

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
GUILHERME DE SOUSA BARBOSA

**IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VICENTINA GOULART "ALVARENGA", SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP**

CURITIBA  
2019

GUILHERME DE SOUSA BARBOSA

**IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VICENTINA GOULART "ALVARENGA", SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Gestão  
da Saúde Universidade Federal do Paraná para  
obtenção do título de Especialista em Gestão da  
Saúde

Orientadora: Rafaela Gessner Lourenço

CURITIBA

2019

## RESUMO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso objetiva propor uma intervenção no modelo de acesso dos usuários a Unidade Básica de Saúde Alvarenga com o intuito de planejar a implantação do Acesso Avançado. Serão descritas a atual cobertura da Unidade e as condições técnicas dos serviços prestados, além do quadro de profissionais e a infra-estrutura da UBS. Baseado nesses dados, é levantada uma situação-problema que descreve restrição de acesso, grandes filas, absenteísmo, insatisfação dos usuários e dos profissionais, além de sobrecarga e frustração por não conseguir atender a demanda. Além disso, essa restrição se evidencia no superuso de outros aparelhos de saúde nos demais níveis de atenção, como Ambulatórios de Especialidades e Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais de alta complexidade, graças a complicações de agravos que poderiam ser resolvidos se abordados em tempo oportuno, acarretando mais custos a gestão. A proposta é de uma transição gradual que envolva um processo de educação continuada tanto a nível municipal quanto na própria Unidade, em reuniões técnicas, contando com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários na construção democrática da proposta e sua implantação. As etapas se darão a curto, médio e longo prazo e se iniciarão na reconfiguração simples das agendas. Vale ressaltar que parte desse processo passará por uma nova territorialização que busque dividir as áreas cobertas pela Unidade de maneira mais equitativa entre as respectivas equipes. Toda a intervenção, para que seja exitosa, necessita do comprometimento de todas as partes envolvidas e ainda assim terá dificuldades de ser implementada se o Estado não compreender que a restrição de recursos em Saúde Pública e, nesse quesito específico na Atenção Primária, reduzirá os avanços e propostas de melhorias. O crônico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, o aprofundamento da lógica gestora neoliberal, com a austeridade dos próximos 20 anos e o aumento da demanda dificultará ainda mais os atuais processos de trabalho.

Palavras-chave: Acesso Avançado. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

## ABSTRACT

This work aims to propose an intervention in the patient's access model of the Basic Health Unit (BHU) Alvarenga in order to plan the implementation of Advanced Access. It will be described the current coverage of the Unit and the technical conditions of the services provided, as well as the professional staff and its infrastructure. Based on these data, a problem situation is formulated and describes restriction of access, large queues, absenteeism, dissatisfaction users and professionals, as well as overload and frustration for not being able to meet the demand. In addition, this restriction is evident in the overuse of other health devices in other levels of care, such as Outpatient Specialties and Emergency Care Units, Hospitals of high complexity, thanks to complications of diseases that could be solved if approached in a timely manner, leading to more health costs. The proposal is a gradual transition that involves a process of continuous education both at the municipal level and in the BHU itself, in technical meetings, with the participation of managers, workers and users in the democratic construction of the propose and its implementation. The steps will be taken in the short, medium and long term, beginning with the simple reconfiguration of the agendas. It is worth mentioning that part of this process will go through a new territorialization that seeks to divide the areas covered by the Unit in a more equitable way between the respectives family physicians. All intervention, in order to be successful, requires the commitment of all parties involved and will still have difficulties to be implemented if the State does not understand that the restriction of resources in Public Health and, in this specific issue in Primary Care, will reduce the advances and proposals for improvements. The chronic underfunding of the public Brazilian Health System, the deepening of the neoliberal management logic, with the austerity of the next 20 years and the increase in demand will make the current work processes even more difficult.

Palavras-chave: Advanced Access. Primary Health Care. Brazilian Public Health System. Family Physician Medicine.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - MAPA DE ABRANGÊNCIA DE COBERTURA DA UBS ALVARENGA.21

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - RESUMO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO AA.....	35
--	----

## **LISTA DE SIGLAS**

AA - Acesso Avançado

AB - Atenção Básica

AE - Acolhimento de Equipe

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

EBS - Equipe Básica de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MFC - Medicina/Médicos/Médicas de Família e Comunidade

NASF - AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PNAB - Plano Nacional para Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PS - Pronto Socorro

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1 APRESENTAÇÃO.....	8
1.2 OBJETIVO GERAL.....	9
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
1.4 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO .....	9
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>11</b>
2.1 CONCEITOS.....	11
2.2 CONCEITOS DE DEMANDA.....	12
2.3 APLICABILIDADE DO ACESSO AVANÇADO.....	15
2.4 RELACIONANDO ACESSO AVANÇADO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ...	18
<b>3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA</b> .....	<b>21</b>
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO .....	21
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	23
<b>4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	<b>29</b>
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	29
4.1.1 Plano de Implantação.....	30
4.1.2 Recursos .....	36
4.1.3 Resultados Esperados .....	36
4.1.4 Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas .....	37
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vicentina Goulart, mais conhecida por UBS Alvarenga, localiza-se na Estrada dos Alvarengas, número 1.199, no bairro de mesmo nome. Essa Unidade se localiza no 7º distrito sanitário de São Bernardo do Campo, no estado de São Paulo, sendo uma das áreas de maior densidade demográfica e vulnerabilidade social do município. Em 2010, possuía um total de 36.157 cadastrados, porém os dados, no momento, são imprecisos graças ao rápido crescimento populacional e a discrepância entre o número demográfico estimado para fins estatísticos e o número de cadastrados, superior ao primeiro, devido a elevada quantidade de usuários de outras áreas.

