

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Paula Martina da Silva Araújo Nunes

MANUAL DE APOIO PARA GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**MANUAL DE APOIO PARA GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
acesso de primeiro contato**

Porto Alegre

2020

Catálogo na Publicação

Nunes, Paula Martina da Silva Araújo

Manual de apoio para gerentes da Atenção Primária à Saúde : Manual de apoio para gerentes da Atenção Primária à Saúde: acesso de primeiro contato / Paula Martina da Silva Araújo Nunes. -- 2020.

181 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

Orientador(a): Profa. Dr. Alísia Helena Weis ;
coorientador(a): Prof. Dr. Erno Harzheim.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. I. Título.

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

Paula Martina da Silva Araújo Nunes

MANUAL DE APOIO PARA GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**MANUAL DE APOIO PARA GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: acesso de primeiro contato**

Trabalho Final submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre. Linha de Pesquisa: Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr. Alísia Helena Weis

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

**Porto Alegre
2020**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial a minha mãe (in memoriam) que desde cedo me ensinou a superar as dificuldades da vida, e, acima de tudo, a nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus mentores espirituais pelo auxílio, proteção e orientação.

A minha orientadora, Dra. Alísia Helena Weis, pela paciência, ensinamentos e dedicação.

Ao meu co-orientador, Dr. Erno Harzheim, pela confiança e ensinamentos. Aprendi através do seu exemplo e pela tamanha dedicação em melhorar a saúde da população e o acesso das pessoas aos serviços de saúde do Brasil.

A minha família e irmãos que me incentivaram nos momentos difíceis e compreendem a minha ausência e distância física enquanto me dedicava a este trabalho e a realização dos meus sonhos.

Ao meu companheiro Matheus pelo apoio e por estar ao meu lado durante os longos e incansáveis dias em dedicação a este trabalho.

Aos professores da UFCSPA que transmitiram os seus conhecimentos com tamanha dedicação e amor.

EPÍGRAFE

“É preciso correr riscos, seguir certos caminhos e abandonar outros. Nenhuma pessoa é capaz de escolher sem medo.”

Paulo Coelho

RESUMO

Título: Manual de Apoio para Gerentes da APS: acesso de primeiro contato.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, oferecendo atenção ao longo do tempo para os mais diversos problemas. A APS é reconhecida através dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) bem como os atributos derivados. O *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* mede a extensão e a presença dos atributos da APS, sendo reconhecido como o instrumento que melhor avalia a APS, e possui versões para usuários, profissionais e gerentes. Porém ainda são escassos os estudos voltados para os gerentes da APS avaliando a perspectiva destes com relação aos atributos da APS. **Objetivos:** Elaborar um manual de apoio para gerentes da atenção primária à saúde acerca dos atributos da APS. **Métodos:** Tratou-se de um estudo metodológico realizado em três etapas: revisão integrativa de literatura; pesquisa documental e a elaboração do manual de apoio. **Resultados:** A identificação do acesso como um dos principais atributos a ser fortalecido, e a partir disso, identificou-se estratégias, ferramentas e ações para a construção do manual. Este foi estruturado em sete eixos com orientações acerca do fortalecimento do acesso. **Conclusão:** o acesso é um dos principais desafios dos sistemas de saúde, exigindo que profissionais e gestores introduzam mudanças imediatas na sua prática. **Produto:** O Manual de Apoio para gerentes da APS é um documento que visa nortear e orientar as ações dos gerentes das unidades de saúde, com sugestões descritas que podem ser adaptadas à realidade de cada serviço de saúde, conforme perfil de necessidade e utilização.

ABSTRACT

Title: Support Manual for PHC Managers: first contact access. **Introduction:** Primary Health Care (PHC) offers people's first access to the health system, offering attention over time to the most diverse problems. PHC is recognized through the essential attributes (first contact access, longitudinality, integrality and coordination of care) as well as the derived attributes. The Primary Care Assessment Tool (PCAT) measures the extent and presence of PHC attributes, being recognized as the instrument that best assesses PHC, and has versions for users, professionals and managers. However, studies focusing on PHC managers are still scarce, evaluating their perspective regarding PHC attributes. **Objectives:** To develop a support manual for primary health care managers about the attributes of PHC. **Methods:** It was a methodological study carried out in three stages: integrative literature review; documentary research and the preparation of the support manual. **Results:** The identification of access as one of the main attributes to be strengthened, and from that, strategies, tools and actions for the construction of the manual were identified. This was structured in seven axes with guidelines on strengthening access. **Conclusion:** access is one of the main challenges of health systems, requiring professionals and managers to introduce immediate changes in their practice. **Product:** The Support Manual for PHC managers is a document that aims to guide and guide the actions of the managers of the health units, with suggestions described that can be adapted to the reality of each health service, according to the profile of need and use.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO PARA A COMUNIDADE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das portas de entrada das pessoas ao sistema de saúde, sendo responsável por encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Possui serviços de prevenção, tratamento, cura e reabilitação, além de organizar e racionalizar o uso dos recursos, tanto básicos como especializados.

A APS é reconhecida através dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) bem como os três atributos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Um serviço de qualidade, orientado para a APS, precisa da presença dos atributos. Entretanto, o acesso ainda permanece como um nó crítico na APS brasileira, seja por problemas relacionados aos processos de trabalho e organização das agendas, seja pela restrição aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, na visão de usuários, profissionais e gestores de saúde.

Assim, para subsidiar a gestão da atenção primária que é complexa e exige conhecimentos em administração, saúde, compromisso com a comunidade e saberes entre outros, foi elaborado o Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde. Trata-se do produto de dissertação do Mestrado Profissional de Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) que reúne um conjunto de orientações para gerentes da APS nas unidades de saúde através de estratégias, ferramentas e ações de fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato. Espera-se que ele seja utilizado amplamente pelos serviços de saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral:	14
2.2	Objetivos específicos:	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Atenção Primária à Saúde e Seus Atributos	15
3.2	Materiais educativos e tecnológicos para profissionais de saúde	20
4	MÉTODO	21
4.1	Delineamento do Estudo	21
4.2	Construção do Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde	21
4.2.1	Revisão integrativa de literatura	21
4.2.2	Pesquisa Documental	26
4.2.3	Elaboração do Manual de Apoio	28
5	RESULTADOS	32
5.1	Construção do Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde	32
5.1.1	Revisão integrativa	32
5.2	Pesquisa Documental	49
5.2.1	Descrição dos documentos encontrados	49
5.2.2	Análise de conteúdo dos documentos encontrados	62
5.3	Produto: Manual de apoio	85
6	DISCUSSÃO	152
6.1	Revisão Integrativa - Avaliação da APS na visão dos gerentes	152
6.2	Pesquisa Documental - Acesso de primeiro contato	155
6.3	Manual de Apoio	159
7	CONCLUSÃO	159

Referências	161
Apêndice.....	166
Artigo	167

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, sendo responsável por encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Também oferta serviços de prevenção, tratamento, cura e reabilitação, além de organizar e racionalizar o uso dos recursos, tanto básicos como especializados. O foco deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, o meio em que este vive e as condições em que está submetido. Além disso, se defronta com uma grande variedade de problemas, comuns e pouco definidos, oferece atenção ao longo do tempo para os mais diversos agravos ⁽¹⁾.

A APS é reconhecida através dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) bem como os três atributos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Assim, para que um serviço seja definido e orientado como provedor de atenção primária deve apresentar os quatro atributos essenciais, qualificando a relação com os indivíduos e a comunidade quando apresenta também os atributos derivados ⁽²⁾.

A partir destes atributos foram utilizadas as proposições de Donabedian, devido à inexistência de ferramentas, para medir as interações entre estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde baseado no modelo proposto para avaliação da qualidade de serviços de saúde. No Brasil, o processo de avaliação da atenção primária ainda é prematuro, necessitando de uma cultura que construa a internalização dos gestores e profissionais de forma efetiva, como parte integrante da construção do sistema de saúde ⁽³⁾.

O *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, criado por Starfield e colaboradores, mede a extensão e a presença dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Esse instrumento foi produzido nas versões para usuários crianças (*Child Consumer/Client Survey*), usuários adultos (*Adult Consumer/ Client Survey*), profissionais de saúde (*Provider Survey*) e gerentes (*Facility Survey*), sendo validado em inúmeros países. No Brasil é denominado PCATool Brasil ⁽⁴⁾.

Estudos demonstraram que o PCAT é o instrumento que melhor avalia a APS, permitindo analisar os processos de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da

Família ⁽⁵⁾, avaliação sobre desempenho do serviço, e sugerem que seja utilizado como ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS, principalmente por gestores e pesquisadores ^(3, 6, 7), pois além de mensurar a adequação dos atributos da APS avalia a qualidade e a capacidade de respostas frente às diferentes situações em saúde ⁽⁶⁾.

O mencionado instrumento possui revisões sistemáticas e estudos que avaliaram a presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos usuários ^(8, 9) e profissionais ^(10, 11) e mostraram que o atributo acesso de primeiro contato é o pior avaliado na perspectiva destes. Porém ainda há poucos estudos que avaliam a APS sob óptica dos gerentes, que são fundamentais no processo de qualificação e fortalecimento deste nível de atenção, principalmente para superação das dificuldades na ampliação e fortalecimento deste atributo.

Nesse sentido, torna-se relevante direcionar o estudo sobre APS para a perspectiva dos gerentes das unidades de saúde. A gestão da atenção primária é complexa e exige conhecimentos em administração, saúde, ter uma visão geral do local onde está inserido, compromisso com a comunidade e saberes técnicos, com vários fatores implicados além da utilização de empirismo e improvisação na sua prática. O gestor local, que atua na “ponta” do sistema costuma ser denominado gerente, e em algumas regiões brasileiras, também são conhecidos como coordenadores ou diretores, exercendo função gerencial e assistencial, sendo atores fundamentais nesse processo de mudança, o que é um desafio para a maioria dos gerentes que estão à frente das unidades de saúde ⁽¹²⁾.

A inclusão do gerente de Atenção Primária nas unidades da APS foi reconhecido a partir de 2017 através da atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), recomendando sua inserção como novo membro da equipe ^(13, 14), com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho das unidades, fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes por meio da função técnico-gerencial, do planejamento em saúde, organização dos processos de trabalho, coordenação e integração das ações ^(13, 15, 16). Anteriormente estas ações eram de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde ou eram executadas predominantemente por enfermeiros ou outros

profissionais como médicos, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo que algumas unidades não possuíam gerentes ⁽¹⁷⁾.

A PNAB recomenda que o gerente deve ser qualificado, preferencialmente com nível superior, além de não ser integrante das equipes vinculadas às unidades, devendo exercer integralmente as atribuições de gerente da APS ^(13, 16). No entanto, percebe-se que a maioria dos gerentes desempenham múltiplas tarefas, seja pela ausência de um profissional que a exerça ou pela descaracterização deste papel, e não dispõe de dedicação exclusiva a esse cargo, sendo exercida na atividade da assistência, somado a falta de formação específica, o que compromete a efetividade do trabalho acarretando insatisfação do usuário ⁽¹⁷⁾.

Além disso, a oferta de cursos de formação para estes profissionais é insuficiente, e, quando realizadas, são voltadas para atividades essencialmente administrativas relacionadas com a gestão do trabalho, gestão dos insumos e gestão de redes ⁽¹⁸⁾, com pouca ênfase para o fortalecimento dos atributos. Isso gera a necessidade de compreensão pelos gestores sobre a APS por meio dos atributos e como operacioná-los com um olhar para as peculiaridades da APS.

Ainda, estudos apontam divergências entre a percepção dos gerentes e profissionais com a dos usuários, o que denota a necessidade de maior aproximação entre gestão, serviços de saúde e usuários ^(19, 20). Essa divergência pode ser uma oportunidade para construir, implementar e monitorar intervenções apropriadas destinadas a melhorar o desempenho, qualificando assim os resultados em saúde. Os estudos ajudam a identificar e implementar intervenções para melhorar o desempenho do gerente através dos atributos essenciais da atenção primária ⁽²⁰⁾.

Com isso, emerge a finalidade deste estudo, que é, apoiar os gerentes da APS para qualificação dos serviços, através da elaboração de um manual de apoio para o fortalecimento dos atributos e qualificação da APS construído com base nos estudos de desempenho da APS com a utilização do PCAT versão gerentes e a análise documental. Manual de apoio é uma tecnologia educativa leve-dura, para auxiliar o trabalho gerencial, pois é compreendida como a utilização de conhecimentos estruturados que não precisam de um recurso de alta tecnologia para a realização ⁽²¹⁾ e que pretende orientar e subsidiar a prática destes profissionais.

Diante do exposto, este estudo pretende responder às seguintes questões de pesquisa: *Qual o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto mundial com relação aos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes? e “Quais os estudos e documentos institucionais que contribuem para a construção de um material instrucional para a qualificação da APS pelos gerentes de unidades com base no atributo que requer maior atenção e fortalecimento por parte destes profissionais através do PCAT?”*

A relação dos atributos da APS com desfechos clínicos, arranjos organizacionais e ofertas de serviços e infraestrutura ainda são um desafio para o país. Nesse sentido o PCAT favorece o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS com consequências significativas sobre a definição das políticas públicas, podendo ser utilizado pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil e até nos serviços privados ⁽⁴⁾.

Este estudo se justifica pois, a criação do cargo de gerente e a rigorosa avaliação da presença e extensão dos atributos citados é de extrema importância para definir a orientação do serviço para a atenção primária, promovendo atenção integral à comunidade adscrita, em todos os aspectos biopsicossociais ⁽⁴⁾. O PCAT permite uma avaliação do grau de orientação da atenção primária à saúde dos serviços de atenção primária do país, uma vez que possibilita a comparação e a definição de forma consistente destes atributos, reiterando a possível utilidade desta escala, e, a partir disso, ser utilizados como indicadores de qualidade da atenção ⁽²²⁾.

Além disso, o fortalecimento os atributos da APS através das ações desenvolvidas pelo gerente de unidade é de extrema importância para a qualidade dos serviços e satisfação das pessoas que procuram atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Elaborar um manual de apoio para gerentes da atenção primária à saúde sobre os atributos da APS.

2.2 Objetivos específicos:

- Sintetizar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o desempenho da APS através da avaliação dos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes;
- Reunir dispositivos tecnológicos e institucionais de qualificação dos atributos da APS com base no atributo que requer maior atenção e fortalecimento identificado nas evidências encontradas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde e Seus Atributos

Após a conferência em Alma Ata em 1978, a APS se torna universalmente acessível a indivíduos e famílias nas comunidades, sendo parte integral do sistema de saúde do país, com enfoque no desenvolvimento social e econômico da comunidade, levando a atenção à saúde ao local mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham ⁽¹⁾. A reforma sanitária amplamente debatida na VIII conferência Nacional de Saúde que culminou na redação do artigo 196 da constituição de 1988 consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS), garante os direitos sociais e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos. Várias propostas de mudanças, inspiradas na Reforma Sanitária e princípios do SUS, apresentaram avanços e retrocessos, com resultados pouco notáveis na estruturação dos serviços de saúde por não promover mudanças significativas no modelo assistencial ⁽¹⁵⁾.

Assim surge o Programa de Saúde da família (PSF) em 1994, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população mediante um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS ⁽²³⁾. O PSF propôs a reversão do modelo assistencial vigente, reorganizando a prática assistencial, criando compromisso e corresponsabilidade entre a população e o profissional da saúde. Nesse sentido, a família passa a ser o foco da atenção no contexto em que vive permitindo assim uma visão ampliada do processo saúde/doença ⁽¹⁵⁾.

Em 1997, o PSF passou a ser uma estratégia que integra e organiza as atividades em território definido, proporcionando o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, fugindo da concepção dos programas do Ministério da Saúde. A unidade de Saúde da Família configura o primeiro contato da população com o serviço de saúde, garantindo o acesso aos demais níveis de atenção, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde ⁽¹⁵⁾.

A APS no Brasil, convive com variados modelos de cuidados primários. Há o modelo tradicional- com atendimento de uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem, além de cuidados primários oferecidos por médicos especialistas focais como pediatra, gineco-obstetra e clínico; o modelo de ESF com atendimento de médicos e enfermeiros generalistas além de técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; e por fim, modelos mistos que articulam esses diferentes modelos em uma única unidade de saúde da APS. Um dos ciclos da APS no Brasil, se caracteriza pelo desafio da consolidação da ESF, mostrando-se mais vantajosa do que os demais modelos, fundamentada no seu papel de estratégia e organização do sistema público de saúde e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ⁽²⁴⁾.

Nesse processo histórico a APS foi fortalecendo-se gradualmente e constituindo-se como porta de entrada preferencial dos usuários com os serviços de saúde do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletiva, abrangendo a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Dessa maneira, atua buscando a redução dos danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável ⁽¹³⁾.

Os componentes importantes do sistema de saúde proposto por Donabedian (1966) são estrutura, processo e resultado que diferem conforme lugar e época, mas cada serviço de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que está relacionada a oferta do serviço, e os processos (desempenho) que envolvem ações por parte dos

profissionais, da população e dos pacientes. Estes componentes são determinados tanto pelo comportamento individual como pelo ambiente ⁽¹⁾.

A obtenção da atenção primária através da abordagem capacidade desempenho mede o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária. Para isso, são necessários um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade), que definem o potencial, e um dos dois elementos processuais (utilização dos serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde), que traduzem o potencial numa atividade importante ⁽¹⁾.

Para determinar se um dado sistema merece a descrição de atenção primária é necessário a presença dos quatro atributos essenciais, sendo qualificado pela presença dos atributos derivados ⁽⁴⁾. Esses atributos estão relacionados a qualidade do serviço, a satisfação do paciente, a eficácia do sistema de saúde, a eficiência e equidade ⁽²²⁾.

Os atributos essenciais da APS são ⁽¹⁾:

- Atenção ao primeiro contato: implica a acessibilidade pelo qual as pessoas buscam o serviço de saúde, a forma com que estes percebem o serviço como acessível e de que maneira isto se reflete na sua utilização. A medição deste atributo envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual);

- Longitudinalidade: está relacionada com a capacidade do serviço identificar a população e os seus indivíduos como usuários, para que sejam atendidos de forma regular e ao longo do tempo, com o fortalecimento do vínculo entre eles;

- Integralidade: garante atendimento do usuário no serviço de saúde, assim como os encaminhamentos para os demais níveis de atenção quando este não tem possibilidade de resposta às necessidades do indivíduo. Refere-se à capacidade do serviço reconhecer adequadamente diferentes problemas, tanto físicos quanto sociais, responsabilizando-se pela integralidade no contexto biopsicossocial;

- Coordenação da atenção: requer a continuidade da atenção pelo mesmo profissional ou prontosuários de saúde, ou ambos, garantindo a continuidade das

informações, além do reconhecimento do problema seja no mesmo serviço ou nos serviços referenciados. Além da integração da APS com o sistema de saúde.

Também são definidos os atributos derivados:

-Orientação familiar: a atenção integral deve considerar o contexto familiar e utiliza como recurso o seu potencial de cuidado;

-Orientação comunitária: requer o conhecimento do contexto social por parte do serviço de saúde, através do contato direto ou de dados epidemiológicos para o conhecimento das suas necessidades. Incluindo a sua relação com ela, o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

-Competência cultural: considera as características culturais especiais, através da adaptação da equipe e profissionais à essa realidade, envolvendo conhecimento e atenção às suas necessidades, facilitando assim a sua relação e comunicação com a mesma.

A APS como estratégia deve cumprir três funções essenciais: a resolutividade, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população; a comunicação, com condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações; e a responsabilização, econômica e sanitária com relação a esta população ⁽²⁴⁾.

Há evidências de uma significativa relação entre APS forte e melhores níveis de saúde. A APS de qualidade, eficiente e efetiva deve cumprir os sete atributos em sua totalidade e as três funções essenciais ⁽²⁴⁾. Com relação aos atributos da APS o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, contribui nesta análise.

O PCAT, permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação, na busca da qualidade tanto para o planejamento quanto para as execuções das ações da APS ⁽⁴⁾. Essa ferramenta avalia os atributos citados através de pontuações que geram um escore geral que avalia a qualidade dos processos da atenção primária e seus resultados ^(4, 22).

Instrumentos que permitem avaliar os serviços de saúde na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores se tornaram de grande interesse para a avaliação e

melhoria da gestão, e planejamento da qualidade da atenção à saúde. Alguns estão voltados para a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde, mas poucos permitem a avaliação dos atributos da APS ⁽²⁵⁾.

A avaliação da qualidade em serviços de saúde é uma ferramenta fundamental no processo de tomada de decisão por parte dos gestores e trabalhadores, pois permite identificar problemas e avaliar a construção de novas práticas, reorientação das ações e serviços, bem como o impacto destas na saúde da população. Os usuários também têm um papel importante nesta avaliação, mas esta visão não pode restringir-se a esta categoria, pois usuários distintos têm diferentes necessidades podendo estar satisfeitos, mas não terem suas reais necessidades atendidas, o que pode gerar desperdícios de recursos. Nestes casos é importante a consideração dos profissionais de saúde para a identificação dos problemas e intervenção adequada. Estes múltiplos enfoques são importantes e se complementam, uma vez que a medição da qualidade sob a perspectiva da população e do indivíduo não pode ser o único indicador de qualidade ⁽²⁵⁾. A satisfação do serviço difere de qualidade, podendo estar indiretamente relacionadas, mas não se configura uma medida exclusiva de qualidade da atenção ⁽¹⁾.

Essa pluralidade de perspectivas determina de maneira diferente a avaliação da qualidade da atenção. Desta forma, no âmbito dos serviços de saúde são identificadas três categorias, não menos importantes, que correspondem aos seus principais atores na avaliação da qualidade: usuários, profissionais e gestores. Cabendo à qualidade gerencial responder às necessidades dos usuários dentro da sua capacidade através do uso eficiente e produtivo dos recursos ⁽²⁵⁾. Além disso, a PNAB recomenda a inclusão do gerente de APS com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas unidades, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial ⁽¹³⁾.

Para que a APS possa cumprir seu papel no SUS é necessário foco na dimensão organizacional e gerentes de unidades de saúde capazes de coordenar equipes e organizar o processo de trabalho. No entanto as evidências mostram baixa capacidade gerencial, com grande esforço em atividades administrativas tradicionais, apontando inexistência de gerência técnica, além de ações relacionadas à assistência

direta com redução do tempo para o trabalho de coordenação. Esses fatores limitam o acesso aos serviços de saúde e geram insatisfação dos usuários ⁽¹⁷⁾.

3.2 Materiais educativos e tecnológicos para profissionais de saúde

Os manuais são materiais tecnológicos e tratam-se de instrumentos que possibilitam a organização e a uniformização das orientações dos serviços de uma instituição de saúde, estabelecendo pontos de controle de processos e mensuração de resultados ⁽²⁶⁾. Além de auxiliar e explicar como fazer um trabalho, são um conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, dentre outros, que devem ser seguidas ⁽²⁷⁾.

Os manuais são necessários diante de divulgação de mudanças nos processos de trabalho, avaliar e analisar a gestão de processos. Deve ser esclarecedor, reunindo informações, normas, diretrizes e sistemáticas operacionais, além de identificar a maneira de execução de uma atividade e disponibilizá-las de forma sistematizada ⁽²⁷⁾.

Os manuais podem ser um instrumento que viabilizam a disseminação do conhecimento institucional e que está ao alcance de todos. Os profissionais da saúde precisam de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes e os manuais facilitam e uniformizam as orientações a serem realizadas ⁽²⁸⁾. Além disso, as pessoas produzem melhor quando seguem uma rotina estabelecida, com passos a serem cumpridos, pois diminui a variabilidade das ações e serviços prestados tornando-os processos previsíveis e seguros ⁽²⁶⁾.

A elaboração de manuais na área da saúde tem demonstrado grande interesse por parte de profissionais com o objetivo de auxiliá-los e também ajudar pacientes ^(26, 28, 29). A construção de manuais para o cuidado em saúde exige rigor científico e etapas a serem cumpridas, a exemplo da busca do conteúdo na literatura, a seleção de conteúdos que realmente são importantes, além da necessidade de atualização constante das informações ⁽³⁰⁾.

A dimensão relacional é central nos processos de trabalho e comportam tecnologias relacionais denominadas, “tecnologias leves” (relacionais), “duras” (instrumentos/equipamentos) e “leve-duras” (conhecimento técnico). No trabalho vivo,

ou seja, que está no exato momento de produção e criação realizado no ato da atividade do trabalhador, estes três tipos de tecnologias caminham juntas ⁽³¹⁾.

As tecnologias educativas colaboram no planejamento, implementação e avaliação do processo de aprendizagem e representam um conjunto de ferramentas e aplicações que permitem a inclusão e o fortalecimento de novas estratégias de ensino, sendo uma importante estratégia de informação ⁽³²⁾. Neste caso, a produção de um manual de apoio para gerentes da APS se configura uma tecnologia leve-dura através de conhecimento técnico, pois é estruturado em uma série de normas ou passos que orientam para os processos de trabalho.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Tratou-se de um estudo metodológico, focado na elaboração de um manual de apoio para gerentes da atenção primária à saúde, cuja finalidade é o fortalecimento e qualificação dos atributos da APS. Para a construção do manual foram seguidas três etapas sequenciais, em que foi realizada primeiro a revisão integrativa de literatura; depois a pesquisa documental e por fim, a elaboração do manual de apoio.

4.2 Construção do Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde

4.2.1 Revisão integrativa de literatura

A revisão integrativa é um método que possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, além de sinalizar questões do conhecimento que precisam de respostas através de novos estudos, pois inclui a análise de pesquisas relevantes que dão subsídios para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. O intuito deste método é obter um entendimento aprofundado de um determinado fenômeno baseado em estudos anteriores ⁽³³⁾.

A revisão integrativa exige descrição detalhada e clara de seis etapas como segue ⁽³³⁾:

Primeira etapa: formulação do problema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

Foi utilizada a estratégia PICO, que representa o acrônimo para P= *Paciente*, I=*Intervenção*, C= *Controle*, O= *desfecho (outcome)*. O problema de pesquisa foi definido através da seguinte questão norteadora: “*Qual o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto mundial com relação aos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes?*”.

Neste estudo o acrônimo é P= *gerentes da APS*; I=*PCAT*; C= *não se aplicou para esta questão norteadora*, pois não há comparação ou grupo controle; O= *desempenho dos serviços de APS*.

Segunda etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura

A busca de artigos nas bases de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2020. Para a seleção dos estudos foram utilizadas as bases de dados de fontes primárias *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE/PUBMED)*, *Web of Science*; *Medical Exerpta databases (EMBASE)*, *Biblioteca Virtual em Saúde- BIREME*, *Elsevier SciVerse Scopus (SCOPUS)*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os **descritores em Ciências da Saúde (DeCs)**: *Atenção Primária à Saúde*, *Avaliação em Saúde*, *Pesquisa sobre Serviços de Saúde* e; **Medical Subject Headings (MeSH)**: *Primary Health Care*, *Health Services Research* e *Health Services Evaluation*, utilizado as palavras-chave: *PCAT*, *Facility survey*, *managers*. As combinações foram realizadas utilizando-se descritores controlados com associação de palavras- chaves. Com o intuito de analisar todos os estudos publicados após a criação do PCAT, foram incluídos os estudos publicados a partir do ano 2002.

Nas bases BVS/BIREME, *Web of Science*, *Scopus*, *Scielo* foram feitas as combinações com os descritores e palavras-chaves *Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research OR Health Services Evaluation*. Nas bases de dados *Embase* e *Medline/Pubmed* foi realizada a

busca com a seguinte estratégia: *Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research*. O descritor *Health Services Evaluation* foi excluído destas bases, pois a combinação apresentou baixa sensibilidade ao tema estudado.

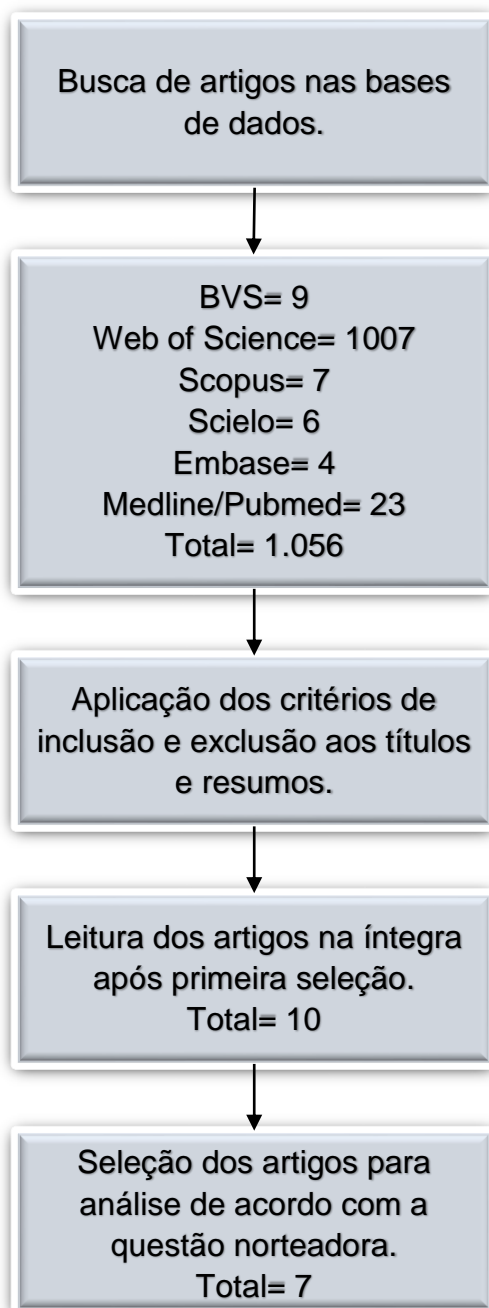
- Os critérios de inclusão foram:
 - Estudos que foram realizados com os gerentes dos serviços de saúde da APS utilizando o PCAT versão gerentes;
 - Estudos publicados a partir do ano 2002.
- Os critérios de exclusão foram:
 - Estudos que tenham utilizado o PCAT nas versões para criança e adultos;
 - Estudos que tenham aplicado o PCAT na versão gerentes para outros profissionais que não sejam de unidades de saúde da APS.
 - Teses, monografias e dissertações.

Dessa forma, os artigos foram primeiramente selecionados pelo título e resumo e, em seguida, lidos na íntegra, excluindo-se os artigos que não responderam a questão de pesquisa.

A base de dados BVS/BIREME apresentou nove artigos, sendo excluídos três, pois dois estavam repetidos e um não estava relacionado ao PCAT. A base de dados Web of Science apresentou 1007 artigos, utilizando o filtro por ano 2002-2020 e “artigos”, destes, após a leitura dos títulos e resumos, apenas um foi incluído para leitura na íntegra, pois os demais não eram relacionados ao PCAT ou não foram utilizados a versão gerentes. A Scopus apresentou sete resultados, sendo três excluídos pois utilizaram o PCAT nas versões usuários e profissionais. A base Scielo apresentou seis resultados, sendo dois excluídos pois estavam duplicados.

A Embase apresentou quatro resultados, sendo dois excluídos, pois um não avaliava a APS e um utilizava a versão usuários do PCAT. A base Medline/Pubmed apresentou 23 resultados, sendo selecionados quatro artigos para leitura na íntegra, pois os demais utilizaram as versões para criança, profissionais e usuários do PCAT, ou não utilizaram o PCAT (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma das etapas metodológicas para a seleção dos artigos. Porto Alegre, RS. 2020



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Nesta etapa utilizou-se uma planilha em Excel para reunir e sintetizar as informações-chave e o nível de evidência dos estudos. Os dados dos estudos primários foram extraídos com o auxílio desta (APÊNDICE 1) e elaborado pela autora, contendo as seguintes informações: título do artigo, autor(es), periódico/base de

dados, ano de publicação, objetivo(s), tipo de estudo, principais resultados, conclusões e nível de evidência. Essa etapa foi realizada por dois autores da revisão de forma independente.

Quarta etapa: avaliação detalhada dos estudos incluídos

Nesta etapa da revisão integrativa foram realizadas a avaliação detalhada e a análise crítica para auxiliar na tomada de decisão através da utilização dos resultados da pesquisa na prática clínica. Para caracterização da força da evidência dos estudos foi utilizada a definição do Centro Oxford para a Medicina Baseada em Evidências ⁽³⁴⁾, onde o nível de evidência está relacionado ao tipo de estudo e sua metodologia: Terapia/prevenção/etiologia/danos, prognóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial/estudo de prevalência ou análises econômicas ou de decisão. (Quadro 1)

Quadro 1: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR* validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR* with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval"i)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR* validated in a single population	Validating** cohort study with good" " " reference standards; or CDR* tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts" "	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses " " " "
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR* or validated on split-sample§§§ only	Exploratory** cohort study with good" " " reference standards; CDR* after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.

Fonte: Centre for Evidence-Based Medicine,2009

Quinta etapa: interpretação dos resultados

A análise dos dados da revisão integrativa foi elaborada na forma descritiva e apresentada em tabelas e quadros-síntese, realizado de forma descritiva as características de cada estudo, apresentados nos resultados.

Sexta etapa: apresentação da revisão ou síntese do conhecimento

A síntese do conhecimento sobre o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto mundial com relação aos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes, fornece subsídios para a avaliação da APS, identificando os atributos que devem ser aprimorados e também a identificação de lacunas do conhecimento na direção de novas pesquisas.

Com a identificação do acesso de primeiro contato, como um dos principais atributos a ser fortalecido e que requer maior atenção por gerentes na APS, através da revisão integrativa, o estudo seguiu para a próxima etapa que versa sobre a pesquisa documental.

4.2.2 Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada sequencialmente a revisão integrativa. Para tanto, com a identificação da necessidade de se fortalecer o atributo acesso de primeiro contato -na revisão integrativa- a pesquisa documental foi executada com uso de documentos institucionais e estudos científicos com intuito de conhecer estratégias, ferramentas e ações de melhorias para o acesso nas unidades de saúde. A pesquisa documental “vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou ainda que podem ser reelaborados conforme o objetivo da pesquisa”, onde o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais ⁽³⁵⁾.

A questão que norteou a pesquisa documental foi: “Quais os estudos e documentos institucionais que contribuem para a construção de um material instrucional para a qualificação da APS pelos gerentes de unidades com base no atributo que requer maior atenção e fortalecimento (acesso de primeiro contato) por parte destes profissionais através do PCAT?”

A coleta de dados foi realizada através de documentos disponíveis na internet, de domínio público, no período de julho à agosto de 2020, que abordaram a gestão da APS relacionados ao fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato, disponíveis online nas plataformas digitais do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS/OPAS) e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Buscou-se, também, intencionalmente, teses e dissertações sobre dispositivos ou materiais já utilizados para qualificação do acesso na APS nos repositórios da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) utilizando as palavras “acesso” e “atenção primária”. Estas universidades foram escolhidas devido aos artigos e estudos encontrados sinalizarem para autores que produziram trabalhos através destas instituições relacionados ao tema. Foi utilizado o critério de saturação dos dados para a conclusão da pesquisa documental, e o período selecionado para consulta destes documentos foram os últimos 10 anos.

Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise que visa descrever o conteúdo dos achados permitindo a inferência de conhecimentos relativos às produções destes achados. As etapas da análise de conteúdo são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados ⁽³⁶⁾.

Pré-Análise

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, como a escolha dos documentos a serem analisados e leitura flutuante para o encontro do assunto relacionado à escolha do tema e aos objetivos do estudo ⁽³⁶⁾.

Nas plataformas do MS, OPAS/OMS e CDC examinou-se documentos como livros, protocolos, diretrizes, linhas de cuidado, cadernos, cartilhas, guias e manuais, notas informativas, instruções normativas, relatórios, além de políticas e legislações em saúde através das portarias de consolidação do MS. Além disso, buscou-se documentos utilizando o tema “Atenção Primária à Saúde” e “Acesso aos serviços de saúde”. Nos repositórios da UFRGS, UFCSPA, UFSC e UFMG utilizou-se as palavras “acesso” e “atenção primária” para busca de teses e dissertações.

