase2.pdf	28/06/2025 19:02:31	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleFASE1.pdf	28/06/2025 19:02:20	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/06/2025 19:01:44	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUDGabriel_assinado_assinado.pdf	28/06/2025 19:01:25	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/06/2025 19:00:54	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOQUALIFICADO.pdf	28/06/2025 19:00:35	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	28/06/2025 18:59:56	GABRIEL ANTONIO FLORES CHIES	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 7.701.340

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Julho de 2025

Assinado por:
Karin Viegas
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

APÊNDICE C — TCLE Profissionais Entrevistados na Fase 1

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) intitulada **“Preditores de sucesso na implantação do modelo de acesso avançado na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento de uma escala de prontidão situacional”**, cujo objetivo é identificar e validar fatores que influenciam a adoção do acesso avançado em unidades de atenção primária à saúde (APS). Caso aceite, realizará uma entrevista semiestruturada de aproximadamente 30 minutos, gravada em áudio exclusivamente para transcrição, na qual relatará suas experiências sobre a mudança de agendamento. A participação é voluntária, podendo recusar perguntas, interromper a entrevista ou retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Os riscos são mínimos, limitados a eventual desconforto ao recordar conflitos, sendo oferecida escuta qualificada. Não haverá qualquer custo para você, em caso de deslocamento presencial, o vale-transporte será entregue ao final da entrevista. Entre os benefícios estão a reflexão sobre o próprio processo de trabalho e a contribuição para melhorias na agenda da unidade; não haverá pagamento, mas despesas de transporte serão reembolsadas e qualquer dano dará direito à indenização conforme a Resolução 466/2012. As gravações serão codificadas, armazenadas em servidor criptografado por cinco anos e depois destruídas; somente o pesquisador Gabriel Antônio Flores Chies (gabrielc@ufcspa.edu.br, +55 51 99763-1109) e a orientadora Profa. Dra. Alisia Helena Weis (alisia@ufcspa.edu.br) terão acesso. Apenas dados anonimizados serão publicados. Os dados serão analisados em conjunto; você poderá solicitar resumo dos resultados pelo e-mail do pesquisador. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CAAE: 90087525.0.0000.5345), que atende na Rua Sarmiento Leite 245, sala 605, Porto Alegre/RS, telefone +55 51 3303-8804, e-mail cep@ufcspa.edu.br. Declaro que li ou ouvi todas as informações acima, pude esclarecer dúvidas e autorizo a utilização científica dos dados fornecidos. Receberei uma via deste termo.

Local/Data: _____

Nome do(a) participante: _____

☐ Aceito participar da pesquisa ☐ NÃO aceito participar da pesquisa.

APÊNDICE D — RCLE JUIZES DO POLO TEÓRICO DA FASE 2



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Validação de Conteúdo – Escala de Prontidão CWB

Você está sendo convidado(a) a participar da Fase 2 do estudo “Preditores de sucesso na implantação do modelo de acesso avançado na Atenção Primária à Saúde: Desenvolvimento e validação de uma escala de prontidão situacional”, pesquisa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que tem como finalidade validar psicometricamente uma nova escala de prontidão para mudança de agendamento em unidades de APS.

Nesta etapa, especialistas responderão a um questionário eletrônico na plataforma GoogleForms contendo 66 itens e duração média de 45 a 60 minutos, avaliando clareza, relevância e adequação dos enunciados.