Exploração do Material

Utilizou-se como critério de inclusão documentos que abordassem o tema acesso na APS, para seleção dos documentos para leitura na íntegra. Estes foram analisados e os resultados inseridos em uma tabela elaborada pela autora contendo: o título, autor, nome da instituição, tipo de documento e resumo dos principais achados.

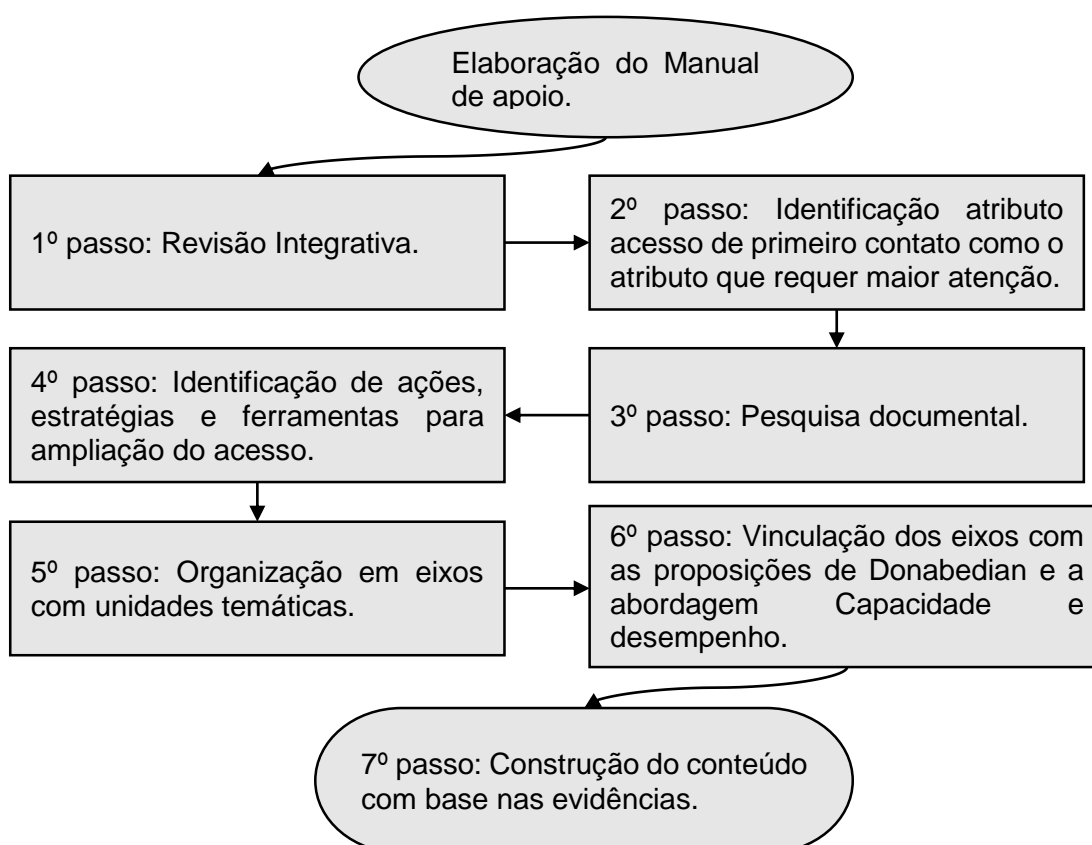
Tratamento dos resultados

Os resultados foram classificados e divididos em estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gestores de saúde para a qualificação do acesso na APS.

4.2.3 Elaboração do Manual de Apoio

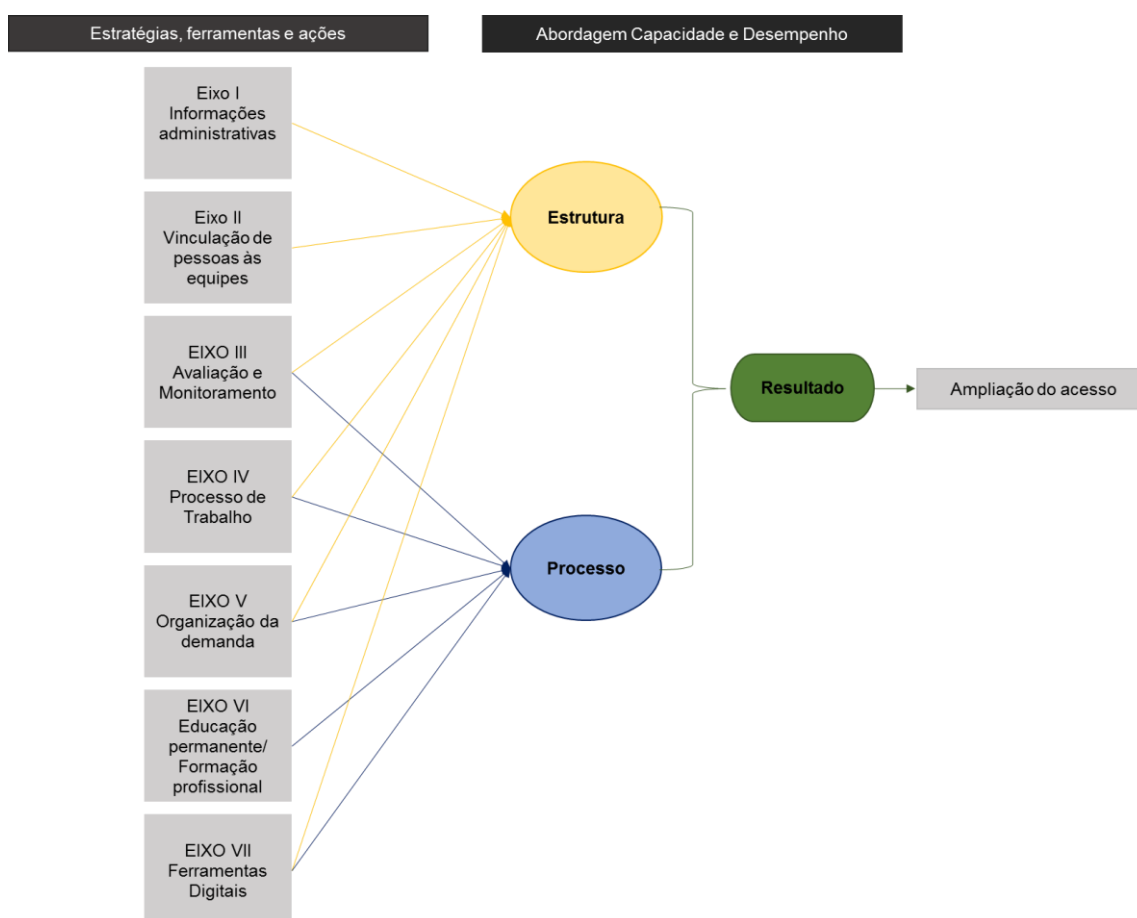
Após a identificação das estratégias, ferramentas e ações para melhorias do atributo acesso de primeiro contato em unidades de saúde da APS, seguiu-se para a etapa de elaboração do manual de apoio para gerentes - produto do Mestrado Profissional de Enfermagem da UFCSPA. (Figura 2)

Figura 2: Etapas da elaboração do manual de apoio para gerentes. Porto Alegre, 2020.



O manual foi estruturado em sete eixos. Cada eixo contendo uma unidade temática. Utilizou-se como referência as proposições de Donabedian (estrutura, processo e resultado) e a abordagem de Starfield sobre capacidade e desempenho para a medição da APS e qualificação dos serviços de saúde. Os componentes de estrutura ou capacidade de atenção dizem respeito a acessibilidade, e de processo ou desempenho da atenção, sobre a utilização dos serviços, que impactam nos resultados de saúde da população atendida ⁽¹⁾ (Figura 3).

Figura 3: Abordagem capacidade e desempenho através de estratégias, ferramentas e ações para a ampliação do acesso na APS.

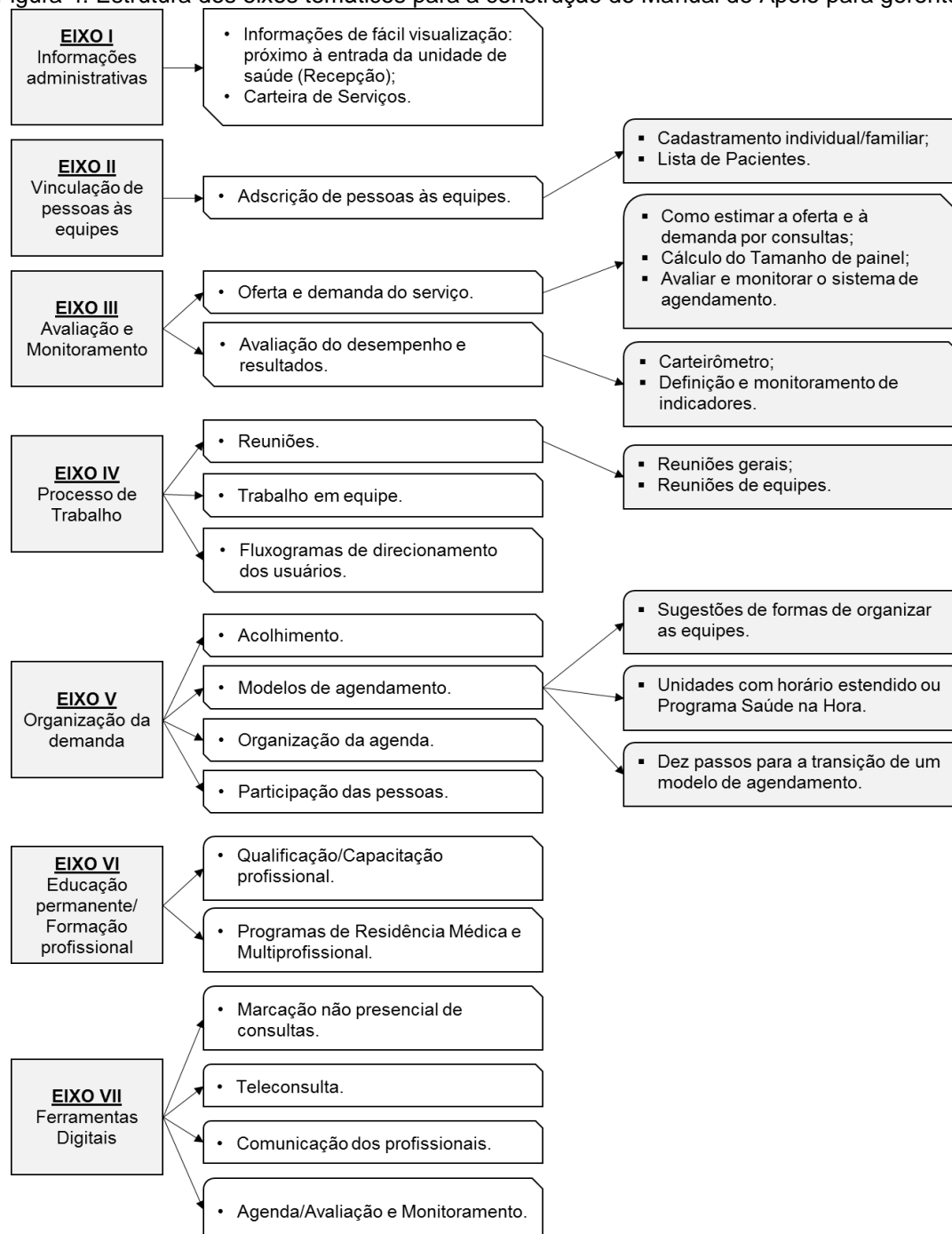


Fonte: Elaborado pelos autores.

O layout do manual de apoio foi feito com a ferramenta Microsoft® Word Office 2019, modelo relatório. Para a apresentação do conteúdo, utilizou-se linguagem técnica direcionada para gerentes de saúde.

As informações foram organizadas dentro de cada eixo, com base nos resultados da pesquisa documental e busca de novas evidências relacionadas aos respectivos temas que auxiliassem na construção do material, conforme Figura 4.

Figura 4: Estrutura dos eixos temáticos para a construção do Manual de Apoio para gerentes.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

O eixo I traz orientações administrativas com o intuito de informar para às pessoas como é a organização do local e dos serviço disponíveis;

O Eixo II versa sobre orientações relacionadas à vinculação das pessoas às equipes, através do cadastramento e lista de pacientes sob responsabilidade de cada equipe;

O Eixo III orienta sobre como conhecer a oferta e a demanda dos serviços, o tamanho de painel, além de como avaliar e monitorar as ações e processos de trabalho das equipes através da avaliação do desempenho e indicadores;

O Eixo IV traz questões de grande importância para a ampliação do acesso, pois envolve a organização das equipes para manejar o tempo, realizar reuniões gerais e de equipes, construção de fluxogramas de direcionamento das pessoas, além do fortalecimento da equipe multiprofissional com ampliação da clínica através de protocolos e conhecimento da Rede de Atenção à Saúde;

O eixo V auxiliará o gerente a organizar a demanda através da organização das escalas de trabalho, das agendas, além da flexibilização dos tempos de consultas conforme perfis de oferta e demanda na APS. Além de ajudar a identificar o modelo de agendamento vigente e contribuir para as mudanças necessárias para a ampliação do acesso através do acesso avançado;

O Eixo VI aborda sobre a importância da educação permanente e da participação do serviço na formação profissional através das residências médicas e multiprofissionais, e;

O Eixo VII orienta sobre como as ferramentas digitais contribuem para a ampliação do acesso, através de outras formas de agendamento e atendimentos não presenciais, além de fornecer outras formas de comunicação entre os profissionais.

Ao final, o manual de apoio para gerentes da atenção primária - acesso de primeiro contato, foi composto por 65 páginas.

5 RESULTADOS

5.1 Construção do Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde

5.1.1 Revisão integrativa

Caracterização dos estudos

Ao realizar a estratégia de busca nas bases de dados, conforme combinações elegidas, foram encontrados 1.056 artigos. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e excluir os duplicados identificaram-se 10 artigos para leitura na íntegra. Com a leitura dos artigos na íntegra, três foram excluídos pois um avaliava instrumentos que medem o desempenho da APS, um tratava da criação de um novo instrumento para avaliar HIV com base no PCAT e um descrevia o processo de validação do PCAT versão usuários, resultando em sete artigos para análise dos resultados (Tabela 1).

Tabela 1: Quantitativo (n) dos artigos encontrados (E) quando realizado a estratégia de busca, quantitativo de artigos selecionados (S) após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e total de artigos incluídos após leitura na íntegra. Porto Alegre- RS, 2020.

Base de dados	Estratégia		Estratégia		Somatório por base
	"Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research OR Health Services Evaluation"		Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research"		
	E	S	E	S	
BVS/BIREME	9	6	-	-	9
Web of Science	1007	1	-	-	1007
Embase	-	-	4	2	4
Scopus	7	4	-	-	7
Scielo	6	4	-	-	6
Medline/Pubmed	-	-	23	4	23
Artigos encontrados					1.056
Artigos selecionados					10
Total de artigos incluídos após leitura na íntegra					7

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Foram encontrados e selecionados artigos em todas as bases de dados pesquisadas, mas a maioria dos artigos incluídos, seis, estavam na base BVS/BIREME, seguidos da Medline/Pubmed, Scielo, Scopus e Embase com quatro estudos e apenas um encontrado na Web of Science.

Quanto ao ano de publicação, verificou-se que os estudos encontram-se entre os anos 2006 e 2019, sendo que o maior número de artigos publicados por ano foram dois artigos nos anos de 2013 e 2018. Com relação aos países de publicação, foram dois publicados na África do Sul, dois na Colômbia, dois na Espanha e um no Brasil (Quadro 2).

Quadro 2: Artigos selecionados para análise. Porto Alegre- RS, 2020.

Nome do artigo	Ano	Periódico	País de Origem	Base de Dados
1. Evaluation of Primary Care Accessibility and Longitudinality in Granada Using Primary Care Assessment Tools.	2018	J Healthc Qual Res.	Espanha	BVS/BIREME SCOPUS
2. Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia.	2018	Rev. cienc. Cuidad.	Colômbia	BVS/BIREME
3. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013).	2016	Afr J Prim Health Care Fam Med.	África do Sul	BVS/BIREME SCOPUS SCIELO MEDLINE/PUBMED EMBASE
4. Evaluation of primary care: The Primary Care Assessment Tools - Facilityversion for the Spanish health system.4. Evaluation of primary care: The Primary Care Assessment Tools - Facilityversion for the Spanish health system.	2013	Gac. sanit.	Espanha	BVS/BIREME SCIELO MEDLINE/PUBMED SCOPUS EMBASE
5. Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo.	2006	Ciênc. saúde coletiva.	Brasil	BVS/BIREME SCIELO
6. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study.	2013	BMC Health Serv Res.	Colômbia	MEDLINE/PUBMED WEB OF SCIENCE
7. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey.	2019	South African Family Practice.	África do Sul	SCOPUS

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A distribuição dos estudos conforme delineamento e nível de evidência mostrou que todos os estudos apresentaram metodologias semelhantes com nível de evidência 2c, caracterizado por estudos de prognósticos de pesquisas com resultados (“Outcomes” Research). Com relação ao tipo de estudo, cinco foram estudos transversais descritivos e dois foram validação cultural do PCAT com teste de aplicação detalhados em quadros sínteses. Também foi observado que quatro estudos utilizaram as versões de usuários, profissionais e gerentes com análise comparativa dos resultados (Quadros 3-9).

Análise do conteúdo dos artigos

Com relação à análise dos atributos da atenção primária na perspectiva dos gerentes, dos sete estudos analisados, apenas quatro estudos avaliaram todos os atributos da APS ^(20, 37-39), uma vez que em dois, foi descrito o processo de validação sem análise de escore geral por atributo ^(40, 41) e um estudo avaliou apenas a acessibilidade e a longitudinalidade ⁽⁴²⁾.

Os atributos da APS que apresentaram pontuação mais baixa foram acesso de primeiro contato- acessibilidade, totalizando dois estudos ^(20, 38). Outros atributos que apresentaram baixa pontuação em apenas um estudo encontrado foram longitudinalidade ⁽³⁷⁾, orientação familiar e competência cultural ⁽²⁰⁾. Os demais estudos avaliaram como bom desempenho os atributos derivados, exceto a competência cultural que não consta nos instrumentos aplicados de dois estudos ^(38, 39). Todavia, verificou-se que a orientação familiar e a orientação comunitária nas unidades com estratégia de saúde da família foram melhor avaliados quando comparados com equipes de APS tradicionais ⁽³⁸⁾.

Os atributos que apresentaram pontuação mais alta na opinião dos gerentes foram a integralidade, coordenação, orientação comunitária, equipe de APS ^(20, 37-39) e longitudinalidade ^(20, 38, 39, 42), sendo bem avaliados em quatro estudos, enquanto o acesso ^(37, 39, 42) e a competência cultural ⁽³⁷⁻³⁹⁾ em três estudos. Os componentes equipe de APS/formação profissional foram bem avaliados nos quatro estudos que incluíram os mesmos no processo de validação local, uma vez que estes itens e distribuição de recursos financeiros não constam na versão original do PCAT ^(20, 37-39).

Um estudo analisou como bom desempenho todos os atributos, porém quando comparado aos serviços públicos e privados, os atributos acessibilidade e orientação familiar não foram bem pontuados nos serviços públicos. Os atributos integralidade, orientação comunitária, distribuição de recursos financeiros, tiveram pontuação significativamente maior nos serviços públicos, embora a distribuição de recursos financeiros tenha apresentado desempenho crítico nas instituições públicas e privadas ⁽³⁹⁾.

A acessibilidade e longitudinalidade foram bem avaliadas num distrito sanitário da Espanha ⁽⁴²⁾. No entanto, a acessibilidade apresentou baixo escore nos serviços que não possuem atendimento durante à noite ou nos finais de semana quando comparados com os serviços que oferecem atendimento fora do horário comercial, sendo melhor avaliado também nas unidades que apresentam centros auxiliares para apoio e com menores listas de pacientes. No entanto, o tamanho da lista de pacientes e o atendimento fora do horário comercial por outros profissionais não garante melhor escore para a longitudinalidade.

Nos estudos que analisaram os atributos na perspectiva dos usuários, profissionais e gerentes, observou-se que os profissionais e gerentes têm opiniões semelhantes e normalmente diferem dos usuários na maioria dos atributos ^(20, 37-39). Os profissionais e gerentes têm opiniões mais otimistas e avaliam melhor os atributos do que os usuários, exceto a acessibilidade que recebe a pior opinião dos gerentes e profissionais de saúde, aproximando-se assim da percepção dos usuários. No entanto, nas unidades com horário de funcionamento maior (a noite ou final de semana), o atributo acesso de primeiro contato foi melhor avaliado pelos usuários.

Os estudos ^(40, 41) que realizaram a adaptação cultural ao sistema de saúde da versão do PCAT gerentes, mostrou que os mesmos consideraram o questionário com moderado grau de dificuldade, alto grau de compreensão e adequação do idioma ⁽⁴⁰⁾ apresentando adequada validade de conteúdo ^(40, 41). Também foram incluídos itens nos atributos essenciais e derivados conforme realidade local, bem como realizada adequações condizentes com os serviços prestados e equipes locais ⁽⁴⁰⁾. As principais diferenças entre o instrumento original e sua adaptação foram relativos aos aspectos de organização e estrutura das equipes de APS e suas populações ^(40, 41).

O estudo de validação na Espanha mostrou que todas as análises e testes reteste indicaram boa confiabilidade do questionário. No entanto, o coeficiente alfa de cronbach mostrou que a acessibilidade e a coordenação foram os atributos que apresentaram medida de confiabilidade do domínio menor do que o esperado (0,62 e 0,59-0,65, respectivamente). A acessibilidade também apresentou baixa consistência interna (0,62), porém apresentou maior pontuação (0,65) se fosse excluído o item de funcionamento durante os finais de semana. O acesso apresentou melhor correlação nas unidades que funcionam 24h por dia, favorecendo alguma evidência da validade de critério. Era esperado um alfa de cronbach entre 0,7 e 0,95 ⁽⁴¹⁾.

Mesmo nos locais onde foram apontados o acesso de primeiro contato como bem avaliado, os gerentes sinalizaram a necessidade do fortalecimento deste atributo para uma APS resolutiva e que dê resposta adequada às necessidades de saúde da população ⁽³⁹⁾. Ficou evidente também que o acesso era melhor avaliado nos serviços que funcionam 24 horas por dia ^(41, 42), reforçando a indispensabilidade de ampliação do horário de atendimento, fora do horário comercial, finais de semana e feriados com a garantia do acesso oportuno durante o horário de funcionamento ⁽³⁷⁾.

Sendo assim, os resultados apontam que o atributo acesso de primeiro contato é o que requer maior atenção e fortalecimento exigindo maior dedicação por parte dos gerentes.

Nos quadros abaixo são apresentadas as sínteses dos estudos:

Quadro3 : Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 1
Título: Evaluation of Primary Care Accessibility and Longitudinality in Granada Using Primary Care Assessment Tools
Autor (es): Ferre Curtido, Patricia; Minué Lorenzo, Sergio
Periódico/base: J Healthc Qual Res/BVS/BIREME/ SCOPUS
Ano: 2018
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o desempenho da acessibilidade e longitudinalidade na perspectiva dos gerentes, em Granada, com base no PCAT- versão gerentes. • Detectar diferenças de desempenho de acordo com a localização do serviço: Urbano, periurbano ou rural

<p>Tipo de Estudo/Detalhamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transversal descritivo, através de entrevista; - médias ≥ 3 indicam um bom nível de desempenho (ou força) e resultados abaixo de 3 correspondem a um desempenho (ou fraqueza) «improvável».
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram entrevistados todos os gerentes do universo do estudo (n=35). <p>1) Acessibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A média distrital indicou bom desempenho global; - Distrito rural foi melhor avaliado; - A maioria das equipes NÃO podem atender as pessoas durante à noite e finais de semana, pois as unidades estão fechadas; - 43% dos serviços que permanecem abertos 24h, apresentaram um bom nível de acessibilidade; - Acessibilidade foi melhor avaliada nas unidades com maior número centros auxiliares, principalmente com mais de 5 clínicas; - Equipes com lista de pacientes menores apresentam melhor acessibilidade; - Maioria dos gerentes relataram que é fácil marcar consultas para atendimentos não urgentes e por demanda do dia; <p>2) Longitudinalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 94% consideraram a longitudinalidade boa; - Detectado diferenças conforme a localização: sendo melhor avaliado no urbano que quando comparado com o rural. Melhor avaliado nos centros que possuem residência em medicina de família e comunidade; - A maioria dos gerentes relataram que os pacientes são sempre atendidos pelos mesmos profissionais.
<p>Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Acessibilidade é altamente influenciada nos centros que possuem atendimento de emergência, normalmente os rurais, que devido à localização oferecem esse serviço 24h, e todos os profissionais fazem atendimentos periódicos, sendo possível ser atendido por alguém da equipe. Diferente dos centros urbanos, onde poucos possuem essa disponibilidade de ser atendido por alguém da equipe; - A residência em medicina de família e comunidade pode melhorar a longitudinalidade, porém ainda necessita de mais evidências sobre isso; - O tamanho da lista de pacientes não influencia na longitudinalidade, porém é necessário mais estudos para confirmar esta hipótese; - Ter um ponto para atendimento das urgências com atendimento de alguém da equipe na comunidade, melhora a acessibilidade, para atendimento fora da sua jornada de trabalho.
<p>Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research</p>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 4: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 2
Título: Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia

<p>Autor (es): Giraldo Osorio, Alexandra; Vélez Álvarez, Consuelo; Pasarín, M Isabel; Ponzo, Jacqueline; Berra, Silvina.</p>
<p>Periódico/base: - Rev. cienc. cuidad/ BVS/BIREME</p>
<p>Ano: 2018</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obter versões dos questionários PCAT para a Colômbia para profissionais (CO-PCATPE), gerentes ou diretores (CO-PCAT-FE) da APS; com equivalência semântica, prática e cultural às versões originais e sua adaptação ao sistema de saúde colombiano, por meio de um processo colaborativo internacional. - Traduzir as versões longas dos questionários PCAT-PE e PCAT-FE. - Avaliar a adaptação ao sistema de saúde colombiano das versões CO-PCAT-PE e CO-PCAT-FE, monitorando sua validade de conteúdo. -Avaliar a compreensão e equivalência semântica do conteúdo das versões adaptadas por pessoas da população-alvo.
<p>Tipo de Estudo/Detailamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adaptação transcultural a partir das versões em espanhol já existentes na região, mantendo a versão original dos EUA e a versão brasileira como referência.O método visa encontrar equivalência da versão CO- PCAT com a versão original, adaptada ao contexto Colombiano, com maior semelhança às versões de referência. - Etapa 1: Avaliação da adequação das versões ibero-americanas na língua espanhola e adaptação ao contexto colombiano; - Etapa 2: Revisão internacional por pesquisadores da Colaboração Ibero-American PCAT (IA-PCAT); - Etapa 3: Testes preliminares dos questionários.
<p>Resultados:</p> <p>Etapa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisadores da Argentina, uruguai e espanha, analisaram os ajustes propostos pela Colômbia e foi elaborada a primeira versão da Colômbia. <p>Etapa 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram realizadas 7 entrevistas com os profissionais da APS e 4 com os gerentes ou diretores; - Algumas perguntas precisaram ser analisadas pelos especialistas e decidir se iriam ou não ser mantidas com relação a interpretação de algumas palavras ou perguntas; - Viabilidade do questionário: grau de dificuldade moderado, alto grau de compreensão, alta adequação do idioma. <ul style="list-style-type: none"> • Versão final dos questionários PCAT-PE e PCAT-FE - PCAT-PE, 182 itens distribuídos nas seções que compõem o questionário foram incluídos na versão colombiana, ex: informações administrativas, informações gerais, atributos essenciais e derivados da APS e outras características do serviço ou instituição de saúde; - PCAT-FE, foram incluídos na versão colombiana 197 itens distribuídos nas seções que compõem o questionário. Em particular, 144 itens foram incluídos nos atributos essenciais e derivados da APS.
<p>Conclusão:</p>

- A formação acadêmica e a experiência dos especialistas que participaram da estratégia da APS permitiram estabelecer com alto consenso as versões dos questionários PCAT-PE e PCAT-FE para o contexto colombiano.
- Foi realizada a tradução das versões longas dos questionários PCAT-PE e PCAT-FE; sua adequação ao sistema de saúde colombiano foi avaliada através da obtenção das versões dos questionários APS CO-PCAT-PE e CO-PCAT-FE, com equivalência semântica, prática e cultural aos originais, garantindo a validade do conteúdo por meio de um processo colaboração internacional de adaptação transcultural.
- Os questionários permitiram avaliar até que ponto a APS cumpre suas funções essenciais e derivadas na perspectiva de profissionais e gerentes ou diretores que implementam a estratégia, o que facilitará, a médio prazo, fazer comparações nacionais e internacionais.
- Adicionalmente, derivado deste trabalho, é confirmada a utilidade da proposta de adaptação cultural do PCAT nos países de língua espanhola feita pela colaboração IA-PCAT, com a modificação de algumas fases com relação à metodologia usual.

Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 5: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 3
Título: Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013)
Autor (es): Bresick, Graham F; Sayed, Abdul-Rauf; Le Grange, Cynthia; Bhagwan, Susheela; Manga, Nayna; Hellenberg, Derek.
Periódico/base: -Afr J Prim Health Care Fam Med, BVS/BIREME, SCOPUS, SCIELO, MEDLINE/PUBMED, EMBASE
Ano: 2016
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar o perfil demográfico dos usuários da atenção básica em distritos urbanos e rurais; - Medir o desempenho atributos da atenção primária e uma pontuação total da atenção primária em distritos de saúde selecionados em Western Cape; -Descrever experiências de atendimento do usuário por variáveis demográficas; -Descrever e comparar avaliações de usuários, profissionais e gestores de cuidados primários (pontuações); - Comparar atributos e pontuação total da atenção primária entre distritos; -Relatar as principais descobertas para a APS, usuário, profissional e gerente.
Tipo de Estudo/Detalhamento metodológico: <ul style="list-style-type: none"> - Estudo Transversal, multinível com usuários, profissionais e gerentes da APS em seis dos oito sub-distritos urbanos e / ou peri-urbanos e quatro dos cinco sub-

distritos rurais da Cidade do Cabo e distrito de Cape Winelands (CWD), respectivamente.

- Aplicado as versões usuários, profissionais e gerentes do PCAT. Os dados foram analisados separadamente.

Uma pontuação ≥ 3 é considerada "aceitável para um bom desempenho" e <3 como "baixo desempenho"

Resultados:

1) Usuários:

- Pontuação inferiores a 3, ou seja, baixo desempenho: acesso de primeiro contato, integralidade- serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária.

- Pontuação ≥ 3 , apresentando bom desempenho: coordenação, longitudinalidade, integralidade- serviços disponíveis, competência cultural, equipe de APS.

- Proporção usuários que avaliaram como "bom desempenho" (≥ 3):

-Acesso primeiro contato- acessibilidade (11,5%);

-Orientação comunitária (20,8%);

- Integralidade- serviços prestados (39,9%);

-Os demais atributos tiveram proporção maior que 50% com avaliação "bom desempenho".

2) Profissionais:

- Proporção de Profissionais que avaliaram "bom desempenho" (≥ 3):

- Acesso: pontuação mais baixa (33,3%);

- Integralidade-serviços disponíveis: pontuação mais alta (100%);

- Equipe de APS: pontuação alta (98%);

- Longitudinalidade, (62%) e competência cultural (69%);

- Coordenação do cuidado (75%), coordenação-sistemas de informação (80%), Integralidade- serviços prestados (72%), Orientação familiar (77%), orientação comunitários (81%);

3) Gerentes:

- Proporção de gerentes que avaliaram "bom desempenho" (≥ 3):

- Pontuação mais baixa: Acesso (13,5%), Orientação familiar (45,6%), competência cultural (50%);

- Pontuações mais altas: Coordenação (78,1%), longitudinalidade (53,1%), coordenação-sistemas de informação (79,7%), integralidade- serviços disponíveis (90,6%) e serviços prestados (65,3%), orientação comunitária (67,2), Equipe de APS (85,9%).

Conclusão:

- Em geral os profissionais avaliaram melhor a maioria dos atributos, quando comparada com os gerentes e usuários;

- A pontuação dos gerentes são mais próximas das pontuações dos usuários;

- Acesso foi o atributo pior avaliado por todos: usuários, profissionais e gerentes;

- Longitudinalidade: gerentes e profissionais avaliam que serviço não está estruturado para o relacionamento ao longo do tempo;

-Orientação comunitária: os profissionais e gerentes avaliam que pode estar relacionado à comunicação ineficiente ou falta de entendimento dos usuários;

- Competência cultural: gerentes pontuaram como baixo desempenho, pode significar que desejam mais atenção com relação à isso. Podem perceber problemas entre os profissionais e os usuários, pois podem estar mais conscientes da deficiência do serviço;

- Identificados elementos que precisam ser melhorados na experiência dos usuários;
- Os resultados sugerem a necessidade de diminuir ou explicar as lacunas nas diferentes avaliações de usuários, gerentes e profissionais;
- Os gerentes não ficaram surpresos com as respostas dos usuários;
- Os resultados forneceram informações com relação ao desempenho e organização da APS que auxiliam na implementação de políticas.

Nível de evidência: 2c- Prognosis, "Outcomes" Research

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 6: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 4
Título: Evaluation of primary care: The Primary Care Assessment Tools - Facilityversion" for the Spanish health system.
Autor (es): Pasarín, M. Isabel; González, Angelina; García-Altés, Anna; Berra, Silvina; Segura, Andreu; Tebé, Cristian; Vallverdú, Inma; Starfield, Barbara.
Periódico/base: -Gac. sanit.,BVS/BIREME, SCIELO, MEDLINE/PUBMED, SCOPUS, EMBASE
Ano: 2013
Objetivos: -Obter e avaliar um instrumento para avaliar os atributos da atenção primária (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) úteis ao sistema de saúde espanhol. -Os objetivos específicos foram adaptar o PCAT à cultura e ao sistema de saúde da Espanha e analisar sua viabilidade, confiabilidade e validade.
Tipo de Estudo/Detailamento metodológico: - Estudo de validação cultural da versão do PCAT-gerentes; - Tradução, tradução reversa, pré-teste; - Viabilidade e entendimento da versão pré-piloto: entrevistas semi-estruturadas com gerentes da APS do sistema público; -Estudo das propriedades métricas do questionário: dois momentos (versão piloto e versão final); -Versão final enviada para 194 gerentes da APS em Barcelona.
Resultados: - Adição de itens aplicáveis apenas ao sistema de saúde espanhol (Ex: referências final de semana separada "sábado e domingo", Integralidade- excluídos alguns serviços que não são realizados na APS da Espanha, Outros itens adicionados devido a importância no contexto espanhol; - Integralidade: baixa variabilidade; <ul style="list-style-type: none"> • Correlação item total:

- 84% dos itens apresentaram correlação de Pearson $\geq 0,20$ e 81% $\geq 0,30$, enquanto mais de 95% apresentaram correlações de cada item com sua escala mais alta do que com outras atributos;

- O coeficiente alfa de Cronbach:
 - > 0,70 para os escores da maioria dos atributos;

-Acessibilidade < 0,7 (0,62);

- Coordenação (0,59 e 0,65 no subdomínio dos sistemas de informação de coordenação);

- Consistência interna :
 - Acessibilidade (0,62) aumentou para 0,65 se o item referente ao funcionamento em todos os sábados) fosse excluído;
 - Nenhum dos domínios apresentou efeito mínimo, mas na integralidade (serviços prestados), 18,8% das equipes apresentaram o valor máximo;
- Confiabilidade teste-reteste:
 - Não mostrou diferenças significativas para nenhum atributo (pontuações gerais ICC-Coefficiente de correlação intraclasse- 0,75;
 - O escore mais alto foi para Coordenação (adequação dos sistemas de informação) com ICC > 0,70;
 - Escore mais baixo foi para Coordenação do cuidado (0,45) e Orientação familiar (0,51);
- Validade do construto: 16 itens apresentaram baixa variabilidade
 - Atributo Acesso: 5 itens;
 - Longitudinalidade: 1 item;
 - Coordenação: 1 item;
 - Integralidade-serviços disponíveis : 10 itens;
- Validade Discriminante: Moderada ou alta correlação (coeficiente > 0,30);
 - Acesso (C4)
 - Longitudinalidade (D4)
 - Coordenação (E12)
 - Coordenação: sistemas de informação (F6)
 - Integralidade: serviços disponíveis (G19, G23)
 - Orientação comunitária (J1n, J13)

-Correlação atributo acesso numa equipe que funciona 24 horas foi 0,65, favorecendo alguma evidência de validade de critério.

Conclusão:

- Avaliação da APS deve envolver instrumentos com múltiplas perspectivas;
- Método utilizado para a versão em espanhol garante equivalência com o original;
- Todas as análises e teste reteste indicaram boa confiabilidade do questionário;
- O PCAT-gerentes mostrou validade convergente aceitável (81% dos itens apresentaram correlação item-total, com coeficientes de correlação de Pearson $\geq 0,30$);
- Boa validade discriminante (em 95% dos casos, a correlação de cada item com sua escala foi superior a com outros domínios);
- Boa consistência interna na maioria dos domínios (coeficiente alfa de Cronbach > 0,70);
- A confiabilidade teste reteste foi pior (ICC < 0,70), o que pode ser devido à dificuldade de escolher um lapso de tempo adequado entre as duas medidas;

- As principais diferenças entre o instrumento original e sua adaptação em espanhol estão nas seções relativas aos aspectos de organização e estrutura das equipes de APS e suas populações;
- A baixa variabilidade em alguns itens pode ser explicada pela homogeneidade das equipes de APS, uma vez que muitos aspectos do fornecimento e do funcionamento da APS são determinados pelo sistema e não pela equipe (por exemplo, itens relacionados aos serviços cobertos);
- A principal fraqueza do instrumento obtido diz respeito à validade de critério. Por ser um instrumento novo, não há outras boas medidas para obter evidências sobre esse recurso. Mesmo assim, o resultado da aproximação utilizada, que consiste em correlacionar a pontuação de acessibilidade ao fato de o centro está aberto 24 horas, sugere confiança na medida;
- Os resultados para a validade de conteúdo do questionário são considerados adequados;
- Integralidade - serviços disponíveis: avaliação alta;
- Longitudinalidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural obtiveram os melhores resultados de alfa de Cronbach (0,82, 0,94, 0,90 e 0,80, respectivamente)
- No sistema de saúde espanhol, esses atributos da APS são menos determinados pelo sistema e dependem mais da dinâmica e organização de cada equipe;
- Coordenação tem uma pontuação alfa de Cronbach abaixo de 0,60;

Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 7: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 5
Título: Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo.
Autor (es): Elias, Paulo Eduardo; Ferreira, Clara Whitaker; Alves, Maria Cecília Góis; Cohn, Amélia; Kishima, Vanessa; Escrivão Junior, Alvaro; Gomes, Adriana; Bousquat, Aylene.
Periódico/base: Ciênc. saúde coletiva, bvs/BIREME, SCIELO
Ano: 2006
Objetivos: - Comparar as modalidades PSF e UBS tradicional por estrato de exclusão social, considerando as dimensões da atenção básica propostas por Starfield e identificar as convergências e divergências de opinião de usuários, profissionais de saúde e gestores por unidade de saúde.
Tipo de Estudo/Detailamento metodológico: - PCAT- versão validada no Brasil por Almeida e Macinko; - PCAT 8 blocos e 100 perguntas com respostas que variam de 0 a 5; - A média aritmética de cada bloco, apura o Índice daquela dimensão;

- A média do índice da dimensão corresponde ao Índice de Atenção Básica (IAB) da unidade.

- 1ª fase:

- Opinião de gerentes, médicos e enfermeiros (343 unidades da rede municipal);
- Enviados 3 questionários para cada unidade de saúde: médico, enfermeiro (escolhidos por sorteio) e gerente;
- Calculado os indicadores por dimensão e o IAB para cada questionário, resultando em 3 escores de profissionais;
- A média aritmética dos escores do médico e do enfermeiro constituiu o indicador de avaliação do profissional técnico da unidade;
- O IAB de cada unidade foi calculado procedendo-se à média aritmética dos indicadores de avaliação do gerente e dos profissionais. Obteve-se, assim, a distribuição dos IABs das unidades de saúde.

- 2ª fase:

- Questionário aplicado com usuários das unidades selecionadas;
- Para a seleção das unidades de saúde dos modelos de assistência a serem comparados (PSF e UBS tradicional) foram considerados três agrupamentos de estratos de exclusão social;
- Para cada estrato resultante, foram selecionadas duas unidades de saúde: a com melhor escore dentre as do PSF e a com melhor escore dentre as UBS tradicionais, resultando na escolha de 6 unidades de saúde;
- Sorteada uma amostra dos usuários que passaram por consulta médica nos 10 dias úteis de duração da pesquisa;
- Realizado entrevistas simultâneas (1.117 usuários).

Resultados:

- IAB das unidades com PSF são mais altos do que as UBS tradicionais em todos os estratos avaliados (diferenças estatísticas significantes).

1) Avaliação Usuários:

- - Acessibilidade:

- Avaliação regular em todas as unidades (índice 2,5)- significa que as situações que definem uma boa acessibilidade ocorrem "algumas vezes", ou no máximo "muitas vezes";

- Unidade com PSF estrato 1/2 obteve valor mais alto;

- UBS estratos 3/4 foram mais alto;

- Vínculo:

- Bem avaliados em todas as unidades (escores acima de 4)- significando que o estabelecimento do vínculo ocorre "quase sempre";

- Diferença significativa entre a unidade PSF e a UBS somente no estrato de maior exclusão.

- Enfoque familiar e Orientação comunitária:

- Na avaliação dos usuários, o enfoque familiar e a orientação comunitária ocorrem "quase nunca" nessas unidades;

- Unidades com PFS: escores 2,5 (estratos 1/2 e 3/4) e 3 (estratos 5/8);

- UBS: escore 2

- Serviços oferecidos: todos os escores foram superiores a 4;

- Coordenação dos cuidados: obtiveram escores mais altos as unidades PSF dos estratos 3/4 e 5/8;

- **Formação profissional**, verificam-se diferenças estatisticamente significantes entre as unidades de saúde em todos os estratos: nos estratos 1/2 e 5/8 a favor do PSF; no estrato 3/4 a favor da UBS;

2) Avaliações dos profissionais e gerentes:

-Opiniões semelhantes entre ambos e sempre melhores que a dos usuários.

- Exceto:

- Acessibilidade: a que recebe a pior opinião dos gestores e profissionais de saúde, com isso aproximando-se da percepção dos usuários;
- Porta de Entrada: alto escore;
- Vínculo, serviços, coordenação : Médio/bom escore;
- Formação profissional: alto escore;
- Enfoque familiar e Orientação comunitária nas Unidades PSF: alto escore.

Conclusão:

- A opinião dos usuários é comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos de exclusão, sendo os índices alcançados inversamente proporcionais aos das situações de exclusão, isto é, quanto maior a exclusão, menor o índice de aprovação ao PSF;

- O PSF também foi considerado a melhor alternativa de porta de entrada nos estratos de menor exclusão, enquanto nos de maior exclusão o indicado como o mais favorável foi o modelo tradicional representado pela UBS;

- A acessibilidade é percebida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão nos três estratos de exclusão e nas duas modalidades de assistência básica avaliadas;

- Para ambas as modalidades, as dimensões de porta de entrada, vínculo, serviços, coordenação e profissionais de saúde foram as mais bem avaliadas, apresentando situação próxima a 4 pontos em escala de 5 possíveis;

- Já as dimensões acessibilidade, enfoque familiar e orientação comunitária são percebidas pelos usuários como sendo as piores, ainda que nas duas últimas o PSF destaque-se com índices ligeiramente superiores;

- No geral, a comparação entre as opiniões dos usuários, gestores e profissionais revela uma situação de concordância em relação ao conjunto das dimensões abordadas. Entretanto, os gestores e os profissionais tendem a anotar índices mais elevados;

- A comparação entre os modelos PSF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social mostrou que para os usuários (IAB), no geral, o PSF é superior à UBS, enquanto para os profissionais e gestores (IAB) não se revelaram diferenças relevantes entre estas duas modalidades nos três estratos de exclusão social.

Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 8: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 6

Título: Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study

Autor (es): Paola A Mosquera, Jinneth Hernández, Román Vega, Jorge Martínez, Miguel San Sebastián

Periódico/base: -BMC Health Serv Res, MEDLINE/PUBMED, WEB OF SCIENCE

Ano: 2013

Objetivos:

- Avaliar o desempenho dos atributos da APS implementada em seis localidades geograficamente distribuídas pela cidade de Bogotá;
- Comparar o desempenho dos atributos da APS entre unidades de saúde públicas e privadas;
- Identificar possíveis associações entre o índice de desempenho global da APS e o autopercepção do estado de saúde dos usuários.

Tipo de Estudo/Detalhamento metodológico:

- Estudo transversal que compara a percepção de desempenho dos atributos da APS na perspectiva dos participantes nos serviços públicos de saúde onde o programa de Saúde Domiciliar foi implementado e dos participantes nos estabelecimentos privados de saúde sem a implementação do programa;
- PCAT versão Almeida e Macinko- usuários, profissionais e gerentes (Acesso de primeiro contato, acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária, treinamento profissional, incluído distribuição de recursos financeiros-gerentes).

Resultados:

- Índice de desempenho global foi classificado como bom (>70) para todos os grupos
- Exceto profissionais que o índice de desempenho global foi significativamente melhor no serviço privado do que no público;
- Resultados dos gerentes e profissionais da saúde geralmente foram melhores do que dos usuários;
- Três grupos avaliaram melhor a orientação comunitária nos serviços públicos e acessibilidade no privado;
- Gerentes e usuários (exceto profissionais) os atributos foram melhor avaliados no serviço público com o programa de saúde domiciliar (privado não oferece este programa).

1) Usuários:

- Orientação familiar- desempenho crítico (públicos e privados);
- Orientação comunitária: unidades privadas- crítica; unidade públicas desempenho intermediário
- Acessibilidade: desempenho intermediária (público e privado)
- Acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação e treinamento profissional: desempenho bom (públicos e privado)
- Acesso e orientação comunitária relativamente melhores no setor público do que no privado

2) Profissionais:

- Todos os atributos como bom desempenho;
- Integralidade e orientação comunitária: desempenho intermediária (privados);
- Capacitação profissional:desempenho intermediária (públicos);

-Acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e treinamento profissional mais elevados para serviços privados do que para os públicos.

3) Gerentes:

- Todos os atributos como bom desempenho
- Orientação comunitária: desempenho intermediário (privadas)
- Distribuição de recursos financeiros: desempenho crítica (públicos, privado)
- Integralidade, orientação comunitária, distribuição de recursos financeiros, significativamente melhor avaliados nos serviços públicos
- Acessibilidade, orientação familiar, melhor avaliados nos serviços privados

Conclusão:

- Programa Saúde em Casa pode ajudar a melhorar o desempenho dos atributos da APS em primeiro nível nas unidades públicas. Ainda é necessário melhorar a visibilidade na comunidade e alcançar seus objetivos;
- Visão de todos os participantes:necessidade de fortalecer a orientação comunitária, orientação familiar, distribuição de recursos financeiros e acesso para uma APS resolutive e resposta adequada às necessidades de saúde da população;
- Transformação do sistema de saúde fragmentado e segmentado;
- Superação da lógica financeira do sistema de saúde colombiano e foco na perspectiva de saúde territorial e necessidades de saúde da população;
- Implementação de políticas sociais e de saúde com enfoque nos determinantes sociais
- Necessidade de recursos humanos treinados e motivados;
- Necessidade de uma fonte estável de recursos financeiros.

Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 9: Síntese de estudo. Porto Alegre, 2020.

Estudo 7
Título: Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey
Autor (es): <u>Bresick, G., von Pressentin, K.B., Mash, R.</u>
Periódico/base: South African Family Practice, SCOPUS
Ano: 2019
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Usar os dados existentes* para relatar o desempenho da atenção primária na África do Sul *dados coletados para um estudo observacional analítico transversal que comparou o desempenho de instalações com e sem médicos de família em sete das nove províncias da África do Sul.
Tipo de Estudo/Detailamento metodológico:

- Estudo transversal descritivo realizado nos serviços públicos de saúde que atendem 86% da população;
- Este artigo combina os dados do PCAT de 30 centros de saúde para descrever o desempenho da APS;
- Dois centros de saúde com médicos de família foram selecionados aleatoriamente em cada província e combinados com dois centros de saúde sem médicos de família;
- ZA PCAT, adaptado e validado para uso na África do Sul, consiste em 10 dimensões:
 1. Acesso de primeiro contato/ acesso de primeiro contato- utilização (usuários), 2. Longitudinalidade, 3. Coordenação (sistemas) 4.Coordenação (informações), 5. Integralidade (disponível), 6. Integralidade (fornecido), 7. Orientação familiar 8. Orientação comunitária, 9. Competência cultural e 10. Equipe de APS;
- Todos os três instrumentos (questionários) que compõem o ZA PCAT foram utilizados: um para pacientes (ZA PCAT AS), um para profissionais de cuidados primários (ZA PCAT PE) e um para gerentes de unidade (ZA PCAT FE);
- Pontuação ≤ 3 . Uma pontuação média > 3 indicou concordância de que o desempenho era de alta qualidade.

Resultados:

1) Usuários (n = 419):

- Pontuação ≤ 3 (baixo desempenho): Acesso, longitudinalidade, orientação comunitária;
- Pontuação > 3 (bom desempenho): Coordenação, integralidade, orientação familiar, competência cultural e Equipe de APS;
- 61% avaliaram escore geral da APS como satisfatório;
- Menos de 50% estavam satisfeitos com o acesso, orientação comunitária e longitudinalidade.

2) Profissionais (n = 136):

- Pontuação > 3 (bom desempenho): todos os atributos.

3) Gerentes (n = 55):

- Pontuação ≤ 3 (baixo desempenho): Longitudinalidade.
- Demais atributos avaliados como bom desempenho.
- a) profissionais e gerentes diferiram da avaliação dos usuários em pelo menos 5 atributos
- b) Os profissionais e usuários tiveram diferenças significativas na avaliação de acesso e orientação comunitária.
- Unidade com horário de funcionamento maior o atributo acesso de primeiro contato foi melhor avaliado pelos usuários.

Conclusão:

- Usuários insatisfeitos com acessibilidade, que pode ser explicado pela baixa disponibilidade de serviços que funcionem fora do horário de expediente.
- Discrepância de informações dos gerentes e profissionais com os usuários, pois a avaliação dos dois primeiros são mais otimistas.
- Na África do Sul os pacientes não são vinculados a uma equipe específica, podem utilizar qualquer serviço, mas já estão organizando para que essa vinculação ocorra. Isso pode fortalecer a longitudinalidade

- Usuários avaliaram pior a Integralidade, quando comparado aos profissionais e gerentes. Pode significar falta de conhecimento dos serviços disponíveis por parte dos usuários.
- Melhorar o acesso aos cuidados primários fora do horário comercial, nos finais de semana e nos feriados.
- Melhorar a acomodação do acesso oportuno aos cuidados durante o horário normal de trabalho.
- Concentrar-se na organização de serviços que promove a continuidade informacional e relacional do atendimento, e não apenas a abrangência do atendimento.
- Melhorar a conscientização dos membros da comunidade sobre a gama de serviços disponíveis.
- Melhorar a implementação dos Cuidados Primários Orientados para a Comunidade(COPC) e o entendimento dos trabalhadores e gerentes de saúde sobre o que isso implica.
- Incentivar o diálogo entre usuários, profissionais e gerentes para diminuir as diferenças entre as respectivas avaliações do desempenho da APS e promover a colaboração.
- Os aspectos mais fortes da atenção primária foram integralidade, coordenação, competência cultural e a disponibilidade da equipe da APS.

Nível de evidência: 2c- Prognosis, “Outcomes” Research

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

5.2 Pesquisa Documental

5.2.1 Descrição dos documentos encontrados

Foram selecionados 14 documentos para análise de conteúdo (13, 17, 43-54), destes, seis estavam no site do Ministério da Saúde, cinco na plataforma da OPAS/OMS, dois no repositório da UFSC e um no repositório da UFRGS. Não foram localizados documentos relacionados ao tema nas plataformas do CDC, da UFSCPA e da UFMG.

Os tipos de documentos incluídos foram três portarias, dois artigos, dois Cadernos de Atenção Básica (CAB), e dois documentos no formato de série técnica, sendo uma na modalidade de experiência e outra na de pesquisa avaliativa. Também foram incluídos uma tese de doutorado, uma dissertação de mestrado e um Trabalho de conclusão de Curso (TCC) de especialização, além de um documento no formato de relatório e livro, respectivamente. Com relação ao ano de publicação, a maioria foram publicados em 2018 (cinco), dois nos anos de 2019 e 2020 e um documento nos anos de 2011, 2012, 2013, 2015 e 2017, respectivamente.

Os resultados foram classificados em estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS para a qualificação do acesso. Foram identificadas 25 estratégias, 7 ferramentas e 13 ações, citadas nos documentos selecionados, descritas no quadro 10.

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020.

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
1. Ampliação do horário de atendimento, inclusive manter aberto no horário de almoço	Documentos: 1, 3, 7, 8 e 12	1.MS/Portaria 3.MS/Portaria 7.OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8.OPAS/OMS BRASIL/ Artigo 12.UFSC/Tese	2017 2018 2020
2. Equilíbrio da demanda programada e espontânea/ retornos	Documentos: 1, 4, 5, 11, 12 e 13	1.MS/Portaria 4.MS/Livro 5.MS/CAB 11.OPAS/OMS BRASIL/Pesquisa avaliativa 12.UFSC/Tese 13.UFSC/Tese	2012 2013 2015 2017 2018
3. Pagamento por capitação ponderada e desempenho	Documento 2	MS/Portaria	2019
4. Programa Saúde na Hora	Documentos: 2, 3	MS/Portaria	2019 2020

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
5. Envolver usuários nos processos através da participação e fornecimento de informações	Documento 6	MS/ CAB	2011
6. Acesso avançado	Documentos: 7, 8, 9,12 e 14	7.OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo 9. OPAS/OMS BRASIL/Experiência 12. UFSC/Tese 14. UFRGS/TCC especialização	2018 2019 2020
7. Acesso/marcação de consulta não presencial	Documentos: 7 e 8	7.OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo	2018 2020

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
8. Criação do "Carteirômetro"	Documento 11	OPAS/OMS BRASIL/ Pesquisa avaliativa	2013
9. Mecanismos/modelos de agendamento	Documento 12 Documento 13	12. UFSC/Tese 13. UFSC/Dissertação	2018
10. Adequar tamanho de painel	Documento 12	UFSC/Tese	2018
11. Estimar oferta e demanda por consultas	Documento 12	UFSC/Tese	2018
12. Avaliar e monitorar o sistema de agendamento	Documento 12	UFSC/Tese	2018

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
13. Compartilhar atendimento com outras categorias profissionais	Documento 12	UFSC/Tese	2018
14. Manejo/eficácia do tempo	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
15. Qualificação/capacitação Profissional	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
16. Inclusão de programas de residência	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
17. Evitar reuniões muito longas	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
18. Agendamento à população de maior vulnerabilidade (idosos e portadores de necessidades especiais)	Documento 14	UFRGS/TCC especialização	2018

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
19. Atendimento para renovação de receitas	Documento 14	UFRGS/TCC especialização	2018
20. Fluxo de direcionamento do usuário dentro do serviço	Documentos: 5, 6	5. MS/CAB 6. MS/CAB	2011 2012
21. Definição de indicadores que auxiliam na avaliação do processo de trabalho	Documento 6	MS/CAB	2011
22. Conhecimento da Rede de Atenção à Saúde	Documentos: 6 e 13	6. MS/CAB 13. UFSC/Dissertação	2011 2018
23. Carteira de serviços com garantia de recursos	Documentos: 8, 11 e 13	8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo 11. OPAS/OMS BRASIL/ Pesquisa avaliativa 13. UFSC/Dissertação	2013 2018 2020
24. Aproximação das salas dos profissionais da mesma equipe	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

DESCRIÇÃO	DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO/TIPO DO DOCUMENTO	ANO PUBLICAÇÃO
ESTRATÉGIAS			
25. Ampliação da capacidade clínica de todas as categorias profissionais da APS (Ex: Fortalecimento clínico do enfermeiro)	Documentos: 6, 7, 8, 12, 13 e 14	6. MS/CAB 7. OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo 12. UFSC/Tese 13. UFSC/Dissertação 14. UFRGS/TCC especialização	2011 2018 2020
FERRAMENTAS			
1. Formas de agendamento: -Telefone -Presencial na US a qualquer hora -E-mail	Documentos: 4 e 13	4. MS/Livro 13. UFSC/Dissertação	2015 2018

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

FERRAMENTAS			
2. Ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas: -Marcação não presencial de consultas -Teleconsulta -E-mail -Aplicativos -Whatsapp -Telefone	Documentos: 7, 8 e 13	7. OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo 13. UFSC/Dissertação	2018 2020
3. Utilização de protocolos multiprofissionais, Protocolos clínicos de enfermagem, PACK	Documentos: 7, 12 e 13	7.OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 12 UFSC/Tese 13. UFSC/Dissertação	2018
4. Acesso a ferramentas digitais. BMJ/Dinamed	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
5. Ações de Telemedicina	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
6. Ferramentas digitais entre os profissionais: bate-papo entre computadores, como Google Talk, Hangout, LAN, ICQ	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

FERRAMENTAS			
7. Usar planilhas para agenda (na ausência de agenda eletrônica) e também para fazer vigilância dos casos.	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
AÇÕES			
1.Oferta de ações e serviços/ lista de espera/horário de funcionamento devem estar disponível aos usuários de forma clara, concisa de fácil visualização	Documentos: 1, 7 e 8	1.MS/Portaria 7. OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/ Artigo	2017 2018 2020
2. Oferta de todas as ações e procedimentos essenciais	Documentos: 1 e 3	MS/Portaria	2017

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

AÇÕES			
<p>3. Afixar em local visível, próximo à entrada da UBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificação e horário de atendimento -Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe. -Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; -Relação de serviços disponíveis. -Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe. 	Documento 1	MS/Portaria	2017
4. Acolhimento de forma universal, e não apenas para grupos populacionais	Documentos: 1, 6, 10 e 13	<p>1. MS/Portaria</p> <p>6. MS/CAB</p> <p>10. OPAS/OMS BRASIL/Artigo</p> <p>13. UFSC/Dissertação</p>	<p>2011</p> <p>2017</p> <p>2018</p>
5. Avaliação de risco e vulnerabilidades	Documentos: 1, 4, 5 e 6	<p>1. MS/Portaria</p> <p>4. MS/Livro</p> <p>5. MS/CAB</p> <p>6. MS/CAB</p>	<p>2011</p> <p>2012</p> <p>2015</p> <p>2017</p>
6. Organização/gestão da agenda	Documento 4, 6 e 13	<p>4. MS/Livro</p> <p>6. MS/CAB</p> <p>13. UFSC/Dissertação</p>	<p>2011</p> <p>2015</p> <p>2018</p>

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Continua)

AÇÕES			
7. Marcação de consultas sem restrições	Documento 4	MS/Livro	2015
8. Redução do tempo de espera	Documentos: 4, 6 e 12	4. MS/Livro 6. MS/CAB 12. UFSC/Tese	2011 2015 2018
9. Trabalho em equipe: organização e avaliação do processo de trabalho	Documentos: 5 Documento 13	5. MS/CAB 13. UFSC/Dissertação	2012 2018
10. Inclusão da equipe de saúde bucal no acolhimento	Documento 6	MS/CAB	2011
11. Participação de todos nas reuniões de equipe	Documento 6	MS/CAB	2011

Quadro 10: Descrição das estratégias, ferramentas e ações que podem ser utilizadas pelos gerentes de unidades da APS, para qualificação do atributo acesso. Porto Alegre, 2020. (Conclusão)

AÇÕES			
12. Adscrição de pessoas às equipes: Lista de pacientes	Documentos: 7 e 8	7. OPAS/OMS BRASIL/ Relatório 8. OPAS/OMS BRASIL/	2018
13. Trabalho em equipe: equipes irmãs/“team climate”, ou seja, o clima da equipe.	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020

5.2.2 Análise de conteúdo dos documentos encontrados

As estratégias mais citadas para o fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato, foram encontradas em seis documentos, e são o equilíbrio entre a demanda programada e espontânea/retornos (13, 45, 46, 51-53) e ampliação da capacidade clínica de todos os profissionais da equipe (47-49, 52-54). Seguidos do acesso avançado (48-50, 52, 54) e ampliação do horário de atendimento (13, 44, 48, 49, 52) citadas em cinco documentos.

Entre as ferramentas para qualificar o acesso, foram encontradas, os dispositivos digitais para comunicação não presencial (48, 49, 53) e a utilização de protocolos clínicos foram referidos em três documentos (48, 52, 53).

As ações para melhorar o atributo acesso, mais mencionadas nos documentos foram acolhimento de forma universal (13, 17, 47, 53) e avaliação de risco e vulnerabilidades (13, 45-47), discutidos em quatro documentos. Seguido da disponibilidade de forma visível e clara das ações e serviços oferecidos (13, 48, 49), organização/gestão da agenda (45, 47, 53) e redução do tempo de espera (45, 47, 52) em três documentos.

Dessa forma, os resultados foram organizados em eixos com base nas estratégias, ferramentas e ações através da abordagem capacidade e desempenho (Quadro 11).

Quadro 11: Eixos norteadores para ampliação do acesso na APS pelos gerentes/coordenadores de unidades. Porto Alegre, 2020.

ABORDAGEM CAPACIDADE E DESEMPENHO		Estrutura	Processo
Eixo I Informações administrativas	1. Oferta de ações e serviços/ lista de espera/horário de funcionamento devem estar disponível aos usuários de forma clara, concisa de fácil visualização	X	
	2. Oferta de todas as ações e procedimentos essenciais	X	
	3. Afixar em local visível, próximo à entrada da UBS: -Identificação e horário de atendimento. -Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe. -Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;	X	

Quadro 11: Eixos norteadores para ampliação do acesso na APS pelos gerentes/coordenadores de unidades. Porto Alegre, 2020. (Continua)

ABORDAGEM CAPACIDADE E DESEMPENHO		Estrutura	Processo
Eixo I Informações administrativas	3. -Relação de serviços disponíveis -Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe	X	
	4. Carteira de serviços com garantia de recursos	X	
Eixo II Vinculação de pessoas às equipes	1. Adscrição de pessoas às equipes: Lista de pacientes	X	
	2. Pagamento por capitação ponderada	X	
EIXO III Avaliação e Monitoramento	1. Criação do "Carteirômetro"		X
	3. Adequar tamanho de painel	X	
	4. Estimar oferta e demanda por consultas	X	
	5. Definição de indicadores que auxiliam na avaliação do processo de trabalho		X
	6. Pagamento por desempenho		X
	7. Avaliar e monitorar o sistema de agendamento		X
EIXO IV Processo de Trabalho	1. Evitar reuniões muito longas	X	
	2. Fluxo de direcionamento do usuário dentro do serviço	X	
	3. Aproximação das salas dos profissionais da mesma equipe	X	
	4. Trabalho em equipe: organização e avaliação do processo de trabalho	X	
	5. Trabalho em equipe: equipes irmãs/"team climate", ou seja, o clima da equipe.	X	
	6. Compartilhar atendimento com outras categorias profissionais	X	
	7. Manejo/eficácia do tempo	X	
	8. Conhecimento da Rede de Atenção à Saúde	X	
	9. Ampliação da capacidade clínica de todas as categorias profissionais da APS (Ex: Fortalecimento clínico do enfermeiro)		X
	10. Inclusão da equipe de saúde bucal no acolhimento	X	

Quadro 11: Eixos norteadores para ampliação do acesso na APS pelos gerentes/coordenadores de unidades. Porto Alegre, 2020. (Conclusão)

ABORDAGEM CAPACIDADE E DESEMPENHO		Estrutura	Processo
EIXO IV Processo de Trabalho	11. Utilização de protocolos multiprofissionais, protocolos clínicos de enfermagem, PACK.		X
	12. Participação de todos nas reuniões de equipe	X	
EIXO V Organização da demanda	1. Organização/gestão da agenda	X	
	2. Marcação de consultas sem restrições	X	
	2. Mecanismos/modelos de agendamento	X	X
	3. Redução do tempo de espera	X	
	4. Ampliação do horário de atendimento, inclusive manter aberto no horário de almoço	X	
	5. Equilíbrio da demanda programada e espontânea/ retornos	X	X
	6. Programa Saúde na Hora	X	
	7. Envolver usuários nos processos através da participação e fornecimento de informações	X	
	8. Acesso avançado	X	
	11. Agendamento à população de maior vulnerabilidade (idosos e portadores de necessidades especiais)	X	
	12. Atendimento para renovação de receitas	X	X
	EIXO VI Educação permanente/ Formação profissional	1. Qualificação/capacitação Profissional	
2. Inclusão de programas de residência			X
EIXO VII Ferramentas Digitais	1. Ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas: - Marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos, whatsapp e telefone	X	
	2. Acesso a ferramentas digitais. BMJ/Dinamed		X
	3. Ações de Telemedicina	X	X
	4. Ferramentas digitais entre os profissionais: bate-papo entre computadores: Google Talk, Hangout, LAN, ICQ	X	
	5. Usar planilhas para agenda (na ausência de agenda eletrônica) e vigilância dos casos.	X	X

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Também foram localizados nos documentos analisados, os principais desafios para a ampliação do acesso na APS, sendo que a utilização de ferramentas digitais, telemedicina, e utilização de protocolos estão entre os principais obstáculos e ao mesmo tempo entre as principais estratégias e ferramentas encontradas na maioria dos documentos (Quadro 12).

Quadro 12: Principais desafios para ampliação do acesso na APS, citados nos documentos encontrados. Porto Alegre, 2020.

PRINCIPAIS DESAFIOS			
Desarmonia entre Equipes dentro da mesma unidade para atendimento da demanda espontânea de usuários de outra equipe ao longo de todo o horário de funcionamento	Documento 11	OPAS/OMS BRASIL/ Pesquisa avaliativa	2013
Desafio de abandonar o tradicional perfil programático das equipes e unidades de APS	Documento 11	OPAS/OMS BRASIL/ Pesquisa avaliativa	2013
Facilitar o acesso por telefone dos usuários aos médicos, dentro e fora do horário de trabalho.	Documento 11	OPAS/OMS BRASIL/ Pesquisa avaliativa	2013
Equipe com acesso ampliado fazer a escuta de pacientes de outras equipes, normalmente tendo conflitos quanto à disposição de atender mais pacientes pela equipe responsável:	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
A rotatividade dos profissionais também foi colocada como fator que dificulta ampliar o acesso.	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
Equipes com faltas recorrentes e longas de médicos e enfermeiros são relatadas como possibilidade forte de retrocesso nos avanços realizados.	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
dimensionamento muito extrateto. foram os que apresentaram processos mais restritos de ampliação de acesso	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
O espaço físico apareceu como limitador	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018
Os profissionais colocaram como dificuldade não haver diretivas mais claras por partes da gestão, expressando como o município entende que deve ser o acesso na APS	Documento 13	UFSC/Dissertação	2018

Quadro 12: Principais desafios para ampliação do acesso na APS, citados nos documentos encontrados. Porto Alegre, 2020. (Conclusão.)

PRINCIPAIS DESAFIOS			
Constituir lista de pacientes.	Documento 14	UFRGS/TCC especialização	2018
Utilizar recursos de telemedicina.	Documento 14	UFRGS/TCC especialização	2018
Desenvolver protocolos assistenciais para um atendimento multidisciplinar efetivo.	Documento 14	UFRGS/TCC especialização	2018

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A síntese dos documentos analisados estão descritas nos quadros abaixo:

Quadro 13: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 1
Título: Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)
Autor (es): Ministério da Saúde
Tipo de documento: Portaria
Instituição: Ministério da Saúde
Ano: 2017
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de ações e serviços deve estar disponível aos usuários de forma clara, concisa de fácil visualização. • Todas as equipes que atuam na APS deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do padrão essencial, e recomenda-se que realizem ações e serviços do padrão ampliado, conforme necessidade de saúde da população. • Recomenda-se que deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação e horário de atendimento. ○ Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe. ○ Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; ○ Relação de serviços disponíveis. ○ Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe. • A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. • Recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros. • Horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

- Permitir diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc).
- Acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas.
- Acolhimento: a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida.
- Contemplar a agenda programada e a demanda espontânea.
- Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.
- Acolhimento com Classificação de Risco.
- Desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:
 - Consulta ou procedimento imediato.
 - Consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia.
 - Agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território.
 - Procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames.
 - Encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável.
 - Orientação sobre territorialização e fluxos da RAS.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 14: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 2
<p>Título: Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 <i>Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.</i></p>
<p>Autor (es): Ministério da Saúde</p>
<p>Tipo de documento: Portaria</p>
<p>Instituição: Ministério da Saúde</p>
<p>Ano: 2019</p>
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Capitação ponderada: considerada a população cadastrada, a vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e a classificação geográfica definida pelo IBGE.

- Pagamento por desempenho: o cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES
- Incentivo para ações estratégicas: Ex: Programa Saúde na Hora

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 15: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 3
<p>Título: Portaria nº 397, de 16 de março de 2020 <i>Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.</i></p>
<p>Autor (es): Ministério da Saúde</p>
<p>Tipo de documento: Portaria</p>
<p>Instituição: Ministério da Saúde</p>
<p>Ano: 2020</p>
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o horário de funcionamento das USF e UBS, possibilitando maior acesso dos usuários aos serviços. • Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família. • Ampliar o acesso às ações e serviços considerados essenciais na Atenção Primária à Saúde (APS). • Ampliar o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nas USF e UBS. • Reduzir o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. • Ampliação do horário de funcionamento das unidades de APS entre 60 e 75h conforme formato de adesão. • Critérios (entre outros): cumprir os requisitos de horário de funcionamento, quantidade de equipes de Saúde e carga horária previstos no art. 519-D ou art. 519-E. • Possuir Gerente de Atenção Primária, com nível superior, que não seja integrante das equipes vinculadas à USF em que exerce a função de Gerente, cumprindo carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas e executando as atribuições estabelecidas na PNAB.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 16: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 4
Título: Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012 N° 1- Acesso aos serviços, ações de saúde e participação do usuário. Vol 1.
Autor (es): Ministério da Saúde
Tipo de documento: Livro
Instituição: Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Ano: 2015
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera importante o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde • Equipe deve discutir sobre a montagem das agendas conforme as necessidades da população • Marcar consultas sem restrição de dias e horários, com o objetivo de ampliar o acesso • Planejamento e gestão das agendas: demanda programada e espontânea e retorno. • Acolhimento, vinculação e responsabilização para efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial • Tempo de espera para falar ou ser atendido pelo profissional da unidade de saúde. • Escuta pelo profissional de saúde. • Recepção dos profissionais do serviço. • Orientações recebidas. • Primeiro atendimento às urgências. • Apresenta as principais formas de agendamento com base nos resultados do PMAQ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Telefone ○ Presencial na US a qualquer hora ○ Presencial na US, com ficha ○ Presencial na US, com ficha, e fila prévia para pegar ficha ○ ACS marca consulta <p>Acolhimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acolhimento (consegue ser escutado) sem hora marcada- todas as categorias profissionais 2. Atendimentos considerados urgentes, sem agendamento.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 17: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 5
Título: Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica. CAB, nº 28. Vol 2.
Autor (es): Ministério da Saúde

Tipo de documento: Cadernos da Atenção Básica (CAB)
Instituição: Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Ano: 2012
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento à demanda espontânea, especialmente urgências e emergências. • Avaliação de risco e vulnerabilidades. • Acesso com equidade. • Recepção (atendente, porteiro ou segurança) identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento. • Espaço reservado para escuta qualificada. • Identificar outras necessidades, não agudas, quando o usuário procura o serviço. Ex: acompanhamento de condições crônicas e prevenção da saúde. • Trabalho em equipe. • Organização e avaliação do processo de trabalho, definir papel de cada profissional. • Definição de fluxogramas para direcionar o usuário dentro do serviço.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 18: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 6
Título: Acolhimento à demanda espontânea
Autor (es): Ministério da Saúde
Tipo de documento: Cadernos de Atenção Básica (CAB)
Instituição: Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção Primária à Saúde.
Ano: 2011
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso • O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado • O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe • Fluxos dos usuários na UBS • Acolhimento pela equipe de referência do usuário: <ul style="list-style-type: none"> ○ O enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; ○ Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando

o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições;

- Em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda.
- Equipe de acolhimento do dia:
 - Profissionais voltados exclusivo no dia, para acolhimento. outros profissionais voltados apenas para agendas e demandas programadas.
 - Vantagem: é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade,
 - Desvantagens: são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia):
 - Estipula quantidade de horário ou usuário que cada profissional irá atender os usuários das suas equipes. Unidades com mais de uma equipe: pode reservar um profissional sem agenda/dia para atender o que as equipes não conseguirem.
 - Intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas
- Acolhimento coletivo:
 - Toda a equipe realiza o acolhimento no primeiro horário de funcionamento da unidade. Deixa as agendas para outro horário e uma equipe reservada para as demandas ao longo do dia.
 - O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada
- Avaliação de risco e vulnerabilidade: estratificação de risco
 - Situação não aguda: orientação específica sobre as ofertas na unidade, adiantamento de ações previstas em protocolo e agendamento/programação intervenção.
 - Situação aguda: atendimento imediato, atendimento prioritário, atendimento no dia.
- Gestão das agendas de atendimento individual:
 - Agenda programada para grupos específicos.
 - Agenda de atendimentos agudos.

- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programática.
- Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica.
- O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).
- Definição de indicadores que auxiliarão no processo de avaliação e educação permanente relacionado às agendas:
 - Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
 - Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);
 - Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;
 - Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;
 - Proporção de faltosos às consultas programáticas;
 - Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada
- Adequação do acolhimento às diferentes realidades e modalidades de atenção básica
- Ampliação da capacidade clínica da equipe, não apenas para estratificação de risco e não focado apenas no médico.
- Inclusão da equipe de saúde bucal nas atividades de acolhimento juntamente com os demais membros da equipe
- Envolver todos os trabalhadores no acolhimento e nas reuniões de equipe (porteiros, seguranças, higiene)
- Conhecimento da rede de atenção à saúde local, para os encaminhamentos que se façam necessários.
- Apoio dos gestores às equipes de saúde
- Diálogo com os usuários, envolvendo nas informações/decisões sobre os processos de trabalho.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 19: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 7

Título: Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?
 Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde

Autor (es): Renato Tasca, Adriano Massuda, Wellington Mendes Carvalho, Claudia Buchweitz, Erno Harzheim.
Tipo de documento: Relatório
Instituição: OPAS/OMS BRASIL
Ano: 2018
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos). ○ Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes. ○ Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível. ○ Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação • Itens a incluir como prioridade alta > 70% das resposta (atributo acesso): <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pacientes (teleconsulta, e-mail, whatsapp, apps, etc.) e marcação não presencial de consultas. ○ Ampliar formas de acesso, com acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, entre outros.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 2: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 8
<p>Título: Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil</p>
<p>Autor (es): Renato Tasca, Adriano Massuda, Wellington Mendes Carvalho, Claudia Buchweitz, Erno Harzheim.</p>
<p>Tipo de documento: Artigo</p>
<p>Instituição: OPAS/OMS BRASIL</p>
<p>Ano: 2020</p>

Principais achados:

- Recomendações para ampliação do acesso à APS:
 - Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
 - Recomenda-se estabelecer mecanismos de acesso avançado (agendar consultas no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde), acesso não presencial e ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, além da criação de meios de comunicação não presencial entre equipe e pessoas (on-line, e-mail e telefone).
 - Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos, entre outros – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
 - Aprimoramento da performance clínica das equipes de saúde para se tornar mais resolutiva. Necessidade de fortalecer competências clínico-assistenciais de todas as categorias profissionais que atuam na APS, enfatizando o uso de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.
 - Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 3: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 9
Título: APS forte para o SUS: acesso universal Formas de reorganização dos processos de trabalho para a ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde
Autor (es): Talita Rewa
Tipo de documento: Experiência/Série técnica
Instituição: OPAS/OMS BRASIL
Ano: 2019
Principais achados: <ul style="list-style-type: none"> • Experiência comparou acesso avançado ao Modelo de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – MACC-DCNT • Acesso avançado, que busca pelo atendimento às necessidades do usuário no mesmo dia ou em até 48 horas, visando ampliar o acesso dos usuários ofertando 70% das vagas de consulta para os atendimentos da

demanda espontânea dos usuários e 30% para os de grupos prioritários já atendidos.

- Significativo aumento de acesso quando comparado com o MACC.
- Desafios: Usuário “hiperutilizador” que pode ser um dos limitadores para a ampliação do atendimento de pessoas distintas. Garantia do cuidado continuado de pacientes com condições crônicas, necessitando de adaptação da equipe para o desenvolvimento de ferramentas que auxiliem no monitoramento destes pacientes.
- Modelo de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – MACC-DCNT
 - Priorizou em um primeiro momento a organização da agenda e oferta de serviços para usuários crônicos, apresenta crescentes percentuais de ampliação do acesso. Organização de acordo com o perfil do território, assegurando o cuidado da pessoa com condição crônica.
 - Vagas disponíveis no dia passaram para outros usuários.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 4: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 10
Título: Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata
Autor (es): Luceime Olivia Nunes, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Adriano Dias, Thais Fernanda Tortorelli Zarili, Patrícia Rodrigues Sanine, Carolina Siqueira Mendonça, José Fernando Casquel Monti, Josiane Fernandes Lozigia Carrapato, Nádia Placideli e Maria Ines Battistella Nemes
Tipo de documento: Artigo
Instituição: OPAS/OMS BRASIL
Ano: 2018
Principais achados: <ul style="list-style-type: none"> ● Organização do fluxo assistencial: <ul style="list-style-type: none"> ○ Agendamento com hora marcada para todos os pacientes no início do turno (38,2% das unidades) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reproduzindo uma prática tradicional que amplia o tempo de espera de cada usuário e prevê uma elevada proporção de faltas para encaixe da demanda espontânea, que tende a ser priorizada ○ Agendamento para grupo de pacientes por hora (19,7% dos serviços) ○ Atendimento por demanda espontânea (5,7% dos serviços) ○ O acesso ao atendimento pela demanda espontânea deve ser garantido sem substituir, nem colocar em segundo plano, o seguimento periódico dos que vivem, por exemplo, com condições

crônicas, ou estão em determinadas fases do ciclo de vida, como crianças e idosos.

- Coloca o questionamento de como conseguir que o atendimento livre não seja uma demanda, e sim um atendimento integral para que o foco não seja somente na queixa, mas que fortaleça a longitudinalidade e não comprometa a integralidade.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 5: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 11
Título: Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família
Autor (es): <u>Erno Harzheim</u> , <u>Karine Margarites Lima</u> , <u>Lisiane Hauser</u> , <u>Organização Pan-Americana da Saúde</u> .
Tipo de documento: Pesquisa avaliativa/ Série técnica
Instituição: OPAS/OMS BRASIL
Ano: 2013
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades com equipes exclusiva de ESF nas Clínicas de Família: <ul style="list-style-type: none"> ○ Equilíbrio entre atendimentos de demanda espontânea e programada- evitar acesso às emergências. ○ Desarmonia entre Equipes dentro da mesma unidade para atendimento da demanda espontânea de usuários de outra equipe ao longo de todo o horário de funcionamento. ○ Busca pelo equilíbrio entre consultas agendadas ou espontâneas poderia se dirigir a taxas semelhantes ao Reino Unido (2/3 programadas e 1/3 demanda espontânea)- caso a incorporação do trabalho clínico-assistencial das enfermeiras, sob orientação de protocolos claros e com base em evidências científicas, fosse mais intenso, principalmente frente às condições crônicas. • Oferta de ações: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desafio de abandonar o tradicional perfil programático das equipes e unidades de APS a fim de alcançar um estágio de evolução rumo a uma APS de qualidade em que o cidadão encontre a grande maioria das soluções para suas necessidades em saúde nas Clínicas da Família. ○ Introdução da “Carteira de Serviços”. ○ Incorporação tecnológica (coleta de laboratório, ecografias, raio X, etc.) • Processo de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> ○ 54,4% das consultas representavam atendimentos programados ○ Criação do “Carteirômetro” - sistema de monitoramento da “Carteira de Serviços” da APS.

- **Desafios:**
 - Facilitar o acesso por telefone dos usuários aos médicos, dentro e fora do horário de trabalho.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 6: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 12
Título: Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da atenção primária à saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC
Autor (es): Tiago Barra Vidal
Tipo de documento: Tese
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Ano: 2018
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizando a demanda na APS à saúde: <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfis de oferta na APS (MENDES): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção aos eventos agudos. ▪ Atenção às condições crônicas não agudizadas, as enfermidades e as pessoas hiperutilizadoras. ▪ Atenção às demandas administrativas. ▪ Atenção preventiva. ▪ Atenção domiciliar. ▪ Atenção para o cuidado apoiado. ○ Sugere-se a classificação dos seis perfis de ofertas em duas categorias principais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção por demanda espontânea (não programada). ▪ Atenção por demanda programada. ○ A maior parte do tempo dos profissionais médicos e enfermeiros da APS deve ser dedicada ao atendimento clínico dos usuários. • Adequando a demanda à capacidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Melhorando mecanismos de agendamento. ○ Adequando o tamanho do painel (panel size). ○ Ampliando o horário de funcionamento dos serviços. ○ Fortalecendo o trabalho multiprofissional. • Estimando a oferta e a demanda por consultas clínicas avaliando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intensidade de uso ○ Intensidade de uso repetido ou taxa de consultas ○ Extensão de uso ○ Pressão assistencial ○ Rotação • Avaliação e monitoramento da capacidade do sistema de agendamento avaliando:

- Capacidade: número de vagas por dia disponíveis na agenda de cada médico multiplicado pelo número de médicos no serviço de saúde.
- Capacidade de agenda aberta futura: número de vagas disponíveis para agendamento dividido pelo número de consultas agendadas nas próximas quatro semanas.
- Definindo limites adequados para o tamanho do painel centrado no cuidado médico:
 - Painel = pressão assistencial x dias trabalhados pelo médico por ano /intensidade de uso repetido.
- Estimando um tamanho de painel adequado compartilhando tarefas de cuidados crônicos e preventivos com outros profissionais da saúde:
 - Médico compartilha atividades com a equipe multiprofissional para atendimento a crônicos estabilizados e atividades preventivas, para avaliar pessoas com problemas agudos e crônicos agudizados.
 - Cálculo do tamanho de painel para equipes multiprofissionais de saúde: (Muldoon et al., 2012)
 - Método 1: atribuindo o número de usuários de forma igualitária entre todas as categorias profissionais de APS.

Nº de pessoas atendidas no serviço de saúde/ Nº de profissionais de APS do serviço de saúde

- Método 2: atribuindo usuários por categoria profissional específica (responsabilidade técnica profissional).

Nº de pessoas atendidas pelos médicos de família/ Nº de médicos de família do serviço de saúde

+

Nº de pessoas atendidas pelos enfermeiros generalistas, médicos assistentes e obstetrites/ Nº de enfermeiras generalistas, médicos assistentes e obstetrites do serviço de APS

- Alstchuller e colaboradores (2012): quanto maior o tempo compartilhado com outras categorias profissionais, maior o tamanho de painel
 - Modelo 1: 77% dos cuidados de prevenção e 47% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.
 - Modelo 2: 60% dos cuidados de prevenção e 30% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe.
 - Modelo 3: 50% dos cuidados de prevenção e 25% do tempo dos cuidados a usuários crônicos são compartilhados com outros profissionais da equipe
- Os autores propõe: Método para cálculo do Tamanho de Painel (TP) para uma equipe mínima de Saúde da Família:
 - **Painel = (pressão assistencial do médico x dias trabalhados pelo médico por ano) + (pressão assistencial do enfermeiro x dias trabalhados pelo enfermeiro por ano)/Intensidade de uso repetido**
- A enfermagem na APS e o compartilhamento de cuidado:

- Fundamentadas em protocolos clínicos, no atendimento da demanda espontânea de doenças de menor gravidade na APS.
 - No Brasil, a Portaria GM/MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007 (BRASIL, 2007), que dispõe sobre as atribuições dos profissionais na ESF, afirma a competência do enfermeiro em realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, observando-se as disposições legais da profissão e em consonância com protocolos e normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal.
 - Reduzindo o tempo de espera e a demora:
 - Este tipo de barreira pode limitar o impacto de políticas de expansão do acesso, fundamentadas no incremento da acessibilidade ao cuidado
 - No dia a dia da prática clínica o acúmulo de trabalho é traduzido em atendimentos agendados para o futuro:
 - Acúmulos positivos (good backlogs) resultantes dos usuários que não querem consultar hoje e daqueles agendados pela equipe como retorno programado.
 - Acúmulos negativos (bad backlogs) resultantes do trabalho que a equipe não conseguiu finalizar hoje, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho.
- Exemplo: em uma hora de trabalho médico, pode-se agendar uma consulta de duração programada de 20 minutos, deixando os 40 minutos desta hora para:
- a) Três consultas de demanda espontânea de 10 minutos;
 - b) Mais duas consultas imediatas, focadas em um problema urgente, de cinco minutos cada.
- Modelos de agendamento:
 - Modelos em que a abordagem profissional diferencia consultas de urgência clínica e consultas de rotina ou seguimento:
 - Tradicional: todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas, o que já deixa a agenda cheia. Os casos de demanda espontânea são inseridos na agenda, em forma de agendamento duplo (double-booking). O slogan deste sistema é “fazer o último trabalho do mês, hoje”.
 - Carve-out: Sistema de agendamento com reserva de vagas para consultas de urgência. Recomenda-se que se reserve aproximadamente um terço das vagas diárias para cuidados agudos em saúde. Neste sistema, as consultas pré-agendadas são realizadas pelo MFC de referência do usuário, enquanto as consultas agendadas para o mesmo dia podem ser realizadas por outros médicos, de acordo com a disponibilidade na agenda destes profissionais. Desta forma, as condições agudas são compartilhadas de forma flexível entre a equipe médica de um mesmo serviço. O slogan deste sistema é “faça parte do trabalho de hoje”.

- Modelos em que não se diferenciam consultas de urgência clínica de consultas de rotina ou seguimento, de forma que a abordagem profissional é direcionada à necessidade apresentada pelo usuário:
 - Agendamento-dia: Neste sistema, todas as consultas disponíveis são oferecidas para aquele dia. Os usuários não podem marcar consulta com antecedência. Há um pico de marcação de consulta no período da manhã. Se o usuário solicita agendamento e não há mais vagas naquele dia, é orientado a tentar no dia seguinte.
 - Acesso aberto: Não existem consultas agendadas. Os usuários chegam e aguardam até serem atendidos, podendo esperar por horas. Algumas adaptações são propostas para gerenciar situações inconvenientes e negativas, tais como: um sistema de ordenamento que ofereça aos usuários uma estimativa do horário de atendimento.
 - Acesso avançado: O acesso avançado tem como princípio eliminar a distinção na qualidade assistencial entre consultas de urgência e de seguimento. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. O slogan é: "façam todo o trabalho de hoje, hoje".
- ARTIGO: MODELOS DE AGENDAMENTO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL MULTINIVEL
 - Avaliou-se a relação entre a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), na percepção do usuário, e o modelo de agendamento utilizado nos Centro de Saúde de APS em Florianópolis.
 - Resultados: O centro de saúde que utilizava acesso avançado apresentou EG = 7,04, enquanto os que utilizavam carve-out semanal tiveram EG = 6,26, carve-out quinzenal EG = 5,87, e tradicional EG = 6,29.
 - Conclusão: O modelo de agendamento acesso avançado teve um efeito positivo na qualidade da APS na experiência dos usuários

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 7: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 13
Título: Desafios à ampliação do acesso na Atenção Primária À Saúde
Autor (es): Mayra Gonçalves Aragón
Tipo de documento: Dissertação
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Ano: 2018
Principais achados:

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

- Estratégias utilizadas para ampliação do acesso:
 - Carteira de serviços.
 - Ampliado o acesso dos usuários ao cuidado clínico com sua equipe de referência com a utilização das 2 horas iniciais de cada turno focado no atendimento da demanda espontânea, e depois desse horário a agenda era utilizado para outras atividades, como consultas agendadas, reuniões de equipe e visitas domiciliares.
 - Reserva de 50% da agenda para demanda espontânea.
 - Qualificação profissional.
 - Acesso a ferramentas digitais de medicina baseada em evidência como o British Medical Journal (BMJ) e Dinamed.
 - Ações em telemedicina, como a Teledermatologia instalada na rede em 2015.
 - Ampliação de aproximadamente 70% dos atendimentos oferecidos para consultas no mesmo dia, no regime de demanda espontânea. Para os demais casos, de consultas eletivas, o tempo de agendamento oscilava entre uma semana e 15 dias.
 - Ampliação de horário de acesso à SF das 7h às 19h sem fechamento para horário de almoço.
 - Uso do telefone e e-mail para agendamento de consultas e com os agentes comunitários de saúde fazendo o acolhimento direto à população, sem que os pacientes tivessem que passar pela recepção.
 - Capacitação de equipes de APS através do desenvolvimento de protocolos clínicos e diretrizes baseadas em evidência. O material desenvolvido é denominado Practical Approach to Care Kit (PACK) (BMJ, 2018)-guia para médicos e enfermeiros de APS que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica.
 - Realizadas medidas de aumento de contato de APS e a Rede de Atenção Especializada. Existe no momento apoio matricial regulado com diversas especialidades, com uso do e-mail das equipes para discussão de caso com especialistas dentro da própria rede.
 - Protocolos clínicos de enfermagem.
- Visão dos médicos e enfermeiros que viveram processos exitosos:
 - Priorizar a demanda espontânea e a consulta no dia, não só queixas agudas, mas também exacerbação de queixas crônicas, mostrar resultados de exames e queixas crônicas para investigação.
 - Médicos e enfermeiros não apresentavam agenda com vagas fechadas para pacientes considerados programáticos. Hipertensos, diabéticos e outros quadros crônicos eram incentivados a virem nessas consultas para o mesmo dia ou de acolhimento.
 - Exceções de vagas para consultas agendadas, que em pequena quantidade se restringem geralmente às crianças menores de dois anos e gestantes, sendo que também poderiam ser atendidos na demanda espontânea.
 - A maioria das agendas dos entrevistados ficava sem pacientes agendados por mais de uma semana ou 15 dias, com exceção de gestantes e crianças.

- Alguns CS mantinham consultas para agendar na recepção, e a maioria colocou que todos os pacientes passavam por uma escuta com alguém da equipe, e após escuta havia a tentativa que fossem atendidos no dia, de acordo com ordem de chegada, mas com priorização em alguns casos devido à necessidade clínica ou vulnerabilidade social. Se não fosse possível atendimento no dia, era orientado vir no outro período e dependendo do caso agendando dentro da semana.
- Quando em reunião e visita domiciliar incentivava-se aos usuários virem no momento que a equipe estaria mais disponível, mas garantindo a escuta por algum profissional da equipe ou de uma equipe amiga/irmã.
- Escuta de primeiro contato: ACS, TE e administrativos na recepção.
- Todos trabalhavam com pelo menos 50% ou mais da agenda em demanda espontânea, poucos agendados.
- Trabalhavam com área definida e vinculação dos casos, mas também com compartilhamentos dos casos com membros dentro da equipe – não havendo casos “exclusivos para enfermeiro” ou “casos exclusivos para médico”.
- Evitarem longos períodos sem atendimento à demanda espontânea, por vezes ocorrendo mudanças de horários de visitas domiciliares e de reuniões de equipe com redução dos mesmos (quando tomavam um turno inteiro de trabalho) para viabilizar no mesmo turno atendimento da demanda.
- Diferentes maneiras de organizar a agenda (ferramentas): quando não informatizado, lista de papel ou planilha no Google Drive.
- Todos estavam usando pelo menos uma ferramenta não presencial para contato com usuários, como telefone, WhatsApp e/ou e-mail, além de estarem utilizando ferramentas digitais entre os profissionais da equipe para comunicação, principalmente bate-papo entre computadores, como Google Talk, Hangout, LAN, ICQ.
- Fatores que facilitam e dificultam o processo:
 - Estudo de demanda e de marcadores para ver a necessidade do volume de consultas para gestantes, por exemplo.
 - Reorganização de agendas e escuta mais qualificada das demandas.
 - Aproximação de salas do médico e enfermeiro da mesma equipe, com sinalização de cores das equipes, sinalizando para funcionários e usuários a importância de vinculação do usuário com sua equipe adstrita.
 - Houve casos de redimensionamento da população vinculada e criação de novas equipes.
 - Reavaliando os processos de trabalho, principalmente durante reuniões de equipe e por vezes em reunião de planejamento de todo o CS.
 - Caso de fracasso foi a equipe com acesso mais ampliado fazer a escuta de pacientes de outras equipes, normalmente tendo conflitos quanto à disposição de atender mais pacientes pela equipe

responsável: logo se viu a necessidade de cada equipe ficar responsável por sua escuta/acesso.

- Necessidade de trabalhar tempo de consulta de médicos e enfermeiros, para haver possibilidade de maior quantidade de consultas e consultas mais focadas.
- Parceria médico e enfermeiro facilita o acesso.
- Papel dos profissionais:
 - Importância do caráter clínico do enfermeiro, dividindo a demanda de maneira mais intensa com o médico, e não ficar restrito a saúde da mulher, com realização de pré-natal e coleta de preventivos.
 - Verificou-se que a colaboração entre médicos e enfermeiros foi um fator que facilitou a ampliação de acesso nas equipes da ESF.
 - Apoio de outra equipe para as saídas de profissionais e necessidades de equipes irmãs, e alianças no processo de mudança com “team climate”, ou seja, o clima da equipe.
 - Profissionais residentes, fizeram parte do discurso no processo de ampliação do acesso.
- Questões organizacionais:
 - Adequar a melhor maneira de agendamento para aquela população.
 - Mantiveram acompanhamento e fizeram levantamento de dados para quantificar a possibilidade de oferta de acesso.
 - Vinculação da população com sua equipe específica.
 - Acompanhamento das questões crônicas e investigação clínica serem realizadas com a equipe de referência. Nos momentos em que falta RH e também quando outras equipes estão sobrecarregadas, as equipes se auxiliam a demanda dos colegas, principalmente, em queixas pontuais ou casos como renovar receitas.
 - Importância do manejo do tempo.
 - Rever a importância e eficácia de tempo alocada em atividades não assistenciais, como reuniões de matriciamento do NASF e atividades em grupos.
 - Rever os tempos de consultas: tornar as consultas mais focadas, usar consultas mais longas para casos mais específicos.
 - Evitar reuniões muito longas e pouco eficientes.
 - Recursos tecnológicos:
 - Telefone, e-mail e WhatsApp.
 - Usar planilhas para agenda e também para fazer vigilância dos casos.
- O papel da gestão na ampliação do acesso:
 - O coordenador local apresentou-se como uma grande importância no processo de ampliação do acesso.
 - Equipes completas e quadro adequado de provimento de RH para poder oferecer acesso ampliado e oportuno à população vinculada.
 - A rotatividade dos profissionais também foi colocada como fator que dificulta ampliar o acesso.

- Equipes com faltas recorrentes e longas de médicos e enfermeiros são relatadas como possibilidade forte de retrocesso nos avanços realizados.
- Dimensionamento populacional das equipes: dimensionamento muito extrateto. foram os que apresentaram processos mais restritos de ampliação de acesso.
- O espaço físico apareceu como limitador.
- Qualificação da gestão clínica na APS, com medidas de protocolos clínicos, matriciamento com especialidades e teleconsultoria.
- Aumentar o horário de funcionamento.
- Os profissionais colocaram como dificuldade não haver diretivas mais claras por partes da gestão, expressando como o município entende que deve ser o acesso na APS.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 8: Síntese do documento. Porto Alegre, 2020.

Documento 14
Título: A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Autor (es): Nayana Vigil da Silva Pereira
Tipo de documento: TCC Especialista
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Ano: 2018
<p>Principais achados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Avaliar a implantação do Acesso Avançado (AA) no Serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (APS/HCPA) no período de janeiro de 2015 a abril de 2018. • Resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento percentual das consultas marcadas e realizadas em até 72h e dos agendamentos realizados por telefone, evidenciando a implementação da proposta de AA no Serviço do HCPA. ○ Observa-se um aumento gradual e consistente, principalmente ao longo dos últimos três quadrimestres, na direção de uma maior disponibilidade de consultas em até 72h. ○ Houve diferença estatisticamente significativa ao longo do período, no sentido de ampliar o acesso de agendamento à população de maior vulnerabilidade (idosos e portadores de necessidades especiais). ○ Atendimento para renovação de receitas facilita o acesso do paciente e evita novas consultas médicas. ○ Esse novo formato tem possibilitado um maior número de consultas agendadas em um período de até 72 horas, por telefone, e

reduzindo o absenteísmo, o que leva a uma otimização dos recursos disponíveis.

- Existe uma necessidade premente de aumentar o atendimentos multidisciplinar, não só nos programas de saúde materno-infantil, coleta de Papanicolaou, mas também e, fundamentalmente, para o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis.
- Desafios:
 - Constituir lista de pacientes.
 - Utilizar recursos de telemedicina.
 - Desenvolver protocolos assistenciais para um atendimento multidisciplinar efetivo.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

5.3 Produto: Manual de apoio

Com base nas etapas anteriores foi construído o Manual de Apoio para gerentes da APS sobre o atributo acesso de primeiro contato a ser utilizado como suporte para esses profissionais.

O manual contém informações para orientar os gerentes da APS nas unidades de saúde através de estratégias, ferramentas e ações de fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato. Espera-se que ele seja utilizado amplamente pelos serviços de saúde.

Abaixo o Manual:

**MANUAL DE APOIO PARA GERENTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Acesso de primeiro contato

Paula Martina da Silva Araújo Nunes

Erno Harzheim

Alisia Helena Weis

Paula Martina da Silva Araújo Nunes

Erno Harzheim

Alisia Helena Weis

Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à saúde:

Acesso de primeiro contato

Porto Alegre

2020

Apresentação

O Manual de Apoio para Gerentes da Atenção Primária à Saúde- acesso de primeiro contato é fruto de dissertação do Mestrado Profissional de Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Ele reúne um conjunto de orientações que poderão auxiliar os gerentes na abordagem sobre o acesso em unidade de saúde. O material foi construído após Revisão Integrativa da literatura que mostrou que o acesso é o atributo que requer maior atenção e fortalecimento na avaliação dos gerentes através do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT).

Após, buscou-se compilar estratégias, ferramentas e ações para a ampliação do acesso na APS através da análise documental de instituições como o Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e busca de teses, dissertações e evidências em repositórios institucionais de universidades federais. A construção e organização do manual de apoio ocorreu através da organização dos resultados em eixos, utilizando como referência as proposições de Donabedian (estrutura, processo e resultado) e a abordagem de Starfield sobre capacidade e desempenho para a medição da APS e qualificação dos serviços de saúde ⁽¹⁾.

Por que o fortalecimento do acesso de primeiro contato na APS?

O acesso ainda permanece como um nó crítico na APS brasileira, seja por problemas relacionados aos processos de trabalho e organização das agendas, seja pela restrição aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, o que ocasiona uma rotina de contato apenas presencial com o serviço o que leva a discutir estratégias para a sua ampliação ⁽²⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, sendo responsável pela atenção aos mais diversos problemas, comuns e pouco definidos, garantindo o encaminhamento para os demais níveis de atenção quando alcança a sua capacidade de resposta. Starfield reconhece a APS através dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural), sendo que para um serviço ser definido como provedor de APS deve apresentar os atributos essenciais, podendo ser ainda mais qualificada quando apresenta também os atributos derivados ⁽¹⁾.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT), possibilita a avaliação consistente destes atributos, sendo reconhecido como a principal ferramenta para medição da APS no mundo, pois permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços ⁽³⁾. Estudos que utilizaram este instrumento nas versões para usuários, profissionais e gestores, mostraram que o atributo acesso de primeiro contato é o pior avaliado para todos os três grupos ⁽⁴⁻¹⁰⁾.

Acesso ou atenção de primeiro contato implica na acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio do mesmo problema, assim como a percepção da população sobre como o serviço é acessível e como isto reflete na sua utilização. A acessibilidade (elemento estrutural) está relacionada à localização do serviço, dias e horários de funcionamento, capacidade de atendimento às consultas não agendadas, e a percepção da população sobre o quanto o serviço está disponível. A utilização (elemento processual) refere-se à ampliação e ao tipo de serviço oferecido a cada problema ou um novo episódio do mesmo problema, podendo ser percebida a sua necessidade tanto pelo usuário quanto pelo profissional ⁽¹⁾. A acessibilidade refere a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) recomenda a inclusão do gerente para contribuir no aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas equipes ⁽¹¹⁾. Para que a APS possa cumprir seu papel no SUS é necessário foco na dimensão organizacional e gerentes de unidades de saúde capazes de coordenar equipes e organizar o processo de trabalho, pois este profissional é fundamental para a ampliação do acesso nos serviços de saúde ⁽¹²⁾.

[Sobre o Manual de Apoio para gerentes da APS- acesso de primeiro contato:](#)

Objetivo: Oferecer orientações para gerentes de unidades de saúde da APS para a qualificação do acesso de primeiro contato.

O que é? O Manual de Apoio para gerentes da APS é um documento que visa nortear e orientar as ações dos gerentes das unidades de saúde, com sugestões descritas que podem ser adaptadas à realidade de cada serviço de saúde, conforme perfil de necessidade e utilização.

A quem se destina? Aos profissionais gerentes da APS, que atuam na “ponta”, ou seja, estão exercendo diretamente suas funções nas unidades de saúde da APS em atividades de gestão. Em algumas regiões brasileiras esse profissional também é conhecido como coordenador ou diretor de unidade. Esses profissionais são fundamentais para a organização das equipes e a ampliação do acesso, sendo atores importantes no processo de mudança, o que é um desafio para a maioria dos gerentes que estão à frente das unidades de saúde.

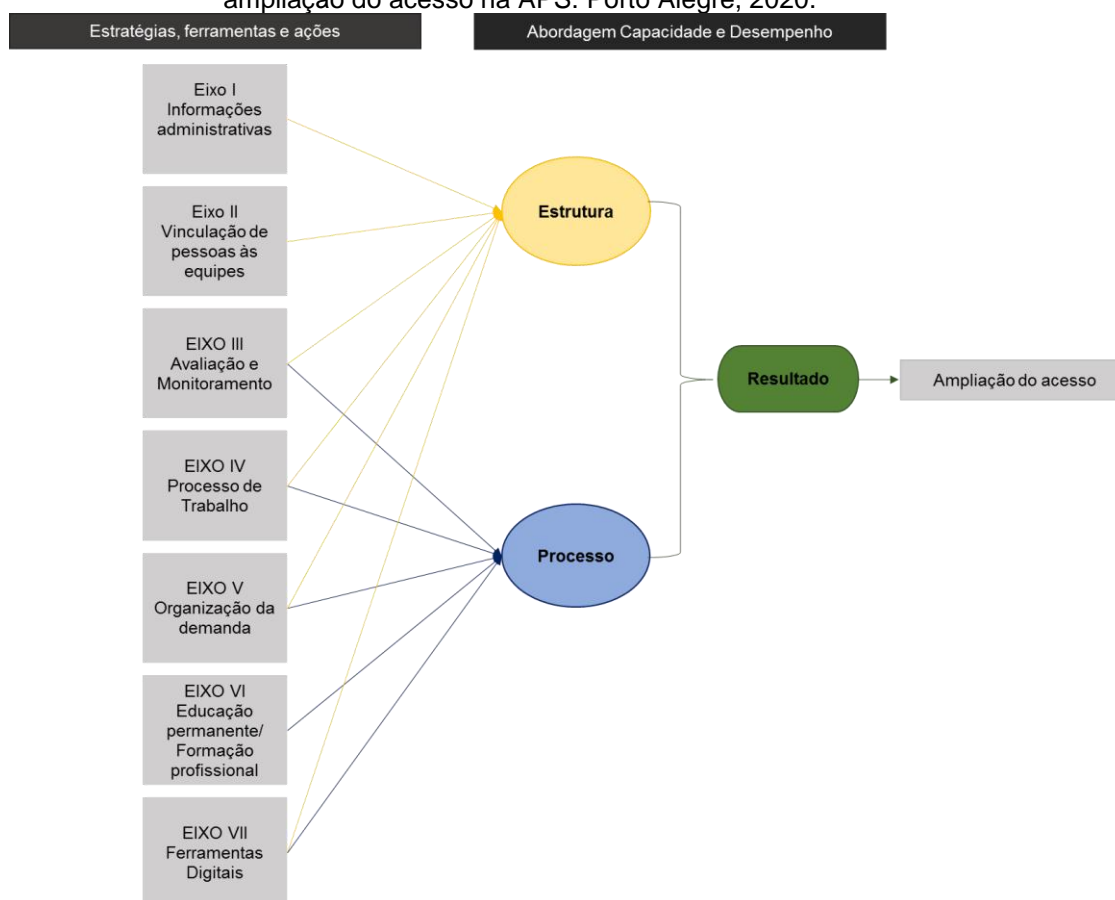
Vale considerar que os resultados encontrados, foram adaptados à realidade do Brasil, considerando suas particularidades de modelos de financiamento, perfis de equipes e modelos de atenção, assim como seu contexto de construção e mudanças na APS para a ampliação do acesso.

O Manual de Apoio para Gerentes da APS- acesso de primeiro contato, foi organizado em elementos essenciais e complementares, distribuídos em sete eixos com base no componente acesso do PCAT (Figura 1). Os itens deste componente visam ⁽³⁾.

- Conhecer se o serviço ou profissional de referência é o primeiro a ser procurado para consultas, a cada novo problema ou um novo episódio do mesmo problema;
- Conhecer se o serviço ou profissional de referência é o único meio de encaminhamento para um especialista ou demais níveis de atenção;
- Avaliar a capacidade do serviço de referência atender as pessoas no mesmo dia;
- Avaliar a capacidade do serviço de referência oferecer orientações de forma rápida e não presencial (telefone, whatsapp, telegram, Wechat, Skype, Hangout, e-mail);

- Avaliar a capacidade do serviço de referência disponibilizar formas de contato não presencial com algum profissional do serviço, quando o serviço está fechado durante à noite ou final de semana;
- Avaliar a capacidade do serviço oferecer marcação de consultas de revisão e acompanhamento;
- Avaliar a capacidade do serviço oferecer prontamente uma consulta com médico ou enfermeiro, com tempo de espera inferior a 30 minutos.

Figura 1: Abordagem capacidade e desempenho através de ações, estratégias e ferramentas para a ampliação do acesso na APS. Porto Alegre, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Elementos Essenciais: Dez passos que contribuem para ampliação do acesso na APS

1º passo: Vincule as pessoas às equipes através do cadastramento e lista de pacientes. Para o cadastro é necessário o CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) válido emitido no portal do DATASUS, o cadastro rápido também é considerado

válido e é feito apenas com o CPF do usuário. Organize a lista de pessoas que estão sob responsabilidade de cada equipe levando em consideração critérios de vulnerabilidade social e a realidade local, além do quantitativo populacional, dados e informações epidemiológicas.

2º passo: Estime a oferta e a demanda por meio de mensuração do tamanho de painel. As medidas de mensuração da demanda podem ser realizadas através do cálculo da intensidade de uso, intensidade de uso repetido, extensão de uso, pressão assistencial e rotação. Identifique o quantitativo potencial de pessoas vinculadas às equipes, conforme tipologia do município e classificação geográfica do IBGE de acordo com o novo financiamento da APS. O tamanho de painel também pode ser usado para avaliar o quantitativo real de pessoas atendidas pelas equipes.