A participação é totalmente voluntária; você poderá omitir qualquer pergunta ou encerrar o formulário a qualquer momento, sem prejuízo profissional ou assistencial. Os riscos são classificados como mínimos, restringindo-se a eventual desconforto ao refletir criticamente sobre processos de trabalho; se ocorrerem reações emocionais, será oferecida escuta qualificada. Entre os benefícios estão a possibilidade de refletir sobre a própria prática e de contribuir para o aprimoramento do acesso avançado; ao final do estudo, um relatório síntese dos resultados poderá ser solicitado ao pesquisador. Não haverá pagamento financeiro; também não haverá custos pessoais, pois todas as etapas são on-line; caso surjam despesas inesperadas de deslocamento, elas serão reembolsadas na forma de vale-transporte. Tais custos serão arcados pelos pesquisadores, sem ônus ao município. Eventuais danos decorrentes da pesquisa darão direito à indenização, conforme art. 5º da Resolução 466/2012. Todos os registros serão anonimizados, codificados e armazenados em servidor criptografado por 5 anos; somente o pesquisador Gabriel Antônio Flores Chies (gabrielcf@ufcspa.edu.br, +55 51 99763-1109) e a orientadora Profa. Dra. Alisia Helena Weis (alisia@ufcspa.edu.br) terão acesso. Apenas dados anonimizados serão publicados. Os dados serão analisados em conjunto; você poderá solicitar resumo dos resultados pelo e-mail do pesquisador.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CAAE 90087525.0.0000.5345



); dúvidas éticas podem ser encaminhadas ao CEP (Rua Sarmiento Leite, 245, sala 605, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170, telefone +55 (51) 3303-8804, e-mail cep@ufcspa.edu.br). A pesquisa não recebe financiamento externo. Ao clicar em "Eu aceito participar", você declara ter lido ou ouvido todas as informações, compreendido objetivos, procedimentos, riscos, benefícios e garantias de confidencialidade, e autoriza o uso científico dos dados fornecidos; poderá baixar ou solicitar uma via eletrônica deste RCLE a qualquer momento.

chiesgabriel@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

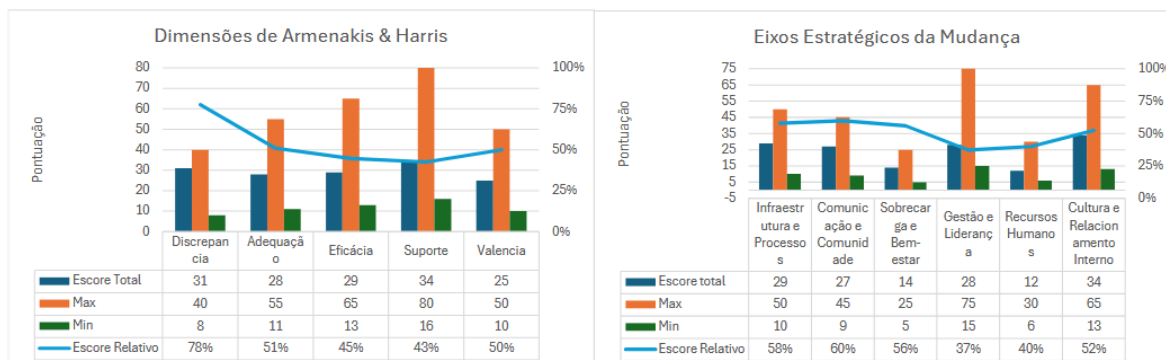
*

- ☐ Aceito participar da pesquisa
- ☐ Não Aceito participar da pesquisa

Avançar

Limpar formulário

APÊNDICE E — Modelo Interativo da CWB-PHC



CWB-APS - Dimensão: Discrepância

O processo de agendamento ocorre predominantemente na recepção, sem critérios ou avaliação clínica prévia.
A comunidade manifesta frequentemente reclamações sobre a dificuldade de acesso às consultas de demanda espontânea.
A equipe encontra-se sobrecarregada com o modelo atual de agendamento.
A taxa de absenteísmo ultrapassa 10% das consultas agendadas.
As lideranças internas percebem que o modelo atual de agendamento é ineficiente.
A equipe apresenta conflitos internos relacionados ao funcionamento da agenda.
São frequentes as reclamações e discussões na recepção devido à falta de vagas para consulta.
É difícil conseguir uma consulta em menos de um mês.