3º passo: Assegure que o modelo de agendamento tenha um equilíbrio entre consultas agendadas e demanda espontânea. Existem modelos de agendamento que não diferenciam consultas de urgência clínica de consultas de seguimento e de rotina. A adequação do modelo de agendamento está relacionado com o tamanho de painel e a pressão assistencial do serviço, procure adequar conforme a sua realidade priorizando utilizar o modelo carve-out com reserva de 50% de consultas para demanda espontânea ou acesso avançado que garante que o atendimento seja realizado no dia ou em até 48h.

4º passo: Amplie o horário de funcionamento do serviço. Mantenha o serviço aberto durante todo o horário de funcionamento, sem fechamento para almoços e reuniões de equipe. Inclusive avalie a possibilidade de abertura durante à noite e no sábado/domingo. Para as unidades com horário ampliado ou Programa Saúde na Hora, a escala deve garantir que tenha todas as categorias profissionais durante todo o horário e funcionamento, além de adequação da carga horária para abertura de 5 horas no sábado/domingo.

5º passo: Disponibilize formas de contato não presencial. Ferramentas como telefone, whatsapp, telegram, Wechat, Skype, Hangout, e-mail, entre outras, devem estar disponíveis para realização de consultas, oferecer orientações de forma rápida ou para orientações urgentes quando o serviço está fechado durante à noite ou nos finais de semana. Ferramentas digitais contribuem para outras formas de

agendamento e a realização de teleconsulta, através da gestão da agenda, planejamento e pactuações com os profissionais que podem realizar consultas não presenciais.

6º passo: Avalie e monitore o sistema de agendamento com flexibilização dos tempos de consultas conforme perfis de oferta e demanda na APS e carteira de serviços. As agendas podem variar conforme a necessidade da população e categoria profissional, e as consultas podem ser organizadas por tipo e tempo de acordo com a demanda, através de consultas programadas, rápidas, intermediárias e estendida com tempos de 5, 10, 20 ou 30 minutos.

7º passo: Crie fluxogramas de direcionamento dos usuários dentro do serviço. Organize o fluxo de direcionamento das pessoas que acessam o serviço e a definição dos papéis de cada profissional. É imprescindível que todos da equipe tenham conhecimento sobre o funcionamento da unidade.

8º passo: Organize o processo de trabalho das equipes para garantir o atendimento das pessoas. Todos os profissionais devem estar preparados para atender as pessoas no dia, independentemente do tipo de demanda. Os tipos de atendimentos que serão agendados devem ser definidos previamente, sem estabelecer dias específicos para atendimentos de grupos ditos prioritários ou tipos de procedimentos. Além disso, reuniões gerais e de equipe devem ocorrer sem fechamento do serviço por tempo prolongado.

9º passo: Reduza o tempo de espera para marcação e realização de consultas com médico, enfermeiro e dentista. As consultas de revisão e acompanhamento não devem prejudicar as demais demandas por atendimento. O serviço deve ter capacidade de atendimento das pessoas no dia, ou no máximo agendadas para 15 dias (os casos não urgentes). O tempo de espera para realização de consultas de no máximo 30 minutos, através da oferta de horários de atendimentos às pessoas ao invés de senhas, permitindo que façam outras coisas até o seu atendimento.

10º passo: Conheça os protocolos e fluxos de encaminhamento para especialistas e demais níveis de atenção. O serviço ou profissional de referência da APS deve ser o primeiro a ser procurado para consultas, a cada novo problema ou

um novo episódio do mesmo problema, e este deve estar organizado e integrado com a Rede de Atenção à Saúde.

Elementos Complementares: 5 passos complementares que também colaboraram para a ampliação do acesso

1º passo: Mantenha a população informada. Próximo à entrada da unidade, disponibilize de forma clara e fácil visualização informações sobre horário de funcionamento, mapa de abrangência e cobertura das equipes ou lista de pacientes, detalhamento da escala dos profissionais e carteira de serviços.

2º passo: Monitore os cadastramentos e mantenha os dados e informações das pessoas atualizadas. Os cadastros válidos, assim como as inconsistências podem ser verificadas no e-Gestor.

3º passo: Avalie o desempenho e resultados do serviço. A avaliação de indicadores e carteirômetro, através do registro correto dos prontuários e sistemas de informação, possibilitam avaliar se o serviço está sendo resolutivo, medir as ações e procedimentos realizados e organização dos processos de trabalho.

4º passo: Estimule o trabalho e fortalecimento entre equipes. A equipe deve ser capaz de organizar gestão do tempo de atendimentos e compartilhamento de atendimentos multiprofissionais através de protocolos clínicos.

5º passo: Estimule a participação das pessoas que usam o serviço. É importante pactuar mudanças e discutir os processos de trabalho com as pessoas que realmente utilizam os serviços. Assim como, informar diariamente para as pessoas que estão no serviço, enquanto aguardam atendimento, sobre o funcionamento e organização do local.

Eixo I

Informações administrativas

O eixo I traz orientações administrativas com o intuito de informar para às pessoas como é a organização do local e dos serviços disponíveis.

Próximo à entrada da unidade de saúde (Recepção):

- Afixe em local de fácil visualização de forma clara e concisa:
 - Identificação do serviço;
 - Horário de funcionamento;
 - Mapa de abrangência com a cobertura de cada equipe ou lista de pacientes;
 - Carteira de serviços: oferta de todas as ações, serviços e procedimentos que são disponibilizados na unidade de saúde;
 - Identificação do gerente/coordenador/diretor responsável pela unidade de saúde;
 - Detalhamento da escala de atendimento de cada equipe vinculada à unidade de saúde.
- **Carteira de Serviços**

A Carteira de Serviços norteia as ações e serviços da APS com reconhecimento da clínica multiprofissional. O grande foco da Carteira de Serviços é o fortalecimento da integralidade ⁽¹³⁾, que segundo Starfield, é a necessidade de um amplo escopo de serviços ofertados como forma de ampliação do acesso ⁽¹⁾, sendo uma importante ferramenta para a gestão do cuidado ⁽¹³⁾. Em 2019 o Ministério da Saúde lançou a Carteira de Serviços denominada CaSAPS com o objetivo de descrever para a população, profissionais e gestores que atuam na APS a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância à saúde ofertados na APS brasileira ⁽¹³⁾. Com base nestes serviços cabe ao gerente da unidade de saúde organizar, definir e divulgar a oferta de serviços local.

➤ **Informações importantes para o gerente:**

- ✓ Identifique se no município que atua existe uma carteira de serviços elaborada e organizada;

- ✓ Identifique quais destes serviços estão disponíveis na unidade de saúde que gerencia;
- ✓ Articule com os gestores municipais estratégias para ofertar os serviços essenciais e ampliados que são necessários no local onde atua;
- ✓ Faça a gestão dos materiais e insumos necessários para a plena execução destas ações;
- ✓ Disponibilize de forma pública a relação destes serviços, de fácil visualização, para as pessoas que utilizam o serviço que gerencia (Quadro 1):
 - Versão impressa com a relação detalhada de serviços
 - Versão resumida no mural da recepção
- ✓ Caso o município onde atua não tenha uma carteira de serviços escrita e elaborada, disponibilize de forma pública e de fácil visualização a oferta de serviços que a unidade que gerencia oferece para as pessoas.

Quadro 1: Exemplo de divulgação de serviços ofertados. Porto Alegre, 2020.

ESTA UNIDADE OFERTA OS SEGUINTE SERVIÇOS

- ★ **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
 - Elenque a relação de serviços acompanhados pela equipe. Ex: Investigação de óbito infantil, fetal e de mulheres em idade fértil, etc.
- ★ **PROMOÇÃO DA SAÚDE**
 - Elenque a relação de serviços acompanhados pela equipe. Ex: Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e continuado até 2 anos ou mais, estímulo a adoção de hábitos saudáveis, etc.
- ★ **ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NO ADULTO E NO IDOSO**
 - Cuidados e atenção à saúde da mulher. Ex: assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, manejo de problemas ginecológicos, violência contra a mulher, rastreamento para câncer do colo do útero e da mama, etc.
 - Cuidados e atenção à saúde do idoso. Ex: atendimento domiciliar para pessoas idosas restritas ao lar, identificação e acompanhamento de pessoa idosa vulnerável, etc.
 - Atenção e cuidados em Saúde do adulto. Ex: identificação, manejo e acompanhamento de pessoas com diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, tabagismo, etc.
- ★ **ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE**
 - EX: Acompanhamento de distúrbios nutricionais como baixo peso, desnutrição, obesidade e sobrepeso.
 - Rastreamento em saúde da criança. Ex: teste do pezinho, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, etc.
- ★ **PROCEDIMENTOS NA APS**
 - Elenque a relação dos procedimentos realizados na unidade de saúde

que gerencia. Ex: vacinas, coleta de citopatológico do colo uterino, curativos, sondagem vesical de demora e de alívio, etc.

★ **ATENÇÃO E CUIDADOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL**

- Divulgue os procedimentos clínicos e de promoção relacionados à saúde bucal. Ex: aplicação tópica de flúor, escovação dental supervisionada, restaurações dentárias, radiografias, etc.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Saiba mais em: Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) em aps.saude.gov.br disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

Eixo II

Vinculação de pessoas às equipes

O Eixo II traz orientações relacionadas à vinculação das pessoas às equipes por meio do cadastramento e lista de pacientes sob responsabilidade de cada equipe.

Com o objetivo de ampliar o acesso com equidade, o Ministério da Saúde fez mudanças no modelo de financiamento da APS através da Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 (Previne Brasil), onde um dos seus componentes substituiu o modelo do PAB fixo por modelo de capitação ponderada. Dessa forma, o pagamento tem foco nas pessoas e considera a população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no sistema de informação em saúde (SISAB), aplicando os pesos de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico da população e classificação geográfica definida pelo IBGE ⁽¹⁴⁾.

Adscrição de pessoas às equipes (Cadastramento)

O cadastramento é o registro da pessoa no SUS, e serve para ajudar a identificar às pessoas que estão vinculadas à uma Unidade de Saúde, além disso, facilita a busca ativa destas pessoas quando necessário.

➤ **Informações Importantes para o gerente:**

- ✓ Registro das informações de cadastro:
 - Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS);
 - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); ou
 - Sistemas próprios/terceiros.

Atenção: Identifique qual o método de registro utilizado no seu município

- ✓ Para o cadastro é necessário o CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) válido emitido no portal do DATASUS;
- ✓ Mantenha todos os dados atualizados, inclusive endereço e telefones;
- ✓ O cadastro rápido também é considerado válido e é feito apenas com o CPF do usuário;
- ✓ Estimule o cadastramento completo do cidadão pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por qualquer outro profissional da equipe utilizando as fichas CDS ou o aplicativo e-SUS AB Território;
- ✓ Vincule o cidadão à uma equipe de saúde, independente do território que ele reside. A partir disso, a equipe será responsável pelo acompanhamento da pessoa;
- ✓ Acompanhe os cadastros inconsistentes no e-Gestor AB através dos relatórios onde é informado o motivo pelo qual o cadastro não subiu para a base federal do SISAB;
- ✓ Acompanhe os cadastros válidos através do painel na página do e-gestor dentro do SISAB: quantidade por município, unidade de saúde e por equipe.
- **Cadastramento individual/familiar:**
 - Cadastramento do território no domicílio:
 - Utilize fichas de cadastro individual e domiciliar, é mais amplo e requer mais informações;
 - ACS: Realizar rotineiramente, durante visita de acompanhamento/monitoramento, a partir da identificação de uma nova pessoa que deseja se vincular ao serviço e que esteja dentro dos critérios definidos pela gestão municipal;
 - Outros profissionais da equipe (Médico, enfermeiro, dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem/saúde bucal): durante visita/atendimento domiciliar ou conforme organização da equipe e do serviço.

- Cadastramento do cidadão na Unidade de Saúde:
 - Realizado por qualquer profissional com a documentação necessária apresentada pela pessoa que deseja ser vinculada àquela equipe ou serviço, através da funcionalidade “cadastro do cidadão” com informações individuais e simplificado através do PEC.
 - O cadastramento individual e domiciliar também podem ser realizados na unidade de saúde.

IMPORTANTE: O cidadão que não tiver um CNS ou CPF deve ser atendido e poderá ser realizado o registro no CDS ou PEC. Nunca deixe de atender uma pessoa por uma questão burocrática.

➤ **Lista de Pacientes:**

Qualifica a adscrição de pessoas às equipes, complementares aos critérios territoriais, utilizando quantitativo populacional, dados e informações epidemiológicos e de vulnerabilidade social ⁽¹⁵⁾.

- Defina o quantitativo de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, conforme a totalidade de pessoas vinculadas ao serviço e o quantitativo de equipes;
- Organize a relação nominal de pessoas que estão sob responsabilidade de cada equipe levando em consideração critérios de vulnerabilidade, realidade local e estratificado por doenças mais prevalentes;
- Facilite o acesso oportuno ao serviço e o acompanhamento destas pessoas.

EIXO III

Avaliação e Monitoramento

O Eixo III orienta sobre como conhecer a oferta e a demanda dos serviços, o tamanho de painel, além de como avaliar e monitorar as ações e processos de trabalho das equipes através da avaliação do desempenho e indicadores.

Oferta e demanda do serviço

Estimar a oferta e a demanda do serviço é fundamental para a ampliação do acesso e adequação da carga de trabalho. Conhecer o tamanho do painel das pessoas sob responsabilidade de cada profissional contribui no planejamento do cuidado, pois mostra a demanda dos usuários e se o problema do acesso está relacionado com o desempenho do profissional ⁽¹⁶⁾.

No Brasil, o novo modelo de financiamento da APS sugere um quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município, conforme o IBGE ⁽¹⁴⁾. Veja o quadro abaixo:

Quadro 2: Potencial de pessoas cadastradas por equipe e tipologia de município. Porto Alegre, 2020.

Classificação do Município segundo o IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família (eSF)	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Atenção Primária (eAP) modalidade I-20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Atenção Primária (eAP) modalidade II-30h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente e Rural Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Intermediário Remoto e Rural Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas

Fonte: Ministério da Saúde, 2019 (Adaptado)

O quantitativo potencial serve para nortear a quantidade de cadastramentos por equipe, porém uma equipe pode ter mais ou menos pessoas cadastradas, desde que não extrapole o teto do município. Ex: um município urbano com 12 mil habitantes,

pode ter até 3 eSF com cobertura de 100% da população. Digamos que a equipe 1 tenha 3.750 pessoas, a equipe 2 tenha 4.000 pessoas, a equipe 3 pode ter até no máximo 4.250 pessoas para não extrapolar o teto de 12 mil.

➤ **Informações importantes para o gerente:**

- ✓ Identifique o quantitativo potencial de pessoas vinculadas por equipe da unidade de saúde que gerencia conforme tipologia do município classificada pelo IBGE;
- ✓ Estime a oferta e à demanda por consultas da unidade de saúde que gerencia;
- ✓ Conheça o tamanho de painel de atendimentos das equipes da unidade de saúde que gerencia;
- ✓ Realize o cálculo de atendimentos das equipes utilizando o método de cálculo do tamanho de painel para uma equipe mínima (Item B);
- ✓ Avalie e monitore o sistema de agendamento.

➤ **Como estimar a oferta e à demanda por consultas**

- Para medir a oferta defina:
 - O tempo que cada profissional de saúde está disponível diariamente para consultas;
 - Quantas consultas cada um atende por dia;
 - Quantos dias do ano eles trabalham.
- Avalie prospectivamente a demanda:
 - Investigue e mantenha os registros sobre os motivos de procura do serviço (demanda externa);
 - Avalie os registros dos usuários com acompanhamento clínico de seguimento (demanda interna);
 - Calcule as medidas de mensuração de demanda ⁽¹⁷⁾:
 1. Intensidade de uso: número de consultas por habitante por ano = n° de consultas em um ano/ n° de habitantes da população adstrita
 2. Intensidade de uso repetido: Média de consultas por usuário por ano = n° de consultas / n° de pessoas atendidas no período de um ano (varia de 3 a 6 encontros/médico por ano), a média de consultas/ano do RIPSAs é 2,5.

3. Extensão de uso: número de usuários da população adscrita (cadastradas) que consultam com um profissional no período de um ano= n° de usuários atendidos anualmente/ n° de pessoas da comunidade adscrita (cadastradas).
4. Pressão assistencial: número médio de consultas ofertadas por dia= n° de consultas realizadas num período de tempo/ n° de dias trabalhados.
5. Rotação: número de usuários novos atendidos diariamente pelo profissional de saúde= n° de consultas por dia/ intensidade de uso repetido.

➤ **Método para cálculo do Tamanho de painel para uma equipe mínima de saúde da família** ⁽¹⁸⁾

- Painel= (Pressão assistencial do médico X dias trabalhados pelo médico por ano) + (Pressão assistencial do enfermeiro X dias trabalhados pelo enfermeiro por ano) /Intensidade de uso repetido.

Exemplo: O ano de 2020 tem 251 dias úteis, considerando as férias do profissional (30 dias em 1 ano de trabalho). A média de consultas por usuário/anos 2,5 (RIPSA), arredonda para 3. Número de atendimentos médico/dia de 28 pessoas e atendimento enfermeiros/dia de 20.

$$\text{Painel} = (28 \times 230) + (20 \times 230) / 3 = 6.440 + 4.600 / 3 = 3.680 \text{ pessoas por equipe}$$

OU

Se deseja conhecer o real painel atendido pela sua equipe faça os cálculos das medidas de mensuração de demanda conforme descrito acima.

➤ **Avaliar e monitorar o sistema de agendamento**

- Conheça a demanda não atendida da unidade de saúde- n° de pessoas que deixaram o serviço semanalmente porque não conseguiram agendamento em data oportuna:
 - Solicite que a recepção identifique e registre esse dado à cada pessoa orientada a retornar em outra data por falta de atendimento;

- Solicite que o profissional que realiza a primeira escuta ou acolhimento identifique e registre esse dado à cada pessoa orientada a retornar em outra data por falta de atendimento;
- Realize periodicamente pesquisa de satisfação com as pessoas que utilizam o serviço, colhendo informações acerca da satisfação na marcação de consultas do serviço. Ex: NPS- *Net Promoter Score*- que interpreta a avaliação do serviço na perspectiva dos usuários;
- Avalie a média de tempo de permanência das pessoas no serviço, desde a chegada até a saída;
- Trace estratégias para otimização do tempo quando há atrasos nos atendimentos devido queda de sistemas e *softwares*;
- Administre a agenda médica
 - i. Priorize o tempo do médico para atendimento clínico direto;
 - ii. Reduza demandas administrativas que podem ser realizadas por outros profissionais.

Avaliação do desempenho e resultados

➤ **Carteirômetro**

O carteirômetro é uma ferramenta que possibilita medir as ações e procedimentos realizados nas unidades de saúde da APS. Esta aferição é possível através dos dados que são registrados no e-SUS AB. É imprescindível que o gerente consiga analisar estas informações. Com base na relação de serviços da Carteira de Serviços disponíveis organize o carteirômetro:

- Elenque a relação de serviços que deseja mensurar;
- Defina a frequência que os dados serão analisados. Ex: semanal, mensal, trimestral;
- Estimule e capacite os profissionais para que registrem de forma correta do e-SUS (PEC ou CDS) os códigos das respectivas ações e procedimentos pré-definidos;
- Analise as principais ações/ procedimentos por Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

- Ex: atendimento de pré-natal por médico e enfermeiro, teste do pezinho pelo técnico de enfermagem, visita domiciliar pelo ACS, primeira consulta odontológica pelo dentista, etc.

➤ **Definição de indicadores que auxiliam na avaliação do processo de trabalho**

- Tempo médio de espera para agendamento e realização da consulta.
- Proporção entre as diferentes ofertas de agendamento (ações programáticas e demanda espontânea).
- Proporção de faltosos às consultas agendadas.
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas agendadas.

➤ **Monitoramento dos indicadores relacionados ao financiamento da APS**

Um dos componentes do novo modelo de financiamento da APS é o pagamento por desempenho, que está relacionado com a avaliação do acesso e da resolutividade ⁽¹⁴⁾. Embora os indicadores não estejam diretamente ligados a avaliação do acesso, é uma forma indireta de analisar se o serviço está atendendo a população que apresenta maior risco e vulnerabilidade, além de permitir a análise destes dados e a reavaliação do processo de trabalho.

- Estimule o registro adequado das informações no e-SUS AB
- Acompanhe com frequência a introdução de novos indicadores de pagamento por desempenho pelo Ministério da Saúde. Para o ano de 2020 os indicadores iniciais são ⁽¹⁹⁾.
 - Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
 - Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
 - Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
 - Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;
 - Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;

- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Saiba mais em: Previne Brasil- Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019.
Disponível em <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

EIXO IV

Processo de Trabalho

O Eixo IV traz questões de grande importância para a ampliação do acesso, pois envolve a organização das equipes para manejar o tempo, realizar reuniões gerais e de equipes, construção de fluxogramas de direcionamento das pessoas, além do fortalecimento da equipe multiprofissional com ampliação da clínica através de protocolos e conhecimento da Rede de Atenção à Saúde.

Reuniões

As reuniões são importantes para análise e discussão do processo de trabalho, porém, também, pode ser uma importante barreira de acesso se mal organizada e distribuída. Portanto, é importante que o gerente organize de forma clara quais os objetivos para cada tipo de reunião de forma que não haja interrupção prolongada do funcionamento da unidade o que prejudica o acesso da população.

➤ **Informações importantes para o gerente:**

- ✓ Evite reuniões longas e pouco eficientes.

- ✓ Não faça reuniões nos dias ou turnos de maior procura pela Unidade.
- ✓ Evite fechar a unidade por longos períodos para realizar reuniões. Ex: fechar todo um turno de trabalho, com longos períodos sem atendimento à demanda espontânea.
- ✓ Articule com as equipes estratégias para manter o serviço em funcionamento, enquanto uma equipe realiza reuniões para discussão de casos, visitas domiciliares, etc.
- ✓ Defina a frequência e duração para reuniões gerais com a participação de todos os funcionários. Exemplos:
 - A cada 15 dias, com duração de 2 horas. Sugestão 1: das 10-12 h. Sugestão 2: 13-15h. Sugestão 3: 15-17h.
 - Semanal com duração de 1 hora. Sugestão 1: 11-12h. Sugestão 2: 13-14h. Sugestão 3: 16-17h.

Obs: adeque ao horário onde há menor fluxo de pessoas no serviço.

- ✓ Defina a frequência e duração para reuniões de equipe. Exemplos:
 - Semanal com duração de 1 h.
 1. Equipe 1: Terça das 11h às 12h.
 2. Equipe 2: Quarta das 11h-12h
 3. Equipe 3: Quinta das 11-12h.
 - Quinzenal com duração de 2 horas.
 1. Equipe 1: Terça das 10h às 12h.
 2. Equipe 2: Quarta das 10h-12h
 3. Equipe 3: Quinta das 10-12h.
 - Para unidades com mais de 3 equipes e horário estendido intercale horários para reuniões de equipes no mesmo dia.
 1. Equipe 1: Terça das 10-12h;
 2. Equipe 2: Terça das 14-16h.
 3. Equipe 3: Quarta das 10-12h;
 4. Equipe 4: Quarta das 14-16h;
 5. Equipe 5: Quinta das 12-14h;
 6. Equipe 6: Quinta das 14-16h.

- Para unidades com apenas uma equipe: 1 hora semanal ou 2 h quinzenais para reunião de equipe, e 1 hora semanal ou 2 horas quinzenais para reuniões gerais.
 1. Sugestão 1: Terça: 16-17h, reunião geral; Quarta: 11-12h, reunião equipe.
 2. Sugestão 2: Terça: 11-12h, reunião geral; Quarta: 16-17h, reunião equipe.
 - ✓ Utilize as horas iniciais do turno da manhã e da tarde para atendimento à demanda espontânea.
 - ✓ Não realize as reuniões de equipe e gerais na sequência, para que o serviço não permaneça fechado por longos períodos.
 - ✓ Evite reuniões nas segundas e sextas, pois são os dias onde normalmente há um maior acúmulo de demanda devido ao fechamento da unidade durante o final de semana.
 - ✓ Analise quais os dias que a unidade de saúde que gerencia possui maior demanda por atendimento, e adapte as sugestões dos horários conforme a realidade local priorizando sempre manter os atendimentos nos horários onde há maior procura por atendimentos.
 - ✓ Informe à população qual horário a unidade estará fechada para reunião geral, e horários de reuniões de cada equipe.
- **Reuniões gerais:**
- Permita a participação de todos os funcionários da unidade na reunião geral. Ex: porteiros, higienização, profissionais da saúde e administrativos, etc.
 - Organize previamente quais os principais assuntos serão discutidos na reunião.
 - Pactue previamente regras e contrato para organização e gestão do tempo da reunião.
 - Analise quais temas e assuntos devem ser discutidos em reunião geral.
- Exemplo:
- Reavaliar processos de trabalho;
 - Rotinas da unidade;
 - Informes;
 - Planejamento de ações e reprogramação de atividades;

- Atualizações técnicas;
- Acolhimento;
- Planejamento de atividades educativas;
- Principais reclamações dos usuários;
- Fluxos dentro da unidade;

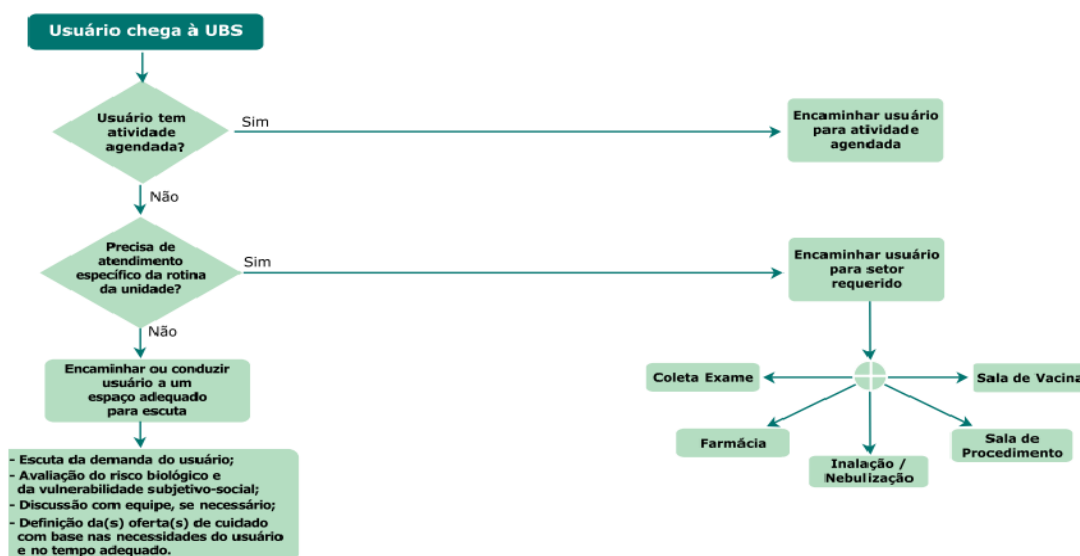
➤ **Reuniões de equipes:**

- Discussão de casos mais críticos e de grupos de risco e vulnerabilidade.
- Análise de dados dos atendimentos: gestantes, crianças, hipertensos, etc.
- Gerenciamento e organização da assistência.
- Diagnóstico e análise da comunidade/pessoas sob responsabilidade da equipe.
- Identificação de faltosos e organização de busca ativa.
- Análise dos indicadores;
- Supervisão e monitoramento das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Fluxogramas de direcionamento dos usuários dentro do serviço

- Defina em conjunto com a equipe o fluxo de direcionamento da pessoa que acessa o serviço.
- Defina de forma clara os papéis de cada profissional.
- Abaixo exemplo de fluxograma de direcionamento dos usuários (Figura 2):

Figura 2: Exemplo de fluxograma de direcionamento das pessoas na unidade de saúde. Porto Alegre, 2020.



Fonte: Ministério da Saúde, 2011 (adaptado)

Trabalho em equipe

- Permita que os profissionais da mesma equipe atendam em salas próximas;
- Estimule o fortalecimento entre as equipes, para que facilite na gestão do tempo dos atendimentos e alianças no processo de mudança fortalecendo o clima em equipe, denominado equipes irmãs e “Team climate”.
- Estimule o compartilhamento de atendimentos multiprofissionais.
- Analise os principais motivos para consultas e identifique quais podem ser compartilhados com os demais profissionais (enfermeiro, dentista, equipe de enfermagem ou outros profissionais que compoñam a equipe), e não apenas atendimento centrado no médico.
- Conheça os protocolos multiprofissionais/clínicos que estão vigentes no município que atua:
 - Protocolos de enfermagem para ampliação clínica da consulta do enfermeiro nos atendimentos à demanda espontânea e a grupos prioritários.

- Protocolos clínicos de solicitação de exames e prescrição de medicamentos por profissionais não médicos. Ex: Practical Approach to Care Kit (PACK).
- Organize o manejo e eficácia do tempo:
 - Identifique atividades não assistenciais que demandam muito tempo e otimize o tempo dispensado. Ex: matriciamento, atividades em grupo;
 - Reveja os tempos de consultas, estimulando consultas mais focadas reservando consultas mais longas para casos específicos. Ex: saúde mental.
- Avalie em conjunto com a equipe a possibilidade de manter o serviço ininterrupto, evitando fechamentos para horário de almoço. Dividindo os funcionários em duas equipes para intervalo de almoço.
 - Equipe 1: almoço das 11:30 às 12:30h
 - Equipe 2: almoço das 12:30 às 13:30h
- Conheça a Rede de Atenção à Saúde local:
 - Identifique profissionais especialistas que possam dar apoio aos profissionais da APS;
 - Identifique serviços de urgência e emergência de referência para a unidade de saúde;
 - Identifique Centro de Referência de Assistência Social de referência para a unidade de saúde;
 - Conheça os protocolos e fluxos de encaminhamentos para os demais níveis de atenção e rede ambulatorial.

EIXO V

Organização da demanda

O Eixo V auxiliará o gerente a organizar a demanda através da organização das escalas de trabalho, das agendas, além da flexibilização dos tempos de consultas conforme perfis de oferta e demanda na APS. Além de ajudar a identificar o modelo de agendamento vigente e contribuir para as mudanças necessárias para a ampliação do acesso através do acesso avançado.

Acolhimento

O acolhimento é um dispositivo que possibilita a ampliação do acesso e que também está relacionada com a satisfação do usuário. O acolhimento está presente nos encontros entre profissionais e usuários, quando se recebe e escuta as pessoas com construção de vínculo. O acolhimento pode ser uma postura, atitude e tecnologia do cuidado e mecanismo de ampliação de acesso que exige uma reorganização do processo de trabalho. Todas as categorias profissionais devem estar capacitadas para escutar as pessoas e direcioná-las para local específico que possa atender a sua necessidade independente se ela pertence a um grupo prioritário ou não, programando a agenda para o atendimento da demanda espontânea, exigindo reflexão da equipe sobre o conjunto de ofertas que atenda às necessidades da população ⁽²⁰⁾.

Modelos de agendamento

Realizar mudanças no sistema de agendamento das unidades de saúde é um dos maiores desafios para a ampliação do acesso no Brasil. Há uma ampla nomenclatura na literatura internacional relacionadas aos modelos de agendamento, porém identificou-se os cinco principais modelos de agendamento divididos em duas categorias ⁽¹⁸⁾.

- Modelos que diferenciam consultas de urgência clínica e consultas de rotina e seguimento ^(16, 21, 22):
 - Tradicional
 - Todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas, em sua maioria, solicitadas pelos usuários. No primeiro horário do dia a agenda médica já se encontra cheia, “saturada”. Durante o dia, chegam casos de demanda espontânea que são inseridos na agenda, em forma de

agendamento duplo (double-booking). O slogan deste sistema é *“fazer o último trabalho do mês, hoje”*.

- Carve-out
 - Sistema de agendamento com reserva de vagas para consultas de urgência. Recomenda-se que se reserve aproximadamente um terço das vagas diárias para cuidados agudos em saúde. O profissional de saúde pode ainda mensurar o número ideal de vagas a serem reservadas diariamente, conforme apresentado na organização da agenda médica. Neste sistema, as consultas pré-agendadas são realizadas pelo Médico de Família e Comunidade de referência do usuário, enquanto as consultas agendadas para o mesmo dia podem ser realizadas por outros médicos, de acordo com a disponibilidade na agenda destes profissionais. Desta forma, as condições agudas são compartilhadas de forma flexível entre a equipe médica de um mesmo serviço. O slogan deste sistema é *“faça parte do trabalho de hoje, hoje”*.
- Modelos em que não diferenciam consultas de urgência de consultas de rotina ou seguimento ^(16,21,22):
 - Agendamento-dia
 - Neste sistema, todas as consultas disponíveis são oferecidas para aquele dia. Os usuários não podem marcar consulta com antecedência. Há um pico de marcação de consulta no período da manhã. Se o usuário solicita agendamento e não há mais vagas naquele dia, é orientado a tentar no dia seguinte.
 - Acesso aberto
 - Não existem consultas agendadas. Os usuários chegam e aguardam até serem atendidos, podendo esperar por horas. Algumas adaptações são propostas para gerenciar situações inconvenientes e negativas, tais como: um sistema de ordenamento que ofereça aos usuários uma estimativa do horário de atendimento, permitindo que eles façam outras coisas e voltem no horário estimado; telefonar ou usar outra forma de

comunicação para avisar o usuário da proximidade de seu horário de consulta; estabelecer estratégias para garantir a longitudinalidade do cuidado, com o médico de referência.

○ Acesso avançado

- O acesso avançado tem como princípio eliminar a distinção na qualidade assistencial entre consultas de urgência e de seguimento. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. O slogan é: *“façam todo o trabalho de hoje, hoje”*. Os objetivos do acesso avançado são: iniciar o dia com vagas suficientes para suprir a demanda do dia; não fazer restrição em realizar agendamentos futuros necessários; priorizar a longitudinalidade.

Evidências mostram que os serviços que utilizam o acesso avançado tiveram um efeito positivo na qualidade da APS e a redução no número de absenteísmo ^(18, 23-25). No entanto, se o tamanho de painel for além do estimado, o acesso continuará sendo uma barreira ⁽¹⁸⁾. Diante disso, este material irá focar na organização dos modelos que tenham um equilíbrio entre as consultas programadas das demandas espontâneas, como o carve-out com 50% das vagas para demanda espontânea, com ênfase para o acesso avançado nos serviços da APS brasileira.

➤ **Informações importantes para o gerente:**

- ✓ Identifique qual o modelo de agendamento funciona atualmente na unidade de saúde que gerencia;
- ✓ Articule com a gestão municipal possibilidades de mudança no modelo de agendamento para possibilitar ampliação do acesso;
- ✓ Discuta estratégias com as equipes para realizar a transição do modelo de agendamento vigente de forma que possibilite que o agendamento ocorra:
 - Presencial na unidade a qualquer momento;
 - Ofereça consultas no mesmo dia, se for o desejo da pessoa;
 - Reduza o tempo de espera no atendimento;
 - Garanta o acompanhamento de demanda programada. Ex: pré-natal, puericultura;

- Possibilite outras formas de agendamento que não seja exclusivamente presencial;
 - Disponibilize no mínimo 70% das consultas para demanda espontânea e 30% para consultas de demanda programada, para o caso de acesso avançado
 - Disponibilize no mínimo 50% das consultas para demanda espontânea e 50% para demandas agendadas, para o caso de carve-out.
- ✓ Realize em conjunto com as demais categorias profissionais (enfermeiro e dentista) a escala diária dos funcionários para: recepção, escuta inicial, procedimentos, atividades administrativas, em grupo e visitas domiciliares;
 - ✓ Identifique profissionais e qualifique-os para a primeira escuta e identificação das necessidades, direcionando para o profissional da respectiva equipe e que consiga ser resolutivo à necessidade da pessoa;
 - ✓ Todas as equipes devem estar preparadas para o atendimento das pessoas sob a sua responsabilidade, e em casos de necessidade, atendimento das pessoas sob responsabilidade das demais equipes;
 - ✓ Caso esgote a capacidade de atendimento de uma determinada equipe, direcione a pessoa para a equipe que estiver disponível no momento;
 - ✓ Todas as equipes devem estar preparadas para atender todas às pessoas independente se a demanda requer atendimento imediato ou não;
 - ✓ Estabeleça em conjunto com a equipe, quais os atendimentos que deverão ter agendamento de consulta de retorno, lembrando que as demais pessoas devem retornar por demanda espontânea em momento oportuno. Ex: gestante, criança menor de 2 anos, idosos, portadores de deficiência;
 - ✓ Não estabelecer dias específicos para atender determinados grupos e procedimentos. Possibilite que todos os dias sejam oferecidos todos os serviços da sua carteira. Ex: coleta de citopatológico, testes rápidos para ISTs, pré-natal, etc;
 - ✓ Tenha instrumentos (planilhas, sistemas) que possibilite a identificação de pessoas que devem realizar acompanhamento de seguimento e que

não procuraram o serviço. Ex: hipertensos, diabéticos, rastreamento de câncer de colo e de mama, etc;

- ✓ Em caso de impossibilidade de atendimento no mesmo dia:
 - Acesso avançado: agende a pessoa para no máximo 48h ou oriente que retorne no dia que deseja atendimento. Reserve horários específicos para estas situações dentro dos 30% de horários reservados;
 - Carve-out: agende a pessoa para a semana seguinte ou no máximo 15 dias;
- ✓ Se a pessoa não quiser ou não puder ser atendido no horário estabelecido, agende-o em até 48h/até 15 dias, conforme organização local o modelo de agendamento;
- ✓ Caso no dia esteja disponível os horários reservados para demanda programada, disponibilize-o para as demais pessoas que procuram o serviço no dia;
- ✓ Oferte horários de atendimentos às pessoas ao invés de senhas, permitindo que façam outras coisas até o seu atendimento;
- ✓ Organize a escala de forma que tenha sempre alguém da equipe disponível, trabalhando com o apoio das demais equipes (equipes-irmãs) para as situações em que outros profissionais estejam organizados para atividades não assistenciais, como reuniões, capacitações, atendimentos fora da unidade, etc;
- ✓ Organize o serviço para atender a população, assim como as pessoas novas, garantindo a demanda da pessoa (demanda externa) ou do profissional da saúde (demanda interna).

➤ **Sugestões de formas de organizar as equipes**

- Unidades com uma equipe
 - Para equipes com dois técnicos/auxiliares de enfermagem: organizar a escala de enfermagem dividindo as atividades como procedimentos, vacinas, escuta inicial e outras atividades.

- Para equipes com apenas um técnico/auxiliar de enfermagem, incluir outros profissionais na escuta inicial. Ex: ACS, dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal, enfermeiro, médico.
- Retaguarda do médico e enfermeiro para apoio na escuta inicial.
- Unidades com duas ou mais equipes
 - Adequar o exemplo incluindo outras equipes para as unidades com mais de 3 equipes.
 - Retaguarda do médico e enfermeiro para apoio na escuta inicial.

Quadro 2: Legenda das tabelas com sugestões de organização do processo de trabalho. Porto Alegre, 2020.

LEGENDA		DESCRIÇÃO
AT	Atendimento	Atendimento presencial, teleatendimento, procedimentos específicos da categoria, etc.
EI	Escuta Inicial	Identificação das necessidades das pessoas com resolutividade.
PRO	Procedimentos	Curativos, retiradas de pontos, nebulização, etc.
VAC	Vacinas	Administração e organização das vacinas.
REC	Recepção	Primeiro atendimento, inclusão no sistema e encaminhamento para sala específica, atualização e realização do Cartão Nacional de saúde (CNS), cadastramentos, etc.
VD	Visita domiciliar	Acompanhamento, atualização, busca ativa pelo ACS, etc.
RG	Reunião geral (Considera 1h semanal)	Assuntos que devem ser abordados em reunião com todos da equipe.
RE	Reunião Equipe (Considera 2h quinzenais)	Discussão de casos, monitoramento, supervisão ACS, etc.
OA	Outras atividades	VD, Monitoramento, administrativos, etc.
*	Menos 1 hora de trabalho	Redução da Carga horária para trabalhar no sábado.
**	1 hora em cada RE	Divisão do tempo para discussão de casos referentes às respectivas equipes vinculadas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3: Organização processo de trabalho para equipes duplas sem saúde bucal com horário de funcionamento das 8 às 17h de segunda a sexta-feira. Porto Alegre, 2020.

USF 40 horas sem saúde bucal						
	CBO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
eSF 1	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10- 12h	AT	AT manhã + OA tarde
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10- 12h	AT + EI das 15- 17h	OA manhã + AT tarde
	TE/AE	EI	PRO + VAC + RG das 11-12h	EI + RE das 10- 12h	PRO + VAC	OA manhã PRO tarde
	ACS	REC	VD + RG das 11-12h	REC + RE das 10- 12h	VD + REC das 15-17h	REC manhã VD tarde
eSF 2	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	OA manhã + AT tarde
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + EI das 10- 12h	AT + RE das 15- 17h	AT manhã + OA tarde
	TE/AE	PRO + VAC	EI + RG das 11-12h	PRO + VAC	EI + RE das 15- 17h	PRO + VAC manhã OA tarde
	ACS	VD	REC + RG das 11-12h	VD + REC das 10-12h	REC + RE das 15- 17h	VD manhã + REC tarde

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 4: Organização processo de trabalho para unidades com duas equipes ou mais com saúde bucal, com horário de funcionamento das 8 às 17h de segunda a sexta-feira. Porto Alegre, 2020.

USF 40 horas com saúde bucal						
	CBO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
eSF 1	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10- 12h	AT	AT manhã + OA tarde
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10- 12h	AT + EI das 15- 17h	OA manhã + AT tarde
	TE/AE	EI	PRO + VAC + RG das 11-12h	EI + RE das 10- 12h	PRO + VAC	OA manhã PRO tarde
	ACS	REC	VD + RG das 11-12h	REC + RE das 10- 12h	VD + REC das 15-17h	REC manhã VD tarde
eSF 2	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	OA manhã + AT tarde
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + EI das 10- 12h	AT + RE das 15- 17h	AT manhã + OA tarde
	TE/AE	PRO + VAC	EI + RG das 11-12h	PRO + VAC	EI + RE das 15- 17h	PRO + VAC manhã OA tarde
	ACS	VD	REC + RG das 11-12h	VD + REC das 10-12h	REC + RE das 15- 17h	VD manhã + REC tarde
eSB	DENTISTA	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE 1 das 11-12h	AT + RE 2 das 16-17h	AT
	TSB/ASB	AT + EI	AT + EI + RG das 11-12h	AT + EI + RE 1 das 11-12h	AT + EI + RE 2 das 16-17h	AT + EI

Fonte: Elaborado pelos autores.

➤ **Unidades com horário estendido ou Programa Saúde na Hora**

- USF 60h ou USF ou UBS 60h simplificado: com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais
 - 12 (doze) horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis na semana; ou

- 11 (onze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 5);

Quadro 5: Modelo de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 60 horas ou USF 60 horas simplificado. Porto Alegre, 2020.

USF 60 HORAS OU USF E UBS 60 HORAS SIMPLIFICADO- 7 às 18h							
ESCALA EQUIPE	CBO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 1 (7-16H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10-12h	AT + OA tarde	AT das 7 às 11h	AT
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10-12h	AT + OA manhã	AT das 7 às 11h	AT
	TE/AE	EI	EI + RG das 11-12h	EI até as 9h + VAC + RE das 10-12h	EI	PRO das 7 às 11h	VAC
	ACS	REC	VD + RG das 11-12h	VD + RE das 10-12h	REC	VD das 7 às 11h	REC
eSF 2 (8-17H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	AT + OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	AT + OA manhã	
	TE/AE	PRO + VAC até as 9h	VAC + PRO durante RE3 + RG das 11-12h	PRO + VAC durante RE1	VAC + RE das 15- 17h	EI	
	ACS	VD	REC + RG das 11-12h	VD	REC + RE das 15- 17h	REC	

Quadro 5: Modelo de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 60 horas ou USF 60 horas simplificado. Porto Alegre, 2020. (Conclusão).

USF 60 HORAS OU USF E UBS 60 HORAS SIMPLIFICADO- 7 às 18h							
ESCALA EQUIPE	CBO	SEGUNDA- FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA- FEIRA	QUINTA- FEIRA	SEXTA- FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 3 (9-18H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h + RE das 15-17h	AT	AT	AT + OA manhã	
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h + RE das 15-17h	AT + EI durante RE 1	AT	AT + OA tarde	
	TE/AE	VAC	EI+ RG das 11-12h + RE das 15-17h	EI	PRO + VAC durante RE 2	VAC + PRO após as 11h	
	ACS	VD	VD + RG das 11-12h + RE das 15-17h	REC	REC	VD	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

- USF 60h com saúde bucal: com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais, sendo:
 - 12 (doze) horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis na semana; ou
 - 11 (onze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 6);
- Informações importantes:
 - Organize a escala dos profissionais de forma que durante todos os horários de funcionamento da unidade tenha todas as categorias profissionais;
 - Discuta e organize a escala com as equipes para abertura no final de semana;
 - Avalie se há necessidade de todas as equipes trabalharem no sábado/domingo. Caso não tenha necessidade reduza 5 horas da carga horária, de segunda a sexta-feira, das equipes escaladas para o final de semana de forma que não ultrapasse 40h semanais.

Quadro 6: Modelo de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 60 horas com saúde bucal. Porto Alegre, 2020.

USF 60 HORAS COM SAÚDE BUCAL- SEG à SEX das 7 às 18h e SÁB ou DOM das 8 às 13h							
ESCALA EQUIPE	CBO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 1 (7-16H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10-12h	AT + OA tarde	AT das 7 às 11h	AT
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT + RE das 10-12h	AT + OA manhã	AT das 7 às 11h	AT
	TE/AE	EI	EI + RG das 11-12h	EI até as 9h + VAC + RE das 10-12h	EI	PRO das 7 às 11h	VAC
	ACS	REC	VD + RG das 11-12h	VD + RE das 10-12h	REC	VD das 7 às 11h	REC
eSF 2 (8-17H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	AT + OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h	AT	AT + RE das 15- 17h	AT + OA manhã	
	TE/AE	PRO + VAC até as 9h	VAC + PRO durante RE3 + RG das 11-12h	PRO + VAC durante RE1	VAC + RE das 15- 17h	EI	
	ACS	VD	REC + RG das 11-12h	VD	REC + RE das 15- 17h	REC	

Quadro 6: Modelo de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 60 horas com saúde bucal. Porto Alegre, 2020.

USF 60 HORAS COM SAÚDE BUCAL- SEG à SEX das 7 às 18h e SÁB ou DOM das 8 às 13h							
ESCALA EQUIPE	CBO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 3 (9-18H)	MÉDICO	AT	AT + RG das 11-12h + RE das 15-17h	AT	AT	AT + OA manhã	
	ENFERMEIRO	AT	AT + RG das 11-12h + RE das 15-17h	AT + EI durante RE 1	AT	AT + OA tarde	
	TE/AE	VAC	EI+ RG das 11-12h + RE das 15-17h	EI	PRO + VAC durante RE 2	VAC + PRO após as 11h	
	ACS	VD	VD + RG das 11-12h + RE das 15-17h	REC	REC	VD	
eSB 1 cobre as eSF 1 e 2 (7-16h)	DENTISTA	AT	AT + RG das 11- 12h	AT + 30 min RE 1	AT + 30 min RE 2 + OA tarde	AT até as 11h	AT
	TSB/ASB	AT	EI + RG das 11- 12h	AT + 30 min RE 1	AT + 30 min RE 2 + OA tarde	AT até as 11h	AT
eSB 2 cobre as eSF 2 e 3 (9-18h)	DENTISTA	AT	AT + RG das 11- 12h + 30 min RE3	AT + OA tarde	AT + 30 min RE 2	AT	
	TSB/ASB	AT	EI + RG das 11- 12h + 30 min RE3	AT + OA tarde	AT + 30 min RE 2	AT	

Fonte: Elaborado pelos autores.

- USF 75h com saúde bucal: com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais, sendo:
 - 15 (quinze) horas diárias ininterruptas de segunda-feira a sexta-feira, durante 5 (cinco) dias úteis na semana; ou
 - 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 7);

- SF 75h com saúde bucal: com funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais, sendo:
 - 15 (quinze) horas diárias ininterruptas de segunda-feira a sexta-feira, durante 5 (cinco) dias úteis na semana; ou
 - 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 7);

Quadro 7: Modelo detalhado de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 75h com saúde bucal. Porto Alegre, 2020.

USF 75 HORAS COM SAÚDE BUCAL- SEG à SEX das 7 às 21h e SÁB ou DOM das 8 às 13h																							
		SEGUNDA-FEIRA			TERÇA-FEIRA					QUARTA-FEIRA					QUINTA-FEIRA				SEXTA-FEIRA			SÁBADO OU DOMINGO	
		INTERVALO DE HORAS																					
EQUIPE	CBO	7h-12h	12h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-12h	12h-16h	16h-21h	8h-13h
EQUIPE 1	MÉDICO	AT	AT		AT	RE	AT	OA		AT	AT	RG	AT		AT	OA	AT	AT*		AT			AT
	ENFERMEIRO	AT	AT		AT	RE	AT	AT		AT	OA	RG	AT		OA	AT	AT	AT*		AT			AT
	TE/AE	EI	EI		PRO	RE	PRO	PRO		VAC	EI	RG	VAC		EI	EI	EI	EI*		PRO			EI
	ACS	REC	REC		VD	RE	VD	VD		REC	REC	RG	VD		VD	VD	VD			REC			REC
EQUIPE 2	MÉDICO	AT	AT		AT	AT	AT	RE		AT	OA	RG	AT		AT	AT	OA	OA*		AT			AT
	ENFERMEIRO	AT	AT		AT	OA	AT	RE		AT	AT	RG	AT		AT	OA	AT	AT*		AT			AT
	TE/AE	PRO	PRO		EI	EI	EI	RE		PRO	VAC+PRO	RG	PRO		VAC	VAC	VAC	VAC*		EI			PRO + VAC
	ACS	REC	REC		VD	VD	VD	RE		REC	REC	RG	VD		REC	REC	VD	EI*		VD			VD
EQUIPE 3	MÉDICO	AT	AT		OA	AT	AT	AT		AT	RE	RG	OA		AT	AT	AT	AT		AT	AT		
	ENFERMEIRO	AT	AT		AT	AT	AT	AT		AT	RE	RG	AT		AT	AT	AT	AT		AT	AT		
	TE/AE	VAC	VAC		VAC	VAC+PRO	VAC	EI		EI	RE	RG	EI		PRO	PRO	PRO	PRO		VAC	VAC		
	ACS	VD	VD		REC	REC	VD	REC		VD	RE	RG	VD		REC	REC	VD	VD		REC	VD		
EQUIPE 4	MÉDICO		AT	AT			AT	OA	AT			RG	RE	AT			AT	OA	AT		AT	AT	
	ENFERMEIRO		AT	AT			AT	AT	OA+AT			RG	RE	AT			AT	AT	AT		OA	AT	
	TE/AE		EI	EI			VAC	VAC	VAC			RG	RE	PRO			VAC	EI	EI		PRO	VAC	
	ACS		VD	REC			VD	VD	VD			RG	RE	VD			REC	REC	REC		REC	VD	

Quadro 7: Modelo detalhado de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 75h com saúde bucal. Porto Alegre, 2020. (Conclusão).

USF 75 HORAS COM SAÚDE BUCAL- SEG à SEX das 7 às 21h e SÁB ou DOM das 8 às 13h																							
		SEGUNDA-FEIRA			TERÇA-FEIRA					QUARTA-FEIRA					QUINTA-FEIRA				SEXTA-FEIRA			SÁBADO OU DOMINGO	
		INTERVALO DE HORAS																					
EQUIPE	CBO	7h-12h	12h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-12h	12h-16h	16h-21h	8h-13h
EQUIPE 5	MÉDICO		AT	AT			AT	AT	AT			RG	OA	AT			RE	AT	AT		OA	AT	
	ENFERMEIRO		AT	AT			OA	AT	AT			RG	AT	OA+AT			RE	AT	AT		AT	AT	
	TE/AE		PRO	PRO			PRO	PRO	PRO			RG	EI	EI			RE	VAC+PRO	VAC		EI	EI	
	ACS		VD	VD			REC	REC	REC			RG	VD	VD			RE	REC	VD		REC	VD	
EQUIPE 6	MÉDICO		OA+AT	AT			AT	AT	AT			RG	AT	AT			AT	RE	OA+AT		AT	AT	
	ENFERMEIRO		AT	AT			AT	AT	AT			RG	OA	AT			AT	RE	AT		AT	OA+AT	
	TE/AE		VAC	VAC			EI	EI	EI			RG	VAC	VAC			PRO	RE	PRO		PRO	PRO	
	ACS		VD	REC			VD	REC	REC			RG	REC	REC			REC	RE	VD		VD	REC	
EQUIPE SB 1-ESF 1 e 2	DENTISTA	AT	OA		AT	RE**	AT	RE**		OA	AT	RG	AT		AT	AT	AT	AT		AT	AT		AT
	TSB/ASB	EI	EI		AT	RE**	AT	RE**		EI	EI	RG	EI		AT	AT	AT	AT		EI	EI		AT
EQUIPE SB 2-ESF 3 e 4	DENTISTA	OA	AT		AT	AT	AT	OA			RE**	RG	RE**		AT	AT	AT	AT		AT	AT		
	TSB/ASB	AT	AT		EI	EI	AT	AT			RE**	RG	RE**		EI	EI	EI	EI		AT	AT		
EQUIPE SB 3-ESF 5 e 6	DENTISTA		AT	AT			OA	AT	AT			RG	AT	AT			RE**	RE**	AT		OA	AT	
	TSB/ASB		AT	AT			EI	EI	AT			RG	EI	EI			RE**	RE**	EI		AT	AT	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Dez passos para a transição de um modelo de agendamento tradicional ou carve-out para o acesso avançado

1º passo: Conheça a população que acessou o serviço nos últimos 18 meses (60% da população). Estima-se que uma pessoa tenha de 3 a 9 encontros por ano com o médico, se não houver cuidado 80% das consultas serão destinadas a 20% da população, que normalmente corresponde às pessoas que menos precisam ⁽¹⁷⁾.

2º passo: Calcule a demanda diária de atendimentos e molde a demanda à capacidade do serviço.

3º passo: Identifique o tamanho de painel para à realidade local.

4º passo: Desenvolva um plano de contingência:

- ✓ Identifique profissionais folguistas;
- ✓ Identifique profissionais que podem realizar hora extra;
- ✓ Identifique residentes que podem ser realocados. Algumas unidades possuem programas de residência, verifique a possibilidade destes profissionais auxiliarem em casos de necessidade, ou a inclusão de residentes no serviço que gerencia.

5º passo: Busque apoio para a transição com a coordenação local da APS, usuários e profissionais.

6º passo: Defina os casos que comporão a agenda protegida;

7º passo: Organize a agenda de transição;

8º passo: Reduza o acúmulo de trabalho negativo (atendimentos que são agendados para outros dias);

9º passo: Classifique os atendimentos em apenas dois tipos: demanda espontânea e programada;

10º passo: Estabeleça uma data para que no mínimo 70% dos atendimentos sejam por demanda espontânea. Comece com 30%, aumente gradualmente para 50% e 70% de atendimentos por demanda espontânea.

Organização da agenda

A organização da agenda é fundamental para o acesso oportuno, evitando barreiras criadas pelos profissionais devido à dificuldade de fazer a gestão do tempo e da agenda. Alguns estudos já mostraram bons resultados com a flexibilização do tempo de consulta na APS, com tempos de 5, 10 e 20 minutos através de um sistema organizado que consiga dar resposta às pessoas ^(17,25). A flexibilização da agenda é de extrema importância uma vez que a rigidez provoca grandes listas de espera, triagens ineficientes, insatisfação profissional e desestabilização do trabalho em equipe ⁽¹⁷⁾.

A gestão do tempo significa uso racional do tempo e conhecimento da demanda, através do cálculo da intensidade de uso, intensidade de uso repetido, extensão de uso, rotação e pressão assistencial da população assistida com controle da agenda e dos tempos de consulta (Eixo III). É imprescindível que isso ocorra, para evitar que se atenda mais quem menos precisa, garantindo o atendimento daqueles que mais precisam e que menos acessam o serviço ⁽¹⁷⁾.

➤ **Informações importantes para o gerente:**

- ✓ Adeque a quantidade de atendimentos por turno/dia conforme a necessidade da população atendida, não estabelecendo quantitativo máximo e mínimo para atendimento.
- ✓ Organize tempos flexíveis para consultas conforme perfil de oferta e demanda, definindo o tempo necessário conforme carteira de serviços, não estabelecendo tempos engessados para todos os tipos de consultas.
- ✓ Identifique a necessidade da pessoa, direcionando para o tipo de consulta que seja resolutive.
- ✓ O atendimento da demanda espontânea deve ter a mesma qualidade que as consultas agendadas.

➤ **Sugestões para organização da agenda**

A organização da agenda é um desafio para os profissionais da APS. Mendes caracterizou perfis de oferta e demanda na APS através da identificação dos problemas mais frequentes e da oferta através da carteira de serviços ⁽²⁶⁾. A partir disso, foi construído tempos de consultas para cada tipo de perfil de demanda conforme quadro abaixo.

Quadro 8: Tempos de consulta, relacionados aos perfis de oferta e demanda na APS. Porto Alegre, 2020.

PERFIS DE OFERTA	PERFIS DE DEMANDA	EXEMPLOS PRÁTICOS	TEMPO CONSULTA
Atenção aos eventos agudos	Demandas por condições agudas	Dor de garganta, febre, dor de ouvido, dor de cabeça, etc.	5 minutos
	Demandas por condições crônicas agudizadas	Hipo ou hiperglicemia em diabético, pressão alta em hipertenso, etc.	10 minutos
	Demandas por condições gerais e inespecíficas	Queixas ginecológicas, outras.	10 minutos
Atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades, e as pessoas hiperutilizadoras	Demandas por condições crônicas não agudizadas	Avaliação diabético, hipertenso, tabagista, obesidade, HIV, resultados de exames alterados, etc.	20 minutos
		Renovação de Receitas	10 minutos
	Demandas por enfermidades	sofrimento psiquico, etc.	20 minutos
		Retornos, resultados de exames sem alterações.	10 minutos
	Demandas por pessoas hiperutilizadoras	Aquelas que consultam mais que seis vezes por ano.	5 minutos
Atenção às demandas administrativas	Demandas administrativas	Encaminhamentos para especialidades, laudos, licenças, encaminhamentos INSS.	10 minutos
Atenção preventiva	Demanda por atenção preventiva	Coleta de Citopatológico, solicitação exames, planejamento familiar.	20 minutos
Atenção domiciliar	Demanda por atenção domiciliar	Atendimento domiciliar	30 minutos

Quadro 8: Tempos de consulta, relacionados aos perfis de oferta e demanda na APS. Porto Alegre, 2020. (Conclusão).

PERFIS DE OFERTA	PERFIS DE DEMANDA	EXEMPLOS PRÁTICOS	TEMPO CONSULTA
Atenção para o auto cuidado apoiado	Demandas por autocuidado apoiado	Prestação de serviços com intervenção de apoio. Ex: pessoas com problemas de saúde e com grande dificuldade para autocuidado.	30 minutos

Fonte: Mendes, 2015 adaptado pelos autores.

Com base nestes perfis, sugere-se a construção e organização dos tipos e tempos de consulta conforme o perfil de demanda (Quadro 9). As agendas podem variar conforme a necessidade da população e categoria profissional, pois algumas necessidades identificadas são atribuições específicas do médico, enfermeiro ou dentista, isso exige ainda mais flexibilidade das agendas assim como dos tempos de consultas.

Dessa forma, é imprescindível que toda a equipe adeque diariamente o tipo de consulta conforme a necessidade das pessoas com o objetivo de aumentar o acesso e a resolutividade da APS. Isso significa que consultas rápidas, podem se transformar em consultas intermediárias, e estas em consultas estendidas. Assim como consultas estendidas podem se transformar em consultas intermediárias, e estas em consultas rápidas.

Um estudo mostrou que a quantidade de atendimentos teve um aumento significativo utilizando esta classificação de consultas rápidas, intermediárias e estendida, além de aumentar a quantidade de atendimentos da enfermagem em 120% e mudar o perfil de consultas passando para 99% de consultas do dia ⁽²⁵⁾.

Quadro 9: Tempo e tipo de consulta conforme perfis de demanda. Porto Alegre, 2020.

TEMPO E TIPO DE CONSULTA CONFORME PERFIS DE DEMANDA		
TIPO DE CONSULTA	TEMPO DE CONSULTA	PERFIS DE DEMANDA
Consulta Programada	20 ou 30 minutos	Consultas que foram definidas previamente para agendamento pela equipe. Ex: Pré-natal, puericultura, autocuidado apoiado.
Consulta Rápida	5 minutos	Consultas concentradas em um único problema de saúde ou por pessoas hiperutilizadores. Ex: Dor de garganta, febre, dor de ouvido, dor de cabeça, renovação de contraceptivos, teste rápido de gravidez, etc.
Consulta Intermediária	10 minutos	Demandas por condições crônicas agudizadas, Demandas por condições gerais e inespecíficas, Demandas por enfermidades, Demandas administrativas.
Consulta Estendida	20 minutos	Demandas por condições crônicas não agudizadas, Demandas por enfermidades, Demanda por atenção preventiva, Demanda por atenção domiciliar, Demandas por autocuidado apoiado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Abaixo sugestões de agendas por categoria profissional, que podem ser adaptadas conforme as características do serviço, respeitando a premissa do acesso avançado “*façam todo o trabalho de hoje, hoje*”. Estas foram construídas com base nas seguintes evidências:

- Em torno de 0,7 e 0,8% da população solicita atendimento diário por demanda espontânea ⁽¹⁷⁾.
- Estimativa que a cada 1. 000 pessoas, 25% busca atendimento médico mensalmente ^(18,25).
 - Painel de 4.000 pessoas X 0,8, estimativa de 32 consultas/dia e 1.000 consultas/mês;
 - Painel de 2.750 pessoas X 0,8, estimativa de 22 consultas/dia e 687 consultas/mês;
 - Painel de 2.000 pessoas X 0,8, estimativa de 16 consultas/dia e 500 atendimentos/mês.
- A estimativa de consultas/mês pode ser dividida com o enfermeiro, uma vez que com a ampliação da clínica deste profissional, através de protocolos de enfermagem, muitas demandas podem ser resolvidas por ele.

- Os painéis não consideram o percentual da população que têm planos de saúde médico ou odontológico (28,5%) ⁽²⁷⁾, logo se reduzirmos este percentual o quantitativo de consultas/dia diminuirá conforme perfil da população local.
- As sugestões de agenda abaixo se referem a um dia de trabalho integral e leva em consideração o período de férias. Porém ajustes podem ser realizados conforme realidade local e contrato de trabalho, como liberações para estudos, capacitações, reuniões entre outros.

Agenda Médica

Conforme exemplo abaixo, que considera o limite máximo de atendimentos do médico no dia, em um turno de 8 horas de trabalho diário pode-se atender até no máximo 32 consulta médicas para um painel de 4.000 pessoas, sendo 22% para demanda programada e 78% para demanda espontânea. As consultas médicas podem variar entre 28 e 32 consultas por dia para locais com painéis maiores, reforçando a importância de divisão das demandas com o enfermeiro através de protocolos o que reduz a pressão assistencial do médico. Na agenda médica é possível que o maior número de consultas sejam rápidas e intermediárias, o que pode mudar conforme o tipo de demanda, tanto para mais quanto para menos, garantindo, também, as consultas estendidas e programadas.

Para painéis menores, adequar o exemplo abaixo diminuindo o número de consultas.

Quadro 10: Sugestão de modelo de agenda para médico com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020.

AGENDA MÉDICA UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8	8:00 às 8:20	Consulta programada	Puericultura
	8:20 às 8:25	Consulta Rápida	Aguda
	8:25 às 8:30	Consulta Rápida	Aguda
	8:30 às 8:50	Consulta Estendida	Enfermidades
	8:50 às 9:00	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 9	9:00 às 9:20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	9:20 às 9:30	Consulta intermediária	Administrativas
	9:30 às 9:50	Consulta Estendida	Atenção preventiva
	9: 50 às 10:00	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
Bloco das 10h	10:00 às 10:15	Pausa	
	10:15 às 10:20	Consulta Rápida	Aguda
	10:20 às 10: 30	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	10:30 às 10:40	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	10:40 às 11:00	Consulta programada	Pré-natal
Bloco das 11h	11:00 às 11:10	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	11:10 às 11:30	Consulta programada	Pré-natal
	11:30 às 12:00	Consulta programada	Autocuidado apoiado
12:00 às 13:00	Intervalo para almoço	Almoço	

Quadro 10: Sugestão de modelo de agenda para médico com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020. (Continua.)

AGENDA MÉDICA UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
TARDE			
Bloco das 13	13:00 às 13:20	Consulta programada	Puericultura
	13:20 às 13:30	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	13:30 às 13:40	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	13:40 às 13:50	Consulta intermediária	Enfermidades
	13:50 às 13:55	Consulta Rápida	Hiperutilizadores
	13:55 às 14:00	Consulta Rápida	Aguda
Bloco das 14	14:00 às 14:20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	14:20 às 14:30	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	14:30 às 15:00	Administrativo	
Bloco das 15	15:00 às 15:10	Pausa	
	15:00 às 15:20	Consulta programada	Pré-natal
	15:20 às 15:25	Consulta Rápida	Aguda
	15:25 às 15:30	Consulta Rápida	Aguda
	15:30 às 15:40	Consulta intermediária	Administrativas
	15:40 às 16:00	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
Bloco das 16	16:00 às 16:10	Consulta intermediária	Enfermidades
	16:10 às 16:30	Consulta Estendida	Enfermidades
	16:30 às 17:00	Demanda programada	Autocuidado apoiado
	17:00	Encerramento	

Quadro 10: Sugestão de modelo de agenda para médico com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020. (Conclusão.)

AGENDA MÉDICA UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total manhã	Consulta Programada	4	16
	Consulta Rápida	3	
	Consulta Intermediária	6	
	Consulta estendida	3	
Total Tarde	Consulta Programada	3	16
	Consulta Rápida	4	
	Consulta Intermediária	6	
	Consulta estendida	3	
Total dia	Consulta Programada	7	32
	Consulta Rápida	7	
	Consulta Intermediária	12	
	Consulta estendida	6	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Agenda do Enfermeiro

Na agenda do enfermeiro, em um turno de 8 horas de trabalho diário pode-se atender no máximo 29 consultas de enfermagem, sendo 24% das consultas para demanda programada e 76% para demanda espontânea. Na agenda do enfermeiro é possível que o maior número de consultas sejam intermediárias e estendidas, devido a possibilidade de aumento dos atendimentos para condições crônicas e programas do Ministério da Saúde conforme protocolos locais. Esse número de consultas pode variar conforme o tipo de demanda tanto para mais quanto para menos, garantindo também as consultas rápidas e programadas. Logo, este número de consultas pode reduzir para 20 consultas por dia dependendo da demanda por consultas estendidas e programadas para locais com grandes painéis.

Quadro 11: Sugestão de agenda para enfermeiro, com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020.

AGENDA ENFERMEIRO UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17h			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8	8:00 às 8:20	Consulta programada	Puericultura
	8:20 às 8:25	Consulta Rápida	Aguda
	8:25 às 8:30	Consulta Rápida	Aguda
	8:30 às 8:50	Consulta Estendida	Atenção Preventiva
	8:50 às 9:00	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 9	9:00 às 9:20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	9:20 às 9:30	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	9:30 às 9:50	Consulta Estendida	Atenção Preventiva
	9: 50 às 10:00	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
Bloco das 10h	10:00 às 10:15	Pausa	
	10:15 às 10:20	Consulta Rápida	Aguda
	10:20 às 10: 40	Consulta intermediária	Crônicos não agudizados
	10:40 às 11:00	Consulta programada	Pré-natal
Bloco das 11h	11:00 às 11:10	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	11:10 às 11:30	Consulta programada	Pré-natal
	11:30 às 12:00	Consulta programada	Autocuidado apoiado
12:00 às 13:00	Intervalo para almoço	Almoço	
TARDE			
Bloco das 13	13:00 às 13:20	Consulta programada	Puericultura
	13:20 às 13:30	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	13:30 às 13:40	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	13:40 às 13:50	Consulta intermediária	Enfermidades

Quadro 11: Sugestão de agenda para enfermeiro, com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020.
(Continua).

AGENDA ENFERMEIRO UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17h			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Bloco das 13	13:50 às 13:55	Consulta Rápida	Hiperutilizadores
	13:55 às 14:00	Consulta Rápida	Aguda
Bloco das 14	14:00 às 14:20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	14:20 às 14:30	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
	14:30 às 15:00	Administrativo	
Bloco das 15	15:00 às 15:10	Pausa	
	15:00 às 15:20	Consulta programada	Pré-natal
	15:20 às 15:40	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	15:40 às 16:00	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
Bloco das 16	16:00 às 16:10	Consulta intermediária	Enfermidades
	16:10 às 16:30	Consulta Estendida	Enfermidades
	16:30 às 17:00	Demanda programada	Autocuidado apoiado
	17:00	Encerramento	
Total manhã	Consulta Programada	4	15
	Consulta Rápida	3	
	Consulta Intermediária	5	
	Consulta estendida	3	
Total Tarde	Consulta Programada	3	14
	Consulta Rápida	2	
	Consulta Intermediária	5	
	Consulta estendida	4	

Quadro 11: Sugestão de agenda para enfermeiro, com painel de 4.000 pessoas. Porto Alegre, 2020.(Conclusão).

AGENDA ENFERMEIRO UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17h			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total dia	Consulta Programada	7	29
	Consulta Rápida	5	
	Consulta Intermediária	10	
	Consulta estendida	7	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Agenda do Dentista

A agenda para atendimentos odontológicos, requer outros parâmetros devido às especificidades de procedimentos odontológicos. Os estudos são insuficientes para estimar o tempo ideal de consulta para os dentistas, porém devido à variedade de procedimentos sugere-se a adequação de tempo de consulta conforme perfil de demanda.

Quadro 12: Tempo e tipo de consulta conforme perfis de demanda para Saúde Bucal. Porto Alegre, 2020.

TEMPO E TIPO DE CONSULTA CONFORME PERFIS DE DEMANDA- Saúde Bucal		
TIPO DE CONSULTA	TEMPO DE CONSULTA	PERFIS DE DEMANDA
Consulta Programada	20 ou 40 minutos	Consultas que foram definidas previamente para agendamento pela equipe. Ex: gestante, criança.
Consulta Rápida	10 minutos	Consultas concentradas em um único problema de saúde, demandas administrativas, demandas por pessoas hiperutilizadores, atenção preventiva. Ex: prescrição medicamentosa para dor, retiradas de pontos, avaliação geral, encaminhamentos para especialistas, solicitações de exames, etc.
Consulta Intermediária	20 minutos	Demandas por condições crônicas agudizadas, Demandas por condições gerais e inespecíficas, Demandas por enfermidades.
Consulta Estendida	40 minutos	Demandas por condições crônicas não agudizadas, Demandas por enfermidades, Demanda por atenção domiciliar, Demandas por autocuidado apoiado

Fonte: Elaborado pelos autores.

O Ministério da Saúde propõe os seguintes parâmetros para a Saúde Bucal na APS para a população geral ^(28, 29):

- 1,5 a 2 procedimentos por habitante/ano;
- 75 a 85% das horas contratadas do dentista devem ser para atividades assistenciais;
- 15 a 25% das horas contratadas do dentista devem ser para outras atividades (planejamento, capacitações, atividades coletivas);
- Atividades educativas e preventivas devem ser desenvolvidas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar.

EX: Considerando que 1 mês tem 24 dias úteis, e 30 dias de férias do profissional = 264 dias/ano (24 dias/mês X 11 meses). Considerando que a equipe atendesse 1,5 pessoa/ano teríamos:

- Painel de 4.000 pessoas: estimativa de 22 consultas/dia e 528 consultas/mês (Cálculo: $4.000/264 \times 1,5$);
- Painel de 2.750 pessoas: estimativa de 15 consultas/dia e 375 consultas/mês (Cálculo: $2.750/264 \times 1,5$);
- Painel de 2.000 pessoas: estimativa de 11 consultas/dia e 272 atendimentos/mês (Cálculo: $2.000/264 \times 1,5$).