CWB-APS - Dimensão: Adequação

O processo de acolhimento está bem estruturado.
A comunidade possui lideranças que compreendem o funcionamento do modelo de agendamento e contribuem para sua disseminação.
A população adscrita é adequada, com até 3.000 pessoas por equipe de Estratégia Saúde da Família.
A equipe compreende os princípios e as principais diferenças teóricas entre os modelos de agendamento.
A equipe adota uma postura coletiva e cooperativa, com boa integração entre as diferentes categorias profissionais.
O processo de acolhimento é ágil e eficiente.
A liderança externa acredita que o novo modelo de agendamento traz vantagens em relação ao modelo anterior.
A educação permanente sobre modelos de acesso está disponível e favorece o aperfeiçoamento da equipe.
A disponibilidade de consultas na agenda para os próximos 30 dias é superior a 60%.
A liderança interna da unidade reconhece que o novo modelo de agendamento apresenta vantagens em relação ao anterior.
A estrutura física da unidade é compatível com o volume de atendimentos e procedimentos realizados.

CWB-APS - Dimensão: Eficácia

O acolhimento é realizado com escuta ativa e qualificada.
A equipe mantém boa comunicação com os usuários, realizando salas de espera sistemáticas para explicar o modelo de agendamento.
Existe um plano de implementação do novo modelo de agendamento construído em conjunto com a equipe.
O município ou serviço apresenta alta rotatividade de profissionais.*
A equipe consegue manter um bom clima organizacional.
Diferentes categorias profissionais participam ativamente do processo de acolhimento.
A equipe apresenta uma cultura de autocritica e de autocorreção dos processos de trabalho.
Os profissionais demonstram boa qualificação e perfil de alta resolutividade e desempenho.
A equipe reconhece no novo modelo de agendamento um propósito coletivo de melhoria do acesso.
Os profissionais são abertos ao diálogo e realizam interconsultas quando necessário.
O município possui protocolos de enfermagem que ampliam a resolutividade de enfermeiros e técnicos de enfermagem.
A equipe apresenta sintoma operacional, com distribuição adequada das cargas de trabalho.
Existe um núcleo de profissionais que lidera o processo de mudança dentro da equipe.

CWB-APS - Dimensão: Suporte

As decisões relacionadas ao agendamento são tomadas sem interferência política.
Existe um Conselho Local de Saúde atuante, alinhado com o novo modelo de agendamento.
Há um processo sistemático de avaliação de indicadores que permite monitorar o desempenho e identificar falhas nos processos.
Os vínculos trabalhistas dos profissionais são estáveis.
Os profissionais sentem-se alinhados com as diretrizes e decisões da gestão.
A equipe demonstra motivação para manter o novo modelo de agendamento.
O profissional responsável pelo acolhimento recebe apoio técnico e retaguarda dos demais membros da equipe.
Há grande insatisfação da comunidade com o novo modelo, por não permitir o agendamento antecipado das consultas.*
A gestão apresenta diretrizes claras sobre os objetivos e o planejamento relacionados ao acesso da comunidade.
Existe um processo criterioso de seleção e alocação de profissionais conforme seu perfil de trabalho.
As decisões da equipe são tomadas de forma coletiva e participativa.
A comunidade percebe aumento no vínculo e na integralidade do cuidado após a adoção do novo modelo.
A liderança interna assegura a continuidade do novo modelo, mesmo diante da entrada de profissionais resistentes à mudança.
Os profissionais que ingressam na equipe apresentam perfil compatível com as exigências do novo modelo.
A equipe mantém comunicação aberta e madura sobre os processos de trabalho e os problemas da unidade.
A gestão valoriza e cuida dos profissionais de forma contínua.

CWB-APS - Dimensão: Valência

A equipe percebe os processos de trabalho como mais fluidos e menos complicados.
A comunidade reconhece melhorias no acesso e maior fortalecimento do vínculo com a equipe.
A gestão assegura a estabilidade do modelo, evitando modificações e conflitos desnecessários.
A equipe realiza avaliações periódicas sobre suas percepções e estados emocionais em relação ao processo de trabalho.
Os profissionais sentem-se realizados com a mudança no modelo de acesso.
A equipe de enfermagem encontra-se sobrecarregada com o novo modelo de agendamento.*
A liderança interna demonstra preocupação genuína com o bem-estar dos colegas no novo modelo.
Os profissionais percebem maior vínculo e valorização por parte da comunidade.
Os profissionais reconhecem que seus colegas se esforçam para oferecer o melhor atendimento possível.
Os profissionais sentem-se sobrecarregados com as novas rotinas de trabalho.*