A sugestão de agenda abaixo refere-se a um painel de 2.750 pessoas, com reserva de 75% de atendimentos para demanda espontânea e 25% de atendimentos para demanda programada.

Quadro 13: Sugestão de agenda para Saúde Bucal com painel de 2.750 pessoas. Porto Alegre, 2020. (Continua).

AGENDA DENTISTA UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8h	8:00 às 8:20	Demanda programada	Gestante
	8:20 às 9:00	Consulta Estendida	Autocuidado apoiado
Bloco das 9h	9:00 às 9:20	Consulta intermediária	Crônicos aguzados
	9:20 às 10:00	Demanda programada	Criança
Bloco das 10h	10:00 às 10:10	Pausa	
	10:10 às 10:20	Consulta Rápida	Demanda administrativa
	10:20 às 11:00	Consulta Estendida	
Bloco das 11h	11:00 às 11:20	Consulta intermediária	Demanda por enfermidades
	11:20 às 12:00	Consulta Estendida	Atenção domiciliar
12:00 às 13:00	Intervalo para almoço	Almoço	
TARDE			
Bloco das 13h	13:00 às 13:20	Demanda programada	Criança
	13:20 às 14:00	Consulta Estendida	Demandas por enfermidades
Bloco das 14h	14:00 às 14:40	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	14:40 às 15:00	Consulta intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 15h	15:00 às 15:10	Pausa	
	15:10 às 15:20	Consulta Rápida	Demanda preventiva
	15:20 às 16:00	Demanda programada	Gestante
Bloco das 16h	16:00 às 16:20	Consulta intermediária	Gerais e inespecíficas
	16:20 às 17:00	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	17:00	Encerramento	

Quadro 13: Sugestão de agenda para Saúde Bucal com painel de 2.750 pessoas. Porto Alegre, 2020. (Conclusão).

AGENDA DENTISTA UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8-17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total manhã	Consulta Programada	2	8
	Consulta Rápida	1	
	Consulta Intermediária	2	
	Consulta estendida	3	
Total Tarde	Consulta Programada	2	8
	Consulta Rápida	1	
	Consulta Intermediária	3	
	Consulta estendida	2	
Total dia	Consulta Programada	4	16
	Consulta Rápida	2	
	Consulta Intermediária	5	
	Consulta estendida	5	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Participação das pessoas que usam o serviço

- Pactue as mudanças e discuta os processos de trabalho com as instâncias de participação social e gestão local.
- Realize diariamente conversas com as pessoas sobre o funcionamento do serviço enquanto elas aguardam atendimento.
- Estimule que as pessoas participem dos processos de avaliação do serviço.

EIXO VI

Educação permanente/ Formação profissional

O Eixo VI orienta sobre a importância da educação permanente e da participação do serviço na formação profissional através das residências médicas e multiprofissionais.

Qualificação/Capacitação profissional

- Realize educação permanente frequente relacionada ao acesso conforme a avaliação dos indicadores estabelecidos na unidade de saúde;
- Possibilite que os profissionais possam realizar capacitações para o fortalecimento do acesso.

Programas de Residência Médica e Multiprofissional

O Ministério da Saúde, oferece um incentivo financeiro para custeio adicional para a inclusão de residentes nas equipes, através do novo financiamento da APS.

- Discuta com a gestão municipal a possibilidade de receber residentes na unidade de saúde que gerencia.
- Vincule os residentes às equipes de Saúde da Família ou Saúde Bucal da unidade.
- Pactue juntamente com os profissionais a inclusão dos residentes para atendimento da população.
- Avalie junto com a gestão da APS a possibilidade da inclusão de alunos de pós-graduação em geral, inclusive mestrado profissional.

EIXO VII

Ferramentas Digitais

O Eixo VII orienta sobre como as ferramentas digitais contribuem para a ampliação do acesso, através de outras formas de agendamento e atendimentos não presenciais, além de fornecer outras formas de comunicação entre os profissionais.

Marcação não presencial de consultas

- Informações importantes para o gerente:

- ✓ Organize com a equipe formas de marcação não presencial de consultas para os grupos estabelecidos previamente conforme descrito no acesso avançado.
- ✓ Defina um quantitativo de agendamentos não presencial para consultas no mesmo dia, principalmente para idosos e portadores de deficiência.
- ✓ Identifique ferramentas que possibilitem esse agendamento. Ex: E-mail, telefone, whatsapp, aplicativos, etc.
- ✓ Através do módulo “**agendamento online**” disponível no PEC do e-SUS AB a partir da versão 3.1, e o aplicativo “Meu DigiSUS”, o cidadão poderá agendar a sua consulta através do seu *smartphone*.
 - ***Para este tipo de agendamento é necessário que a pessoa esteja cadastrada e vinculada à unidade de saúde.***
- ✓ Pactue previamente com a equipe uma estratégia de abertura para um formato de agendamento;
- ✓ Defina em conjunto com a equipe quais os horários que podem estar disponíveis para este tipo de agendamento considerando os demais tipos de agendamento do serviço;
- ✓ Disponibilize horários de forma gradual;
- ✓ Informe à população sobre a possibilidade desse tipo de agendamento.

Teleconsulta

A teleconsulta é a consulta remota mediada pela tecnologia, onde o profissional e paciente estão em espaços físicos e geográficos diferentes, pode ser síncrona (simultânea) ou assíncrona (não simultânea). Embora a teleconsulta apareça nas evidências como uma forma de ampliação do acesso, ainda não é regulamentada no Brasil. Há várias discussões para a sua regulamentação no país, inclusive durante a pandemia da COVID-19, a portaria GM/MS nº 467 autoriza de forma provisória à sua prática.

Este material oferece orientações para a implementação da teleconsulta na APS, porém cabe aos profissionais obedecerem as recomendações dos seus

respectivos conselhos para a sua operacionalização e a decisão para a teleconsulta deve fazer parte da gestão da clínica da sua equipe.

➤ Informações importantes para o gerente:

- ✓ Realize o planejamento e as pactuações com todos os profissionais da unidade durante reunião de equipe.
- ✓ Defina quais profissionais da equipe farão teleconsulta.
- ✓ Organize o processo de trabalho e a gestão da agenda para as teleconsultas.
- ✓ Identifique os recursos tecnológicos existentes que devem ser exclusivos para teleconsulta:
 - Linha de telefone convencional
 - Videochamadas
- ✓ Telefone celular ou computador com câmera
- ✓ Conexão com internet de banda larga ou conexão 3G/4G para telefonia móvel.
- ✓ Crie um e-mail específico para a unidade de saúde que pode ser utilizado como referência para o envio de fotos e documentos.
- ✓ Utilize o Whatsapp, preferencialmente o business, para troca de informações, esclarecimento de dúvidas, além do compartilhamento de fotos e documentos.
- ✓ Organize um material onde conste as seguintes informações definidas em conjunto com a equipe:
 - Situações em que a teleconsulta pode ser usada
 - Situações em que a teleconsulta não pode ser usada
 - Quando utilizar a teleconsulta
 - Plano de contingência para consulta presencial diante de urgências e emergências
 - Acesso ao Prontuário eletrônico do paciente
- ✓ Garanta o registro no prontuário do paciente de todas as informações trocadas durante a consulta.

Saiba mais em: Manual de teleconsulta na APS, na Biblioteca Virtual da Saúde de Porto Alegre (BVAPS POA) disponível em: <https://drive.google.com/file/d/14ENQWWtF6yhFMXqL5dGT0C0FE7QzUWvs/view>

Comunicação dos profissionais

- Identifique formas não presencial de comunicação interna entre os profissionais, para evitar interrupções frequentes das consultas. Ex: Whatsapp, Hangout, google talk, etc.

Agenda/Avaliação e Monitoramento

- Utilize instrumentos digitais para organização da agenda caso a unidade que gerencia ainda não faça uso do PEC. Ex: Planilhas compartilhadas no google drive.
- Inclua na sua rotina e na dos demais profissionais a análise dos relatórios disponíveis no e-SUS.
- Crie instrumentos digitais como estratégias de monitoramentos de casos prioritários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manual de apoio para gerentes da APS - acesso de primeiro contato, tem como propósito qualificar as ações dos gerentes da APS para o fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato. Os estudos encontrados relataram as ações, estratégias e ferramentas citadas como fundamentais para a ampliação do acesso, e o PCAT avalia a capacidade dos serviços para o cumprimento destes elementos, sendo assim, denominados essenciais para qualificação do acesso. Além disso é uma

ferramenta com sugestões que podem subsidiar estes profissionais, adequando a sua realidade local .

Ainda existem inúmeros desafios e limitações para a execução plena destes elementos, como a dificuldade de os profissionais abandonarem o tradicional perfil programático das equipes, a rotatividade de profissionais, a falta recorrente de médicos e enfermeiros e o dimensionamento extrateto. A baixa cobertura da ESF também é uma forte barreira, principalmente por apresentar melhor desempenho quando comparada com as unidades tradicionais.

Por fim, espera-se que este manual possa contribuir para os serviços de APS, para os profissionais das equipes e para a formação destes com ênfase para o atributo acesso.

REFERÊNCIAS:

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, editor. Brasília 2002. 726 p.
2. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate*. 2018;42(1):361-78.
3. Santos CMJ, Harzheim E, Hauser L, Faller LdA, Pinto LF, Gonçalves M, et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil In: SAPS, DEFS, editors. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde; 2020. p. 273.
4. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SLd. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev esc enferm USP*. 2016;50(2):335-45.
5. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ETd, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* 2017;22(6):1881-93.
6. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1772-84.
7. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. *Rev Bras Enferm* 2020;73(3):1-7.
8. Bresick G, Sayed A-R, Grange CI, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):1057.
9. Bresick G, Presentin KBv, Mash R. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey. *South African Family Practice*. 2019;61(3):109-16.
10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior ÁE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):633-41.
11. Brasil. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

12. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-9.
13. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores. In: SAPS, DESF, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. p. 83.
14. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
15. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS BRASIL. ; 2018.
16. M MM, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
17. Gervás J, Comunitaria LFFIPceMFy. Geestión de la Consulta: ¿Cómo lograr motivación en toda situación clínica ? mediante la autogestión en la consulta diaria. *Práctica clínica en Medicina Familiar y Comunitaria*. 2017:1-25.
18. Vidal TB. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da Atenção Primária à Saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2018.
19. Brasil. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. ASSUNTO: Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
20. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. nº 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Knight A, Lembke T. Appointments - getting it right. *Australian family physician*. 2011;40(1-2):20-3.
22. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Managed care quarterly*. 1999;7(3):45-55.
23. Aragón MG. Desafios à Ampliação do Acesso na Atenção Primária à Saúde [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva; 2018.

24. Pereira NVS. A Implantação do Acesso Avançado no Serviço de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 2018.
25. Lima RS, Brandão IC. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2021.
26. Mendes EV. A construção Social da Atenção Primária à Saúde. In: (CONASS) CNdSdS, editor. Brasília2015. p. 194.
27. Brasil. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) CdTeR, editor. 2020. p. 85.
28. Brasil. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: SAS, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. In: SAS, DAB, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
30. Brasil. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Brasil. Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012- Acesso aos serviços, ações de saúde e participação do usuário nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
31. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
32. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.
33. Rewa T. APS forte para o SUS: acesso universal: Formas de reorganização dos processos de trabalho para a ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019.
34. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família.

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.

35. Brasil. Orientações sobre o financiamento da Atenção Primária. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-sobre-o-financiamento-da-atencao-primaria/>. Acesso em 07 de setembro de 2020.

36. Brasil. e-SUS AB. Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão –PEC (versão 3.2). Brasília: Ministério da Saúde;2020.

37. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre; 2019.

38. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de teleconsulta na APS. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS): Porto Alegre; 2020.

6 DISCUSSÃO

6.1 Revisão Integrativa - Avaliação da APS na visão dos gerentes

O atributo da APS que apresentou pontuação mais baixa no desempenho dos serviços foi o acesso de primeiro contato- acessibilidade. A dificuldade de acesso também foi identificada em outros estudos que utilizaram as versões profissionais e usuários ^(10, 55-57). Como evidenciado neste trabalho, não foram localizados novos estudos que utilizaram o PCAT na versão dos gerentes.

Os atributos que também apresentaram baixo desempenho na opinião dos gerentes, foram a longitudinalidade, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Estudo realizado com os profissionais da APS de unidades tradicionais e unidades com ESF, mostrou resultado semelhante com os atributos integralidade, longitudinalidade e orientação comunitária ^(10, 58). No entanto, houve divergência no estudo de Gomes realizado com os profissionais da ESF numa região de São Paulo, onde a maioria dos atributos apresentaram bom desempenho, com exceção do acesso ⁽⁵⁷⁾. Essa divergência de resultados evidenciam as diferenças existentes entre os serviços, ressaltando as vantagens da aplicação do PCAT nas mais diversas equipes de APS do Brasil.

Os componentes equipe de APS/formação profissional aparecem em alguns resultados ^(20, 37-39), porém o processo de validação destes instrumentos não considerou exclusivamente o original, utilizando também a versão validada por Almeida e Macinko (2006). Nesta versão as escalas de respostas foram modificadas (nuca=0; quase nunca=1; algumas vezes=2; muitas vezes=3; quase sempre=4; sempre=5), diferente da escala original. Também foram realizadas modificações com relação ao formato original, como a inclusão de um atributo que se referente a formação profissional e não foi contemplado o atributo competência cultural. No processo de avaliação da validade e fidedignidade, a validade fatorial não contempla a estrutura multidimensional que permite a avaliação individual dos atributos da APS e também o escore essencial, como na versão original ⁽⁵⁹⁾.

Com relação a avaliação do desempenho e o tipo de unidade, se tradicional ou com ESF, os resultados mostraram que a orientação familiar e a orientação comunitária nas unidades com estratégia de saúde da família foram melhor avaliados quando comparados com equipes de APS tradicionais. O mesmo resultado foi encontrado em Curitiba e Minas Gerais na avaliação dos profissionais utilizando o PCAT ^(55, 56), no entanto chama a atenção o baixo escore destes atributos na visão dos usuários ⁽⁵⁶⁾. Porém a integralidade e a longitudinalidade apresentaram baixo escore nos dois modelos de atenção ⁽¹⁰⁾.

O escore geral e escore essencial da APS apresentaram melhor desempenho nas unidades com ESF ^(10, 55, 58). No entanto, o acesso apresentou baixo escore nos dois modelos de atenção ^(10, 51, 55, 56, 58), o que sugere que a introdução da ESF não melhorou o acesso das pessoas aos serviços de APS. Outro estudo que comparou a resolutividade da APS entre unidades tradicionais e com saúde da família utilizando outro instrumento, também demonstrou superioridade na resolutividade nas unidades com ESF ^(51, 60). As evidências mostram que não há dúvidas com relação a qualidade superior das unidades com ESF quando comparadas com as unidades com equipes tradicionais ^(51, 61).

Verificou-se que os atributos integralidade e orientação familiar foram significativamente melhor avaliados nos serviços públicos, enquanto a acessibilidade e orientação familiar foram melhor avaliados nos serviços privados embora a distribuição de recursos financeiros tenha apresentado desempenho crítico nas instituições públicas e privadas. Estudo realizado no Brasil, mostrou que os atributos acesso, integralidade, longitudinalidade e orientação familiar foram melhor observados nas pessoas que utilizam planos de saúde, do que naquelas que utilizaram o SUS, seja nas equipes com ESF ou tradicionais ⁽⁶²⁾. Essa divergência pode ser justificada devido às diferenças de modelos de financiamento dos países onde os estudos foram realizados e as diferentes ferramentas para avaliação, que no último, embora tenha se baseados nestes atributos propostos por Starfield, não utilizou o PCAT.

No Brasil, com relação a cobertura da população e uso do serviço de saúde privado, 71,5% não possui planos de saúde e utilizam o serviço público, e apenas 60% da população está cadastrada em uma equipe de saúde da família ⁽⁶³⁾. Esses dados

mostram uma forte dependência da população brasileira em relação aos serviços da saúde pública e reforçam a necessidade da mudança no modelo de financiamento da APS no Brasil. Além disso, o sistema privado responde por mais de 50% dos gastos e num nível macro coexistem quatro modelos de atenção representados pela ESF, autogestão, UBS tradicionais e medicina de grupos e planos de saúde ⁽⁶⁴⁾.

Na Espanha, mesmo a acessibilidade apresentando bom desempenho, observou-se que nos serviços que não possuem atendimento durante à noite ou nos finais de semana este atributo apresentou baixo escore. O acesso também foi melhor avaliado nos serviços com ampliação do horário de atendimento, no Brasil ⁽⁶⁵⁾, na Itália ⁽⁶⁶⁾ e em Portugal ⁽⁶⁷⁾, mesmo ainda apresentando limitações como dificuldades no agendamento médico, tempo de espera para marcação de consultas ⁽⁶⁷⁾ e risco de quebra na continuidade do cuidado devido à baixa possibilidade das pessoas serem atendidas pela sua equipe de referência ⁽⁶⁵⁾.

A acessibilidade é um fator importante para a redução de atendimentos nos serviços de emergência, com diminuição de admissões inadequadas ⁽⁶⁶⁾ e satisfação dos usuários ⁽⁶⁷⁾. Isso reforça a importância da ampliação do horário de atendimento ser acompanhada de outras estratégias como o acesso avançado, o acolhimento com reformulações nos modelos de agendamento ⁽⁶⁵⁾.

As análises dos atributos na concepção dos usuários, profissionais e gerentes, evidenciaram diferentes perspectivas entre estas três categorias ^(20, 37-39), sugerindo a necessidade de explicar ou diminuir as lacunas existentes entre estas diferentes avaliações. Outra possibilidade de interpretação seria que os gerentes podem estar mais conscientes das necessidades do serviço, percebendo problemas entre usuários e profissionais ⁽²⁰⁾, indicando a falha de comunicação entre eles e a importância de incentivar o diálogo para que possa diminuir estas diferenças ⁽³⁷⁾.

Conforme observado, ainda existem inúmeros fatores que dificultam a ampliação do acesso na APS brasileira. Mesmo nos locais onde a ESF está estabelecida, o acesso permanece como um nó crítico, seja por problemas relacionados aos processos de trabalho e organização das agendas, seja pela restrição aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, ao tempo de espera para atendimento, e da rotina de contato apenas presencial com o serviço, o que leva

a reforçar a urgência no seu fortalecimento e discutir estratégias para a sua ampliação ⁽⁶¹⁾.

6.2 Pesquisa Documental - Acesso de primeiro contato

Para definição de acesso foi utilizado a proposta de Starfield, sem esgotar as várias dimensões de acesso. Starfield define acesso como atenção ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde envolvendo a acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio do mesmo problema. A acessibilidade está relacionada a localização do serviço com a população, dias e horários de funcionamento, capacidade de atendimento às consultas não agendadas, e a percepção da população sobre o quanto o serviço está disponível. A utilização refere-se à ampliação e ao tipo de serviço oferecido a cada problema ou um novo episódio, podendo ser percebida a sua necessidade tanto pelo usuário quanto pelo profissional ⁽¹⁾.

A PNAB brasileira, destaca a responsabilidade das três esferas da gestão, federal, estadual e municipal, em assegurar ao usuário acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde no SUS, além de recomendar estratégias e ações como forma a ampliar o acesso ⁽¹³⁾. Entretanto, o acesso de primeiro contato, ainda é nó crítico no sistema de saúde. Em 2019, o Ministério da Saúde, criou a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) através do decreto 9.795 de 17 de maio de 2019, onde um dos principais desafios colocados foi a ampliação do acesso das pessoas às unidades de saúde da APS ⁽⁶⁸⁾. Garantir acesso em serviços primários e em tempo oportuno é um dos maiores obstáculos dos sistemas de saúde, assim como de um modelo de APS que seja baseada nos atributos da APS.

Entretanto, existem inúmeras estratégias, ferramentas e ações para a superação das dificuldades de acesso, destacando-se entre elas, a vinculação de pessoas às equipes através do cadastramento e lista de pacientes, avaliação e monitoramento como indicadores, pagamento por desempenho, tamanhos de painel, carteira de serviços, além do fortalecimento da clínica multiprofissional, ampliação do horário de atendimento entre outras. Uma revisão sistemática verificou 230 barreiras de acesso, sendo que destes 29% estavam relacionadas à acessibilidade, como horários inadequados de atendimento, listas e tempos de espera excessivo e 11%

relacionados à disponibilidade como escassez de recursos, informações e capacitação das equipes ⁽⁶⁹⁾.

O acesso avançado se mostrou uma estratégia oposta e inerente a outros modelos de agendamento, encerrando a lacuna existente entre oferta e demanda cujo principal lema é “Faça o trabalho de hoje, hoje!” e permite que as pessoas sejam atendidas por qualquer demanda, seja urgente, de rotina ou prevenção. Estudos mostraram que o acesso avançado aumentou o número total de atendimentos de forma significativa em mais de 100%, principalmente o número de atendimentos por enfermeiros, além da redução no número de faltas ^(70, 71). No entanto os serviços devem estar organizados para manter e garantir o cuidado com qualidade das pessoas com doenças crônicas e cuidado continuado. Sobre isso estudos mostram que pode haver prejuízo no acompanhamento destes grupos ⁽⁶⁵⁾.

Os conceitos acesso avançado e agendamento não podem ser vistos com oposição, sendo este último utilizado para favorecer o acesso e não a criação de filas virtuais com avaliação frequente dos tempos de consulta, pressão assistencial, lista de pacientes e “frequência”. Sugere que as agendas não devam ser programáticas com dias específicos para atendimento, com avaliação de risco individual independente se o indivíduo pertence a algum grupo dito prioritário ⁽⁶⁴⁾.

Para uma APS efetiva e que cumpra com todos os seus atributos, o acesso é uma condição indispensável, e nesse sentido o acolhimento precisa ser discutido pois visa resgatar a relação entre profissional e usuários, com o objetivo de melhorar a equidade, resolubilidade e agilidade no atendimento. No entanto, essa prática ainda é diversificada nos diferentes serviços da APS, e sem capacitação, orientação e reorganização das equipes, pode não cumprir esse papel ⁽⁶¹⁾. Embora o acolhimento seja discutido de longa data, ainda há dificuldade de os profissionais mudarem as suas práticas tradicionais, como a restrição de acesso dos usuários aos serviços de saúde através de dias específicos para o agendamento de consultas ⁽⁷²⁾. Para Gusso et al, faltam estudos que mostrem a efetividade e benefício da definição de acolhimento, projeto terapêutico singular, matriciamento e clínica ampliada, sendo importante a reavaliação destes conceitos relacionados aos atributos da APS ⁽⁶⁴⁾.

Uma das estratégias utilizadas pelo MS, foi o incentivo financeiro para as unidades com ampliação do horário de funcionamento através do Programa Saúde na Hora, ampliando o acesso de modo mais oportuno e conveniente às pessoas. Além disso, com a criação da SAPS, foi discutido a importância em definir um novo modelo de financiamento com base em resultados em saúde, fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na ESF, dos registros de informações e uso de dados para aprimoramento na gestão através da informatização ⁽⁶⁸⁾.

O novo modelo de financiamento da APS, denominado Previne Brasil, propõe uma mudança no modelo que ficou vigente por 25 anos e pedia mudanças devido às suas limitações por não considerar a população coberta e muito menos a ponderação do pagamento para as pessoas mais vulneráveis. Dessa forma, o novo modelo, passa a estimular a responsabilização dos gestores e das equipes através do pagamento por pessoa cadastrada e vinculada (capitação), além do monitoramento destas pessoas, do fortalecimento da equidade através da ponderação de algumas situações de saúde, faixa etária e perfil do município segundo o IBGE ⁽⁶⁸⁾.

A remuneração na APS não deve ser paga com um único critério, e sim com diferentes modelos a exemplo da capitação, com listas de pacientes representando pelo menos 50% do financiamento total, e incentivos para os profissionais. Estas listas de pacientes preferencialmente não devem seguir regiões demográficas, mas sim listas abertas avaliadas por critérios de vulnerabilidade com parâmetros de acordo com a realidade local ⁽⁶⁴⁾. Esta revisão mostrou que na Espanha as unidades que tinham menores listas de pacientes apresentaram bom desempenho no acesso, isso reforça a necessidade de tamanhos de painéis adequados para evitar a sobrecarga e a dificuldade das pessoas conseguirem atendimento nos serviços da APS.

Nesse sentido, é imprescindível o fortalecimento da clínica e do trabalho multiprofissional, ambos reconhecidos através do novo modelo de financiamento da APS. Além disso, os coordenadores de unidades de APS apontaram como facilitador a consulta de enfermagem ⁽⁶⁷⁾ e o acolhimento, este se apresenta como um estímulo para a prática clínica do enfermeiro ⁽⁶¹⁾. Há evidências claras sobre o potencial da atuação clínica das enfermeiras, no acompanhamento de pacientes crônicos através de protocolos claros e de evidências bem embasadas, reduzindo assim a pressão sobre a agenda dos médicos e um maior equilíbrio entre as demandas espontâneas

e programadas. A busca entre o equilíbrio das demandas espontâneas e programadas ainda causam desarmonia entre as ações das equipes, no que se refere à cobertura entre elas durante todo o horário de funcionamento, principalmente nas unidades com horário estendido ⁽⁵¹⁾.

O fortalecimento da clínica multiprofissional também contribui para a ampliação da “Carteira de Serviços”, pois ela auxilia na definição de papéis além de direcionar os serviços essenciais que devem estar disponíveis na APS do país. Embora a Carteira de Serviços relacione todos os procedimentos que devem ser ofertados na APS, sendo um norte a ser seguido para o alcance da integralidade, o monitoramento através do “Carteirômetro” mostra que ainda há um longo percurso a ser realizado para a oferta de uma ampla cesta de serviços para a população com ações indicativas de uma APS de qualidade, pois muitos serviços ainda não são oferecidos à população ⁽⁵¹⁾.

Outro ponto complementar para o fortalecimento do acesso é a formação em residência de medicina/enfermagem de família e comunidade (MFC), porém esta ainda é incipiente no Brasil, onde deveria haver uma reserva de pelo menos 35 e 40% de todas as vagas de residência médica para medicina de família e comunidade ⁽⁶⁴⁾. Em Portugal é obrigatório a formação em MFC para atuar nas ESF, além de serem frequentes as capacitações e cursos de especialização, sendo que no Brasil não é obrigatório essa formação ⁽⁶⁷⁾. O Rio de Janeiro utilizou como estratégia de fortalecimento e fixação de médicos na APS, a residência médica em MFC com incentivo financeiro complementar à bolsa oferecida pelo MEC, além de outros benefícios. Ainda assim, a formação em MFC ainda representava 17,9% nas Clínicas de Família com ESF ⁽⁵¹⁾.

O financiamento do gerente de APS pelo governo federal é um estímulo para que os gestores municipais incluam um profissional com dedicação à este papel, e permite às equipes o aprimoramento da gestão da clínica, o monitoramento de pacientes prioritários e indicadores, além de arranjos organizacionais ⁽⁶⁸⁾. No entanto, os gerentes precisam estar qualificados, reconhecendo os instrumentos e ferramentas mais importantes para o seu trabalho ⁽⁷³⁾.

A discussão acerca do acesso e do papel do gerente de APS na superação dos seus obstáculos, apontam para um olhar dos gestores e profissionais para este problema. Isso indica um caminho de mudanças e adequações por parte de todos, em benefício da população que necessita de cuidados em saúde, e que já evidenciaram a dificuldade em acessar os serviços de APS no Brasil.

6.3 Manual de Apoio

Em serviços de saúde pública, os manuais são amplamente reconhecidos como um dos importantes meios para o eficiente desenvolvimento de programas. A utilização do manual, incluindo normas e procedimentos é fundamental para o desenvolvimento do trabalho e o alcance de metas e objetivos ⁽⁷⁴⁾, neste caso o fortalecimento do atributo acesso de primeiro contato pelos gerentes da APS. Diante da quantidade e das diferentes atividades que são desenvolvidas pelos gerentes de unidades da APS, é de extrema importância um documento que oriente a sua prática. Embora existam diferentes tipos de materiais, cadernos, protocolos, e sites as informações precisam ser claras e resumidas num material direcionado, onde constem as principais ações a serem desenvolvidas por este profissional.

Na área da saúde, as tecnologias educativas são importantes para o desenvolvimento do trabalho da equipe multidisciplinar, além de facilitar e uniformizar as orientações a serem realizadas ⁽⁷⁵⁾. Os gerentes da APS estão expostos diariamente a todos os tipos de tecnologias, sendo fundamental que as pesquisas científicas e tecnológicas sejam conhecidas e consumidas por estes profissionais através de saberes estruturados para obter um melhor desempenho nas suas ações.

No entanto para que seja operacionalizado e consolidada na prática, é necessário interesse da gestão local em incentivar a aplicação das orientações nos serviços de saúde da APS local.

7 CONCLUSÃO

Este Trabalho mostrou que ainda há poucos artigos que avaliam a APS por gerentes através do PCAT, o que demonstra a necessidade de novos estudos com esses profissionais comparando a sua percepção com os usuários e demais profissionais da APS visando o fortalecimento dos atributos. Ademais, foram encontradas algumas

limitações como estudos que modificaram a versão original no seu processo de validação e documentos que abordassem de forma clara como executar as ações e estratégias para ampliação do acesso.

Os atributos essenciais e derivados da APS, em sua maioria, são avaliados como bom desempenho com exceção do acesso, que embora ainda seja visto como bem avaliado pelos gerentes, apresentou estudos em que estes profissionais consideram que o mesmo ainda precisa ser melhorado e fortalecido, corroborando assim com a visão dos profissionais e dos usuários. Ainda nos serviços que o acesso foi bem avaliado, este escore foi influenciado pelos serviços que funcionavam à noite e nos finais de semana, o que sugere que ainda há muito para ser ampliado.

Sendo um dos maiores problemas para os sistemas de saúde, a ampliação do acesso torna-se um desafio, e mesmo as evidências apontando estratégias para o seu fortalecimento ainda encontram-se inúmeras barreiras, exigindo que os profissionais e gestores se apropriem do tema e introduzam uma mudança imediata nas suas práticas, discutindo novos modelos de agendamento e formas de organização da demanda.

No Brasil, no ano de 2019, o Ministério da Saúde deu um importante passo em direção do fortalecimento do acesso, através do novo modelo de financiamento para a APS e programas que incentivam os serviços que funcionam em horário estendido, no entanto, quase um ano após a sua implantação, observa-se que muitos gestores e profissionais ainda encontram dificuldades na sua efetivação.

Espera-se que este estudo e o Manual desenvolvido para os gerentes da APS, possam contribuir para o fortalecimento de um dos atributos mais importante para a APS, pois sem a garantia do acesso das pessoas aos serviços e aos atendimentos capazes de darem respostas às suas necessidades, todos os demais atributos serão comprometidos. Além disso, o Manual norteia as ações destes profissionais para a aplicabilidade na prática requerendo o esforço dos gestores municipais para apoiar os gerentes da APS em envolverem suas equipes nesta transformação.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, editor. Brasília 2002. 726 p.
2. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
3. Figueiredo AMd, Kuchenbecker R, Harzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
4. Santos CMJ, Harzheim E, Hauser L, Faller Lda, Pinto LF, Gonçalves M, et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil In: SAPS, DEFS, editors. Brasília: Brasil Ministério da Saúde; 2020. p. 273.
5. Fracoli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCd. Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(12):4851-60.
6. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. J Nurs Health. 2018;8(1):1-17.
7. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. Epidemiol serv saúde. 2013;22(1):179-81.
8. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SLd. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. Rev esc enferm USP. 2016;50(2):335-45.
9. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ETd, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva 2017;22(6):1881-93.
10. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saúde Pública. 2012;28(9):1772-84.
11. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. Rev Bras Enferm 2020;73(3):1-7.
12. Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. Rev bras promoç saúde. 2014;27(3):389-97.
13. Brasil. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
14. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:180.
15. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
16. Brasil. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica e da Gerência de Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

17. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-9.
18. Chagas MdS. Micropolítica da gestão e trabalho em saúde em um curso de Educação a Distância para gerentes da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2020;43(spe6):161-70.
19. Reis RS, Coimbra LC, Silval AAMd, Santos AMd, Alves MTSSdBe, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
20. Bresick G, Sayed A-R, Grange CI, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):1057.
21. Sabino LMMd, Brasil DRM, Caetano JÁ, Santos MCL, Alves MDS. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan* 2016;16(2):230-9.
22. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC health serv res*. 2006a;6(156):1-7.
23. Brasil. Saúde dentro de casa: programa de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
24. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2019.
25. Hauser L, Vigo A, Stein AT, Harzheim E, Duncan BB. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
26. Bertolo MB, Ferreira BSdA, Marchiore AGM, Carvalho GPdA, Souza DPd, Psaltikidis EM. 2014. *Rev Bras Reumatol*. Construção do manual de processos de trabalho e técnicas do Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) do Hospital de Clínicas da Unicamp;54(3):185-91.
27. Superior CdAdPdN. Unidade 6: Manuais da Organização. Brasília Ministério da Educação.
28. Padilha AP, Schoeller LMdRSD, Junkes C, Mendez CB, Martins MMFPdS. Manual de Cuidados às Pessoas com Diabetes e pé diabético: Construção por Scoping Study. *Texto contexto - enferm*. 2018;26(4):e2190017.
29. Costa AdS, Durante AS. Manual educativo para criação de hábitos e ambientes sonoros saudáveis. *Audiol, Commun Res*. 2017;22: e1721.
30. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13(5):754-7.
31. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas de Saúde coletiva*. 2012;6(2):151-63.
32. Monteiro DS, Rodrigues ILA, Souza DFd, Barbosa FKM, Farias RC, Nogueira LMV. Validação de uma tecnologia educativa em biossegurança na atenção primária. *Rev Cuid*. 2019;10(2).
33. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto & Enfermagem*. 2008;17(4):758-64.
34. Medicine CfE-B. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009). University of Oxford; 2009.

35. GIL AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008.
36. Bardin L. Análise de Conteúdo: Almedina Brasil; 2016.
37. Bresick G, Pressentin KBv, Mash R. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey. *South African Family Practice*. 2019;61(3):109-16.
38. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior ÁE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):633-41.
39. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Sebastián MS. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2013;13(315):1-12.
40. Osorio AG, Álvarez CV, Pasarín MI, Ponzó J, Berra S. Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia. *Rev cienc cuidad*. 2018;15(2):101-12.
41. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gac Sanit*. 2013;27(1):12-8.
42. Curtido PF, Lorenzo SM. Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante Primary Care Assessment Tools (PCAT). *J healthc qual res*. 2018;33(3):121-9.
43. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
44. Brasil. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
45. Brasil. Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012- Acesso aos serviços, ações de saúde e participação do usuário nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
46. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. nº 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
47. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
48. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS BRASIL. ; 2018.
49. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.
50. Rewa T. APS forte para o SUS: acesso universal: Formas de reorganização dos processos de trabalho para a ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019.
51. E EH, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.

52. Vidal TB. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da Atenção Primária à Saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2018.
53. Aragón MG. Desafios à Ampliação do Acesso na Atenção Primária à Saúde [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva; 2018.
54. Pereira NVS. A Implantação do Acesso Avançado no Serviço de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 2018.
55. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Extensão de atributos da APS em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303.
56. Stralen CJv, Belisário SA, Stralen TBdSv, Lima ÂMDd, Massote AW, Oliveira CdL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl1):s148-s58.
57. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. revista brasileira em promoção da saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(3):1-13.
58. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13.
59. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2006. p. 218.
60. Nunes AA, Caccia-Bava MdCGG, Bistafa MJ, Pereira LCR, Watanabe MC, Santos V, et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. *Rev bras educ med*. 2012;36(1):27-32.
61. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate*. 2018;42(1):361-78.
62. Silva SdS, Mambrini JVdM, Turci MA, Macinko J, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(10):e00014615.
63. Brasil. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) CdTeR, editor. 2020. p. 85.
64. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TGd, Junior NL, Neto PP. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(36):1-10.
65. Pessoa BHS, Gouveia EdAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9.
66. Bruni M, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? *Journal of Health Economics*. 2016;50:144-55.

67. Souza MBd, Rocha PdM, Sá ABd, Uchoa SAdC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(3):190-5.
68. Reis JGd, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JCd, D'Ávila O, Hauser L, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3457-62.
69. Aday MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.
70. Cirino FMSB, Filho DAS, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111.
71. Lima RS, Brandão IC. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):2021.
72. Silva MTAd, Júnior VBdS, Mangueira JdO, Melo APLd. Implantar o acolhimento na estratégia de saúde da família é viável? *Em Extensão*. 2018;17(1):153-65.
73. Santos LJ, Paranhos MS. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):759-69.
74. Andrade OBd. Manual de normas e procedimentos do serviço de enfermagem de saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1975;9(4):455-66.
75. Vasconcelos SS, VGomes IL, Barbalho EV, Gouveia SSV, Gouveia GPM. Validação de uma cartilha sobre a detecção precoce do transtorno do espectro autista. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(4):1-7.

ARTIGO

Artigo a ser submetido à revista Ciências e Saúde Coletiva, nas normas da revista.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS GERENTES ATRAVÉS DO PCAT: revisão integrativa da literatura

Paula Martina da Silva Araújo Nunes

Alísia Helena Weiss

Erno Harzheim

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, oferecendo atenção ao longo do tempo para os mais diversos problemas. A APS é reconhecida através dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) bem como os atributos derivados. O *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* mede a extensão e a presença dos atributos da APS, sendo reconhecido como o instrumento que melhor avalia a APS, e possui versões para usuários, profissionais e gerentes. Porém ainda são escassos os estudos voltados para os gerentes da APS avaliando a perspectiva destes com relação aos atributos da APS. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi sintetizar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o desempenho da APS através da avaliação dos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes. **Métodos:** Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura com estudos realizados com os gerentes dos serviços de saúde da APS utilizando o PCAT versão gerentes. **Resultados:** A identificação do acesso como um dos principais atributos a ser fortalecido, sendo um dos principais desafios dos sistemas de saúde, exigindo que profissionais e gestores introduzam mudanças imediatas na sua prática.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) offers people's first access to the health system, offering attention over time to the most diverse problems. PHC is recognized through the essential attributes (first contact access, longitudinality, integrality and coordination of care) as well as the derived attributes. The Primary Care Assessment Tool (PCAT) measures the extent and presence of PHC attributes, being recognized as the instrument that best assesses PHC, and has versions for users, professionals and managers. However, studies focusing on PHC managers are still scarce, evaluating their perspective regarding PHC attributes. **Objective:** The objective of this

study was to synthesize and analyze the available evidence in the literature on the performance of PHC through the assessment of PHC attributes, using the PCAT in the version for managers. **Methods:** It was an integrative literature review with studies carried out with the managers of the PHC health services using the PCAT version managers. **Results:** The identification of access as one of the main attributes to be strengthened, being one of the main challenges of health systems, requiring professionals and managers to introduce immediate changes in their practice.

PALAVRAS-CHAVES: Primary Health Care, Health Services Research, Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, sendo responsável por encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Também oferta serviços de prevenção, cura e reabilitação, além de organizar e racionalizar o uso dos recursos, tanto básicos como especializados. O foco deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, o meio em que este vive e as condições em que está submetido. Além disso, se defronta com uma grande variedade de problemas, comuns e pouco definidos, oferece atenção ao longo do tempo para os mais diversos problemas ⁽¹⁾.

A APS é reconhecida através dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) bem como os três atributos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Assim, para que um serviço seja definido e orientado como provedor de atenção primária deve apresentar os quatro atributos essenciais, qualificando a relação com os indivíduos e a comunidade quando apresenta também os atributos derivados ⁽²⁾.

A partir destes atributos foram utilizadas as proposições de Donabedian, devido à inexistência de ferramentas, para medir as interações entre estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde baseado no modelo proposto para avaliação da qualidade de serviços de saúde. No Brasil, o processo de avaliação da atenção primária ainda é prematuro, necessitando de uma cultura que construa a internalização dos gestores e profissionais de forma efetiva, como parte integrante da construção do sistema de saúde ⁽³⁾.

O Primary Care Assessment Tool (PCAT), criado por Starfield e colaboradores, mede a extensão e a presença dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Esse instrumento foi produzido nas versões para usuários crianças (Child Consumer/Client Survey), usuários adultos (Adult Consumer/ Client Survey), profissionais de saúde (Provider Survey) e gestores (Facility Survey), sendo validado em inúmeros países. No Brasil é denominado PCATool Brasil ⁽⁴⁾.

Estudos demonstraram que o PCAT é o instrumento que melhor avalia a APS, permitindo analisar os processos de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família ⁽⁵⁾, avaliação sobre desempenho do serviço, e sugerem que seja utilizado como ferramenta preferencial na avaliação da qualidade da APS, principalmente por gestores e pesquisadores ^(3, 6, 7), pois além de mensurar a adequação dos atributos da APS avalia a qualidade e a capacidade de respostas frente às diferentes situações em saúde ⁽⁶⁾.

O mencionado instrumento possui revisões sistemáticas e estudos que avaliaram a presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos usuários ^(8, 9) e profissionais ^(10, 11) e mostraram que o atributo acesso de primeiro contato é o pior avaliado na perspectiva destes. Porém ainda há poucos estudos que avaliam a

APS sob ótica dos gerentes que são fundamentais no processo de qualificação deste nível de atenção, principalmente para superação das dificuldades na ampliação e fortalecimento deste atributo.

Nesse sentido, torna-se relevante direcionar o estudo sobre APS para a perspectiva dos gerentes das unidades de saúde. A gestão da atenção primária é complexa e exige conhecimentos em administração, saúde, ter uma visão geral do local onde está inserido, compromisso com a comunidade e saberes técnicos, com vários fatores implicados além da utilização de empirismo e improvisação na sua prática. O gestor local, que atua na “ponta” do sistema costuma ser denominado gerente, e em algumas regiões brasileiras, também são conhecidos como coordenadores ou diretores, exercendo função gerencial e assistencial, sendo atores fundamentais nesse processo de mudança, o que é um desafio para a maioria dos gerentes que estão à frente das unidades de saúde ⁽¹²⁾.

A inclusão do gerente de Atenção Primária nas unidades da APS foi reconhecido a partir de 2017 através da atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), recomendando sua inserção como novo membro da equipe ^(13, 14), com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho das unidades, fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes por meio da função técnico-gerencial, do planejamento em saúde, organização dos processos de trabalho, coordenação e integração das ações ^(13, 15, 16). Anteriormente estas ações eram de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde ou eram executadas predominantemente por enfermeiros ou outros profissionais como médicos, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo que algumas unidades não possuíam gerentes ⁽¹⁷⁾.

A PNAB recomenda que o gerente deve ser qualificado, preferencialmente com nível superior, além de não ser integrante das equipes vinculadas às unidades, devendo exercer integralmente as atribuições de gerente de AB ^(13, 16). No entanto, percebe-se que a maioria dos gerentes desempenham múltiplas tarefas, seja pela ausência de um profissional que a exerça ou pela descaracterização deste papel, e não dispõe de dedicação exclusiva a esse cargo, sendo exercida na atividade da assistência, somado a falta de formação específica, o que compromete a efetividade do trabalho acarretando insatisfação do usuário ⁽¹⁷⁾.

Ainda, estudos apontam divergências entre a percepção dos gerentes e profissionais com a dos usuários, o que denota a necessidade de maior aproximação entre gestão, serviços de saúde e usuários ^(18, 19). Essa divergência pode ser uma oportunidade para construir, implementar e monitorar intervenções apropriadas destinadas a melhorar o desempenho, qualificando assim os resultados em saúde. Os estudos ajudam a identificar e implementar intervenções para melhorar o desempenho do gerente através dos atributos essenciais da atenção primária ⁽¹⁹⁾.

Diante do exposto, este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa: Qual o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto mundial com relação aos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes?

Este estudo se justifica pois, a criação do cargo de gerente e a rigorosa avaliação da presença e extensão dos atributos citados é de extrema importância para definir a orientação do serviço para a atenção primária, promovendo atenção integral à comunidade adscrita, de maneira biopsicossocial ⁽⁴⁾. O PCAT permite uma avaliação do grau de orientação da atenção primária à saúde dos serviços de atenção primária

do país, uma vez que possibilita a comparação e a definição de forma consistente destes atributos, reiterando a possível utilidade desta escala, e, a partir disso, ser utilizados como indicadores de qualidade da atenção ⁽²⁰⁾.

Além disso, o fortalecimento os atributos da APS através das ações desenvolvidas pelo gerente de unidade é de extrema importância para a qualidade dos serviços e satisfação das pessoas que procuram atendimento. O objetivo deste estudo foi sintetizar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o desempenho da APS através da avaliação dos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes.

MÉTODO:

Foi realizada uma revisão integrativa, que é um método que possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, além de sinalizar questões do conhecimento que precisam de respostas através de novos estudos, pois inclui a análise de pesquisas relevantes que dão subsídios para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica ⁽²¹⁾.

A revisão integrativa exige descrição detalhada e clara de seis etapas como segue ⁽²¹⁾:

Primeira etapa: formulação do problema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

Foi utilizada a estratégia PICO, que representa o acrônimo para P= Paciente, I=Intervenção, C= Controle, O= desfecho (outcome). Neste estudo o acrônimo é P= gerentes da APS; I=PCAT; C= não se aplicou para esta questão norteadora, pois não há comparação ou grupo controle; O= desempenho dos serviços de APS.

Segunda etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura.

A busca de artigos nas bases de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2020. Para a seleção dos estudos foram utilizadas as bases de dados de fontes primárias Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE/PUBMED), Web of Science; Medical Exerpta databases (EMBASE), Biblioteca Virtual em Saúde- BIREME, Elsevier SciVerse Scopus (SCOPUS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Para a seleção dos artigos foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde e; Medical Subject Headings (MeSH): Primary Health Care, Health Services Research e Health Services Evaluation, utilizado as palavras-chave: PCAT, Facility survey, managers. As combinações foram realizadas utilizando-se descritores controlados com associação de palavras- chaves. Com o intuito de analisar todos os estudos publicados após a criação do PCAT, foram incluídos os estudos publicados a partir do ano 2002.

Nas bases BVS/BIREME, Web of Science, Scopus, Scielo foram feitas as combinações com os descritores e palavras-chaves Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research OR Health Services Evaluation. Nas bases de dados Embase e Medline/Pubmed foi realizada a busca com a seguinte estratégia: Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research. O descritor Health Services Evaluation foi excluído destas bases, pois a combinação apresentou baixa sensibilidade ao tema estudado.

- Os critérios de inclusão foram:
 - Estudos que foram realizados com os gerentes dos serviços de saúde da APS utilizando o PCAT versão gerentes;
 - Estudos publicados a partir do ano 2002.
- Os critérios de exclusão foram:
 - Estudos que tenham utilizado o PCAT nas versões para criança e adultos;
 - Estudos que tenham aplicado o PCAT na versão gerentes para outros profissionais que não sejam de unidades de saúde da APS.
 - Teses, monografias e dissertações.

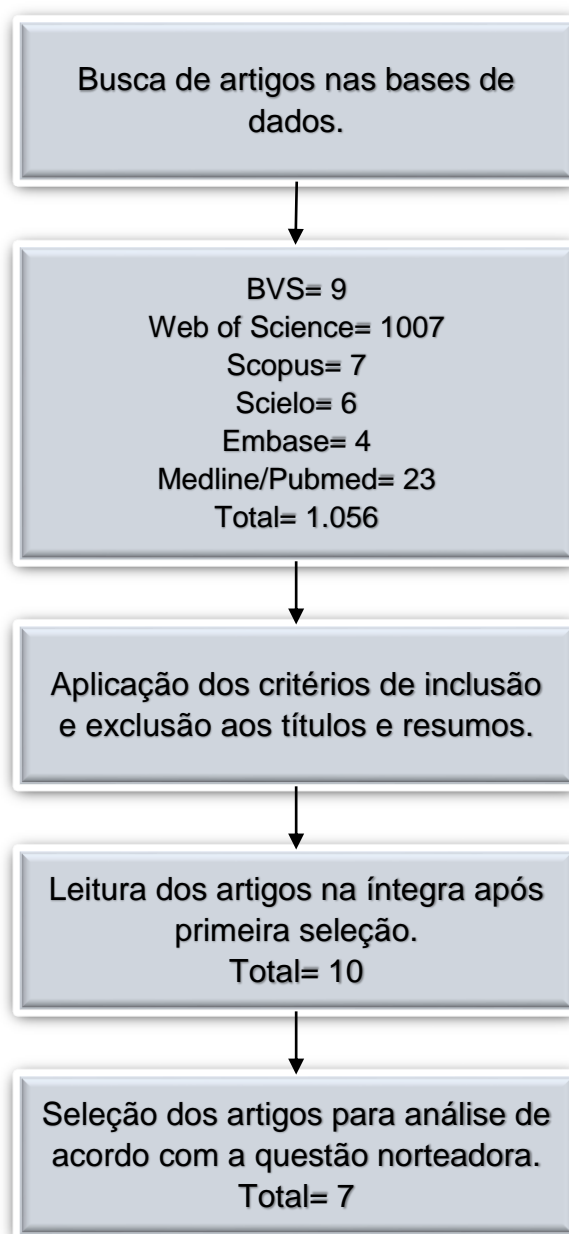
Dessa forma, os artigos foram primeiramente selecionados pelo título e resumo e, em seguida, lidos na íntegra, excluindo-se os artigos que não responderam a questão de pesquisa.

A base de dados BVS/BIREME apresentou nove artigos, sendo excluídos três, pois dois estavam repetidos e um não estava relacionado ao PCAT. A base de dados Web of Science apresentou 1007 artigos, utilizando o filtro por ano 2002-2020 e “artigos”, destes apenas um foi incluído para leitura na íntegra, pois os demais não eram relacionados ao PCAT ou não foram utilizadas a versão gerentes. A Scopus apresentou sete resultados, sendo três excluídos pois utilizaram o PCAT nas versões usuários e profissionais. A base Scielo apresentou seis resultados, sendo dois excluídos pois estavam duplicados.

A Embase apresentou quatro resultados, sendo dois excluídos, pois um não avaliava a APS e um utilizava a versão usuários do PCAT. A base Medline/Pubmed apresentou 23 resultados, sendo selecionados quatro artigos para leitura na íntegra,

pois os demais utilizaram as versões para criança, profissionais e usuários do PCAT, ou não utilizaram o PCAT.

Figura 5: Fluxograma das etapas metodológicas para a seleção dos artigos. Porto Alegre, RS. 2020



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Nesta etapa utilizou-se um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave e o nível de evidência dos estudos. Os dados dos estudos primários foram

extraídos com o auxílio de instrumento elaborado pela autora, contendo as seguintes informações: título do artigo, autor(es), periódico/base de dados, ano de publicação, objetivo(s), tipo de estudo, principais resultados, conclusões e nível de evidência. Essa etapa foi realizada por dois autores da revisão de forma independente.

Quarta etapa: avaliação detalhada dos estudos incluídos

Nesta etapa da revisão integrativa foi realizado a avaliação detalhada e a análise crítica para auxiliar na tomada de decisão através da utilização dos resultados da pesquisa na prática clínica. Para caracterização da força da evidência dos estudos foi utilizada a definição do Centro Oxford para a Medicina Baseada em Evidências ⁽²²⁾, onde o nível de evidência está relacionado ao tipo de estudo e sua metodologia: Terapia/prevenção/etiologia/danos, prognóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial/estudo de prevalência ou análises econômicas ou de decisão.

Quinta etapa: interpretação dos resultados

A análise dos dados da revisão integrativa foi elaborada na forma descritiva e apresentada em tabelas e quadros-síntese, realizado de forma descritiva as características de cada estudo, apresentados nos resultados.

Sexta etapa: apresentação da revisão ou síntese do conhecimento

A síntese do conhecimento sobre o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto mundial com relação aos atributos da APS, mediante a utilização do PCAT na versão para gerentes, fornece subsídios para a avaliação da APS, identificando os atributos que devem ser aprimorados e também a identificação de lacunas do conhecimento na direção de novas pesquisas.

RESULTADOS:

Caracterização dos estudos

Ao realizar a estratégia de busca nas bases de dados, conforme combinações elegidas, foram encontrados 1.056 artigos. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e excluir os duplicados identificaram-se 10 artigos para leitura na íntegra. Com a leitura dos artigos na íntegra, três foram excluídos pois um avaliava instrumentos que medem o desempenho da APS, um tratava da criação de um novo instrumento para avaliar HIV com base no PCAT e um descrevia o processo de validação do PCAT versão usuários, resultando em sete artigos para análise dos resultados (Tabela 1).

Tabela 1: Quantitativo (n) dos artigos encontrados (E) quando realizado a estratégia de busca, quantitativo de artigos selecionados (S) após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e total de artigos incluídos após leitura na íntegra. Porto Alegre- RS, 2020.

Base de dados	Estratégia		Estratégia		Somatório por base
	“Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research OR Health Services Evaluation”		Facility Survey OR Managers AND PCAT AND Primary Health Care AND Health Services Research”		
	E	S	E	S	
BVS/BIREME	9	6	-	-	9
Web of Science	1007	1	-	-	1007
Embase	-	-	4	2	4
Scopus	7	4	-	-	7
Scielo	6	4	-	-	6
Medline/Pubmed	-	-	23	4	23
Artigos encontrados					1.056
Artigos selecionados					10
Total de artigos incluídos após leitura na íntegra					7

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Foram encontrados e selecionados artigos em todas as bases de dados pesquisadas, mas a maioria dos artigos incluídos, seis, estavam na base

BVS/BIREME, seguidos da Medline/Pubmed, Scielo, Scopus e Embase com quatro estudos e apenas um encontrado na Web of Science.

Quanto ao ano de publicação, verificou-se que os estudos encontram-se entre os anos 2006 e 2019, sendo que o maior número de artigos publicados por ano foram dois artigos nos anos de 2013 e 2018. Com relação aos países de publicação, foram dois publicados na África do Sul, dois na Colômbia, dois na Espanha e um no Brasil (Quadro 2).

Quadro 2: Artigos selecionados para análise. Porto Alegre- RS, 2020.

Nome do artigo	Ano	Periódico	País de Origem	Base de Dados
1. Evaluation of Primary Care Accessibility and Longitudinality in Granada Using Primary Care Assessment Tools.	2018	J Healthc Qual Res.	Espanha	BVS/BIREME SCOPUS
2. Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia.	2018	Rev. cienc. Ciudad.	Colômbia	BVS/BIREME
3. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013).	2016	Afr J Prim Health Care Fam Med.	África do Sul	BVS/BIREME SCOPUS SCIELO MEDLINE/PUBMED EMBASE
4. Evaluation of primary care: The Primary Care Assessment Tools - Facilityversion for the Spanish health system.4. Evaluation of primary care: The Primary Care Assessment Tools - Facilityversion for the Spanish health system.	2013	Gac. sanit.	Espanha	BVS/BIREME SCIELO MEDLINE/PUBMED SCOPUS EMBASE
5. Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo.	2006	Ciênc. saúde coletiva.	Brasil	BVS/BIREME SCIELO
6. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: a cross-sectional study.	2013	BMC Health Serv Res.	Colômbia	MEDLINE/PUBMED WEB OF SCIENCE
7. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey.	2019	South African Family Practice.	África do Sul	SCOPUS

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A distribuição dos estudos conforme delineamento e nível de evidência mostrou que todos os estudos apresentaram metodologias semelhantes com nível de evidência 2c, caracterizado por estudos de prognósticos de pesquisas com resultados (“Outcomes” Research). Com relação ao tipo de estudo, cinco foram estudos transversais descritivos e dois foram validação cultural do PCAT com teste de aplicação detalhados em quadros sínteses. Também foi observado que quatro estudos utilizaram as versões de usuários, profissionais e gerentes com análise comparativa dos resultados.

Análise do conteúdo dos artigos

Com relação à análise dos atributos da atenção primária na perspectiva dos gerentes, dos sete estudos analisados, apenas quatro estudos avaliaram todos os atributos da APS ^(19, 23,24, 25), uma vez que em dois, foi descrito o processo de validação sem análise de score geral por atributo ^(26, 27) e um estudo avaliou apenas a acessibilidade e a longitudinalidade ⁽²⁸⁾.

Os atributos da APS que apresentaram pontuação mais baixa foram acesso de primeiro contato- acessibilidade, totalizando dois estudos ^(19, 23). Outros atributos que apresentaram baixa pontuação em apenas um estudo encontrado foram longitudinalidade ⁽²³⁾, orientação familiar e competência cultural ⁽¹⁹⁾. Os demais estudos avaliaram como bom desempenho os atributos derivados, exceto a competência cultural que não consta nos instrumentos aplicados de dois estudos ^(23,25). Todavia, verificou-se que a orientação familiar e a orientação comunitária nas unidades com estratégia de saúde da família foram melhor avaliados quando comparados com equipes de APS tradicionais ⁽²³⁾.

Os atributos que apresentaram pontuação mais alta na opinião dos gerentes foram a integralidade, coordenação, orientação comunitária, equipe de APS ^(19,23,25) e longitudinalidade ^(19, 23, 25, 28), sendo bem avaliados em quatro estudos, enquanto o acesso ^(23, 25,28) e a competência cultural ⁽²³⁻²⁵⁾ em três estudos. Os componentes equipe de APS/formação profissional foram bem avaliados nos quatro estudos que incluíram os mesmos no processo de validação local, uma vez que estes itens e distribuição de recursos financeiros não constam na versão original do PCAT 19 ^(23, 25).

Um estudo analisou como bom desempenho todos os atributos, porém quando comparado aos serviços públicos e privados, os atributos acessibilidade e orientação familiar não foram bem pontuados nos serviços públicos. Os atributos integralidade, orientação comunitária, distribuição de recursos financeiros, tiveram pontuação significativamente maior nos serviços públicos, embora a distribuição de recursos financeiros tenha apresentado desempenho crítico nas instituições públicas e privadas ⁽²⁵⁾.

A acessibilidade e longitudinalidade foram bem avaliadas num distrito sanitário da Espanha ⁽²⁸⁾. No entanto, a acessibilidade apresentou baixo escore nos serviços que não possuem atendimento durante à noite ou nos finais de semana quando comparados com os serviços que oferecem atendimento fora do horário comercial, sendo melhor avaliado também nas unidades que apresentam centros auxiliares para apoio e com menores listas de pacientes. No entanto, o tamanho da lista de pacientes e o atendimento fora do horário comercial por outros profissionais não garante melhor escore para a longitudinalidade.

Nos estudos que analisaram os atributos na perspectiva dos usuários, profissionais e gerentes, observou-se que os profissionais e gerentes têm opiniões semelhantes e normalmente diferem dos usuários na maioria dos atributos ^(19,23, 25). Os profissionais e gerentes têm opiniões mais otimistas e avaliam melhor os atributos do que os usuários, exceto a acessibilidade que recebe a pior opinião dos gerentes e profissionais de saúde, aproximando-se assim da percepção dos usuários. No entanto, nas unidades com horário de funcionamento maior (a noite ou final de semana), o atributo acesso de primeiro contato foi melhor avaliado pelos usuários.

Os estudos ^(26, 27) que realizaram a adaptação cultural ao sistema de saúde da versão do PCAT gerentes, mostrou que os mesmos consideraram o questionário com moderado grau de dificuldade, alto grau de compreensão e adequação do idioma ⁽²⁶⁾ apresentando adequada validade de conteúdo ^(26, 27). Também foram incluídos itens nos atributos essenciais e derivados conforme realidade local, bem como realizada adequações condizentes com os serviços prestados e equipes locais ⁽²⁶⁾. As principais diferenças entre o instrumento original e sua adaptação foram relativos aos aspectos de organização e estrutura das equipes de APS e suas populações ^(26,27).

O estudo de validação na Espanha mostrou que todas as análises e testes reteste indicaram boa confiabilidade do questionário. No entanto, o coeficiente alfa de cronbach mostrou que a acessibilidade e a coordenação foram os atributos que apresentaram medida de confiabilidade do domínio menor do que o esperado (0,62 e 0,59-0,65, respectivamente). A acessibilidade também apresentou baixa consistência interna (0,62), porém apresentou maior pontuação (0,65) se fosse excluído o item de funcionamento durante os finais de semana. O acesso apresentou melhor correlação nas unidades que funcionam 24h por dia, favorecendo alguma evidência da validade de critério. Era esperado um alfa de cronbach entre 0,7 e 0,95 ⁽²⁷⁾.

Mesmo nos locais onde foram apontados o acesso de primeiro contato como bem avaliado, os gerentes sinalizaram a necessidade do fortalecimento deste atributo para uma APS resolutiva e que dê resposta adequada às necessidades de saúde da população ⁽²⁵⁾. Ficou evidente também que o acesso era melhor avaliado nos serviços que funcionam 24 horas por dia ^(27,28), reforçando a indispensabilidade de ampliação do horário de atendimento, fora do horário comercial, finais de semana e feriados com a garantia do acesso oportuno durante o horário de funcionamento ⁽²³⁾.

Sendo assim, os resultados apontam que o atributo acesso de primeiro contato é o que requer maior atenção e fortalecimento exigindo maior dedicação por parte dos gerentes.

DISCUSSÃO:

O atributo da APS que apresentou pontuação mais baixa no desempenho dos serviços foi o acesso de primeiro contato- acessibilidade. A dificuldade de acesso também foi identificada em outros estudos que utilizaram as versões profissionais e usuários ^(10,29,30). Como evidenciado neste trabalho, não foram localizados novos estudos que utilizaram o PCAT na versão dos gerentes.

Os atributos que também apresentaram baixo desempenho na opinião dos gerentes, foram a longitudinalidade, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Estudo realizado com os profissionais da APS de unidades tradicionais e unidades com ESF, mostrou resultado semelhante com os atributos integralidade, longitudinalidade e orientação comunitária ^(10, 31). No entanto, houve divergência no estudo de Gomes realizado com os profissionais da ESF numa região de São Paulo, onde a maioria dos atributos apresentaram bom desempenho, com exceção do acesso ⁽³⁰⁾. Essa divergência de resultados evidenciam as diferenças

existentes entre os serviços, ressaltando as vantagens da aplicação do PCATool nas mais diversas equipes de APS do Brasil.

Os componentes equipe de APS/formação profissional aparecem em alguns resultados ^(19, 23, 25), porém o processo de validação destes instrumentos não considerou exclusivamente o original, utilizando também a versão validada por Almeida e Macinko (2006). Nesta versão as escalas de respostas foram modificadas (nuca=0; quase nunca=1; algumas vezes=2; muitas vezes=3; quase sempre=4; sempre=5), diferente da escala original. Também foram realizadas modificações com relação ao formato original, como a inclusão de um atributo que se referente a formação profissional e não foi contemplado o atributo competência cultural. No processo de avaliação da validade e fidedignidade, a validade fatorial não contempla a estrutura multidimensional que permite a avaliação individual dos atributos da APS e também o escore essencial, como na versão original ⁽³²⁾.

Com relação a avaliação do desempenho e o tipo de unidade, se tradicional ou com ESF, os resultados mostraram que a orientação familiar e a orientação comunitária nas unidades com estratégia de saúde da família foram melhor avaliados quando comparados com equipes de APS tradicionais. O mesmo resultado foi encontrado em Curitiba e Minas Gerais na avaliação dos profissionais utilizando o PCATool ^(29,33), no entanto chama a atenção o baixo escore destes atributos na visão dos usuários ⁽³³⁾. Porém a integralidade e a longitudinalidade apresentaram baixo escore nos dois modelos de atenção ⁽¹⁰⁾.

O escore geral e escore essencial da APS apresentaram melhor desempenho nas unidades com ESF ^(10, 29,31). No entanto, o acesso apresentou baixo escore nos dois modelos de atenção ^(10, 29, 31, 33,34), o que sugere que a introdução da ESF não

melhorou o acesso das pessoas aos serviços de APS. Outro estudo que comparou a resolutividade da APS entre unidades tradicionais e com saúde da família utilizando outro instrumento, também demonstrou superioridade na resolutividade nas unidades com ESF ^(34, 35). As evidências mostram que não há dúvidas com relação a qualidade superior das unidades com ESF quando comparadas com as unidades com equipes tradicionais ^(34, 36).

Verificou-se que os atributos integralidade e orientação familiar foram significativamente melhor avaliados nos serviços públicos, enquanto a acessibilidade e orientação familiar foram melhor avaliados nos serviços privados embora a distribuição de recursos financeiros tenha apresentado desempenho crítico nas instituições públicas e privadas. Estudo realizado no Brasil, mostrou que os atributos acesso, integralidade, longitudinalidade e orientação familiar foram melhor observados nas pessoas que utilizam planos de saúde, do que naquelas que utilizaram o SUS, seja nas equipes com ESF ou tradicionais ⁽³⁷⁾. Essa divergência pode ser justificada devido às diferenças de modelos de financiamento dos países onde os estudos foram realizados e as diferentes ferramentas para avaliação, que no último, embora tenha se baseados nestes atributos propostos por Starfield, não utilizou o PCAT.

No Brasil, com relação a cobertura da população e uso do serviço de saúde privado, 71,5% não possui planos de saúde e utilizam o serviço público, e apenas 60% da população está cadastrada em uma equipe de saúde da família ⁽³⁸⁾. Esses dados mostram uma forte dependência da população brasileira em relação aos serviços da saúde pública e reforçam a necessidade da mudança no modelo de financiamento da APS no Brasil. Além disso, o sistema privado responde por mais de 50% dos gastos

e num nível macro coexistem quatro modelos de atenção representados pela ESF, autogestão, UBS tradicionais e medicina de grupos e planos de saúde ⁽³⁹⁾.

Na Espanha, mesmo a acessibilidade apresentando bom desempenho, observou-se que nos serviços que não possuem atendimento durante à noite ou nos finais de semana este atributo apresentou baixo escore. O acesso também foi melhor avaliado nos serviços com ampliação do horário de atendimento, no Brasil ⁽⁴⁰⁾, na Itália ⁽⁴¹⁾ e em Portugal ⁽⁴²⁾, mesmo ainda apresentando limitações como dificuldades no agendamento médico, tempo de espera para marcação de consultas ⁽⁴²⁾ e risco de quebra na continuidade do cuidado devido à baixa possibilidade das pessoas serem atendidas pela sua equipe de referência ⁽⁴⁰⁾.

A acessibilidade é um fator importante para a redução de atendimentos nos serviços de emergência, com diminuição de admissões inadequadas ⁽⁴¹⁾ e satisfação dos usuários ⁽⁴²⁾. Isso reforça a importância da ampliação do horário de atendimento ser acompanhada de outras estratégias como o acesso avançado, o acolhimento com reformulações nos modelos de agendamento ⁽⁴⁰⁾.

As análises dos atributos na concepção dos usuários, profissionais e gerentes, evidenciaram diferentes perspectivas entre estas três categorias ^(19,23, 25), sugerindo a necessidade de explicar ou diminuir as lacunas existentes entre estas diferentes avaliações. Outra possibilidade de interpretação seria que os gerentes podem estar mais conscientes das necessidades do serviço, percebendo problemas entre usuários e profissionais ⁽¹⁹⁾, indicando a falha de comunicação entre eles e a importância de incentivar o diálogo para que possa diminuir estas diferenças ⁽²³⁾.

Conforme observado, ainda existem inúmeros fatores que dificultam a ampliação do acesso na APS brasileira. Mesmo nos locais onde a ESF está

estabelecida, o acesso permanece como um nó crítico, seja por problemas relacionados aos processos de trabalho e organização das agendas, seja pela restrição aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, ao tempo de espera para atendimento, e da rotina de contato apenas presencial com o serviço, o que leva a reforçar a urgência no seu fortalecimento e discutir estratégias para a sua ampliação⁽³⁶⁾.

CONCLUSÃO:

Este Trabalho mostrou que ainda há poucos artigos que avaliam a APS por gerentes através do PCAT, o que demonstra a necessidade de novos estudos com esses profissionais comparando a sua percepção com os usuários e demais profissionais da APS visando o fortalecimento dos atributos. Ademais, foram encontradas algumas limitações como estudos que modificaram a versão original do instrumento no seu processo de validação.

Os atributos essenciais e derivados da APS, em sua maioria, são avaliados como bom desempenho com exceção do acesso, que embora ainda seja visto como bem avaliado pelos gerentes, apresentou estudos em que estes profissionais consideram que o mesmo ainda precisa ser melhorado e fortalecido, corroborando assim com a visão dos profissionais e dos usuários. Ainda nos serviços que o acesso foi bem avaliado, este escore foi influenciado pelos serviços que funcionavam à noite e nos finais de semana, o que sugere que ainda há muito para ser ampliado.

Sendo um dos maiores problemas para os sistemas de saúde, a ampliação do acesso torna-se um desafio, e mesmo as evidências apontando estratégias para o seu fortalecimento ainda encontram-se inúmeras barreiras, exigindo que os profissionais e gestores se apropriem do tema e introduza uma mudança imediata nas

suas práticas, discutindo novos modelos de agendamento e formas de organização da demanda.

REFERENCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação acaec, Ministério da Saúde, editor. Brasília2002. 726 p.
2. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
3. Figueiredo AMd, Kuchenbecker R, Harzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
4. Santos CMJ, Harzheim E, Hauser L, Faller Lda, Pinto LF, Gonçalves M, et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil In: SAPS, DEFS, editors. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2020. p. 273.
5. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCd. Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(12):4851-60.
6. Nicola T, Pelegrini AHW. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. J Nurs Health. 2018;8(1):1-17.
7. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. Epidemiol serv saúde. 2013;22(1):179-81.
8. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SLd. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. Rev esc enferm USP. 2016;50(2):335-45.
9. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ETd, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva 2017;22(6):1881-93.
10. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saúde Pública. 2012;28(9):1772-84.
11. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. Rev Bras Enferm 2020;73(3):1-7.
12. Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. Rev bras promoç saúde. 2014;27(3):389-97.
13. Brasil. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

14. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:180.
15. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
16. Brasil. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica e da Gerência de Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
17. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-9.
18. Reis RS, Coimbra LC, Silval AAMd, Santos AMd, Alves MTSSdBe, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
19. Bresick G, Sayed A-R, Grange CI, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):1057
20. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC health serv res*. 2006a;6(156):1-7.
21. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto & Enfermagem*. 2008;17(4):758-64.
22. Medicine CfE-B. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009). University of Oxford; 2009.
23. Bresick G, Pressentin KBv, Mash R. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey. *South African Family Practice*. 2019;61(3):109-16
24. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior ÁE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):633-41
25. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Sebastián MS. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2013;13(315):1-12
26. Osorio AG, Álvarez CV, Pasarín MI, Ponzó J, Berra S. Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia. *Rev cienc ciudad*. 2018;15(2):101-12.
27. Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. *Gac Sanit*. 2013;27(1):12-8.
28. Curtido PF, Lorenzo SM. Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante Primary Care Assessment Tools (PCAT). *J healthc qual res*. 2018;33(3):121-9
29. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Extensão de atributos da APS em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303.

30. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. revista brasileira em promoção da saúde. Rev Bras Promoç Saúde. 2018;31(3):1-13.
31. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13.
32. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2006. p. 218.
33. Stralen CJv, Belisário SA, Stralen TBdSv, Lima ÂMDd, Massote AW, Oliveira CdL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(suppl1):s148-s58.
34. E EH, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
35. Nunes AA, Caccia-Bava MdCGG, Bistafa MJ, Pereira LCR, Watanabe MC, Santos V, et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. Rev bras educ med. 2012;36(1):27-32.
36. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Saúde Debate. 2018;42(1):361-78.
37. Silva SdS, Mambrini JVdM, Turci MA, Macinko J, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2016;32(10):e00014615.
38. Brasil. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) CdTeR, editor. 2020. p. 85.
39. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TGd, Junior NL, Neto PP. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
40. Pessoa BHS, Gouveia EdAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9.
41. Bruni M, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? Journal of Health Economics. 2016;50:144-55.
42. Souza MBd, Rocha PdM, Sá ABd, Uchoa SAdC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. Rev Panam Salud Publica 2013;33(3):190-5.