Total: 31

	Nunca é ve	Quase Nur	Às vezes é	Normalme	Sempre é verdade
Infraestrutura e Processos	☐	☐	☐	☒	☐
Comunicação e Comunidade	☐	☐	☐	☐	☒
Sobrecarga e Bem-estar	☐	☐	☐	☒	☐
Infraestrutura e Processos	☐	☐	☐	☐	☒
Gestão e Liderança	☐	☐	☒	☐	☐
Sobrecarga e Bem-estar	☐	☐	☐	☒	☐
Comunicação e Comunidade	☐	☐	☐	☐	☒
Infraestrutura e Processos	☒	☐	☐	☐	☐

Total: 28

	Nunca é ve	Quase Nur	Às vezes é	Normalme	Sempre é verdade
Infraestrutura e Processos	☐	☐	☒	☐	☐
Comunicação e Comunidade	☒	☐	☐	☐	☐
Recursos Humanos	☐	☐	☐	☐	☐
Gestão e Liderança	☐	☒	☐	☐	☐
Cultura e Relacionamento Interno	☐	☐	☐	☒	☐
Infraestrutura e Processos	☐	☐	☒	☐	☐
Gestão e Liderança	☐	☒	☐	☐	☐
Gestão e Liderança	☒	☐	☐	☐	☐
Infraestrutura e Processos	☐	☐	☐	☒	☐
Gestão e Liderança	☐	☐	☒	☐	☐

Total: 29

	Nunca é ve	Quase Nur	Às vezes é	Normalme	Sempre é verdade
Infraestrut	☒	☐	☒	☐	☐
Comunica	☐	☐	☐	☐	☐
Gestão e Li	☒	☐	☐	☐	☐
Recursos H	☐	☐	☐	☒	☐
Cultura e R	☐	☐	☒	☐	☐
Infraestrut	☐	☐	☒	☐	☐
Cultura e R	☐	☒	☐	☐	☐
Cultura e R	☒	☐	☐	☐	☐
Cultura e R	☐	☐	☒	☐	☐
Cultura e R	☐	☐	☐	☒	☐
Infraestrut	☒	☐	☐	☐	☐
Cultura e R	☐	☒	☐	☐	☐
Gestão e Li	☐	☐	☒	☐	☐

Total: 34

	Nunca é ve	Quase Nur	Às vezes é	Normalme	Sempre é verdade
Gestão e Li	☐	☒	☐	☐	☐
Comunica	☒	☐	☐	☐	☐
Gestão e Li	☒	☐	☐	☐	☐
Recursos H	☐	☐	☐	☒	☐
Gestão e Li	☐	☒	☐	☐	☐
Cultura e R	☐	☐	☒	☐	☐
Infraestrut	☐	☐	☒	☐	☐
Comunica	☐	☒	☐	☐	☐
Gestão e Li	☒	☐	☐	☐	☐
Recursos H	☒	☐	☐	☐	☐
Cultura e R	☐	☒	☐	☐	☐
Comunica	☐	☐	☒	☐	☐
Gestão e Li	☐	☒	☐	☐	☐
Recursos H	☐	☒	☐	☐	☐
Cultura e R	☒	☐	☐	☐	☐
Gestão e Li	☒	☐	☐	☐	☐

Total: 25

	Nunca é ve	Quase Nur	Às vezes é	Normalme	Sempre é verdade
Cultura e Relacionamento Interno	☐	☐	☐	☒	☐
Comunicação e Comunidade	☐	☐	☒	☐	☐
Gestão e Liderança	☐	☒	☐	☐	☐
Sobrecarga e Bem-estar	☒	☐	☐	☐	☐
Cultura e Relacionamento Interno	☐	☐	☒	☐	☐
Sobrecarga e Bem-estar	☐	☐	☐	☒	☐
Gestão e Liderança	☒	☐	☐	☐	☐
Comunicação e Comunidade	☐	☐	☐	☒	☐
Cultura e Relacionamento Interno	☐	☒	☐	☐	☐
Sobrecarga e Bem-estar	☐	☐	☒	☐	☐