No atual ano de 2019, a grande área de cobertura é dividida por 6 equipes de saúde, sendo 4 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2 Equipes Básicas de Saúde (EBS). Quanto a essa organização é importante salientar a necessidade de garantir a evolução das antigas equipes para a Estratégia como preconizado pelo Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)(BRASIL, 2017).

As ESF são compostas por médico ou médica de família e comunidade (MFC), enfermeiro ou enfermeira, técnico ou técnica de enfermagem e de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e cirurgião ou cirurgiã dentista. Contudo, a cobertura dessas equipes ultrapassa o preconizado pelo Plano de até 3.500 cadastrados.

Quanto às EBS, a formatação é diferente, devido ao volume de cadastrados, existem nessas duas equipes uma médica generalista em cada que contam com o apoio de uma médica pediatra, um médico ginecologista-obstetra e outro médico clínico que distribuem suas horas de trabalho entre as duas equipes. Cada uma das equipes cobre uma população média estimada de 9.000 a 10.000 pessoas.

Outro ponto que impacta na prestação de serviço em saúde, sua qualificação e na garantia dos princípios do SUS é a capacitação de profissionais voltados especificamente para a APS. Nesse intuito, o município de São Bernardo

do Campo tem investido diretamente, utilizando-se de sua rede, na formação de profissionais por meio de cursos de pós graduação. As Residências Médicas em MFC e Multiprofissionais vem nos últimos 5 anos qualificando os serviços de saúde, ampliando a equidade ao fornecerem esses serviços a uma população mais vulnerável, com o objetivo de formar profissionais para a própria rede (SARTI et al., 2018).

Compreende-se que dentre os vários debates que circulam acerca da Atenção Primária à Saúde, o Acesso é ponto nevrálgico no que diz respeito a qualidade de prestação do serviço, promoção mais eficaz de saúde, combate a agravos, satisfação do usuário e usuária e da equipe, devido à maior resolutividade dos problemas.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Portanto, este trabalho tem o objetivo de propor a implementação do Acesso Avançado (AA), comparando-o com as demais formas de acesso, discutindo as diversas conformações de agenda, os possíveis entraves para sua aplicabilidade, seu processo de implementação na UBS Alvarenga e as questões estruturais que são extrapoláveis para qualquer outra Unidade, dadas as condições materiais do nosso Sistema de Saúde.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolver momentos de debate entre trabalhadores, gestores e usuários, territorialização permanente, objetivando conhecer a população assistida, reorganização das equipes e investimento a longo prazo em recursos humanos e infra-estrutura.

## 1.4 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

O acesso ainda é um empecilho na UBS Alvarenga, provocando grande insatisfação dos usuários, longas filas, desgaste dos profissionais, evolução de

doenças preveníveis e agravos das doenças crônicas não transmissíveis, aumento dos atendimentos nos demais níveis de atenção, com inchaço das UPA, Prontos Socorros e ambulatórios de especialidades.

A Unidade Alvarenga, devido a sua enorme complexidade - caracterizada pelo tamanho da sua população, sua vulnerabilidade social, a discrepância de assistência entre as equipes, seu contexto de subfinanciamento, a atual conjuntura de saúde brasileira e a inserção da Residência Médica e Multiprofissional - é, sem dúvidas, um laboratório vivo e dinâmico que permite aprendizado com experiências diversas de acesso, possibilitando uma infinidade de variáveis que impactariam positiva e negativamente em uma possível mudança.

É evidente que uma decisão monocrática ou a determinação de um órgão superior não seria condutora de uma melhor prática ou avanço no acesso. Se não houver envolvimento da equipe, capacitação e elucidação de questionamentos e mitos não será possível a mudança das práticas. Além disso, existe no imaginário comum dos trabalhadores a necessidade de maiores investimentos para esse tipo de mudança, porém sistemas de saúde podem reduzir ou eliminar atrasos sem adição de recursos (MURRAY; BERWICK, 2003). Contudo, no caso específico da UBS Alvarenga seria necessário investimento prévio com o intuito de evoluir as equipes básicas para ESF, reduzindo a população por profissionais, a fim de o AA ser plenamente praticável. Vale lembrar que se a demanda por atendimentos é sempre maior que a capacidade médica de atender, nenhum modelo de agenda garante pleno acesso (MURRAY; BERWICK, 2003). Dessa forma, faz-se necessário não só divisão das equipes básicas, como também a reorganização das ESF já instaladas que já não respeitam o número preconizado pela PNAB (BRASIL, 2017), excedendo a capacidade de suprimento de demandas.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 CONCEITOS

Segundo Murray e Berwick (2003), "Acesso Avançado", "Acesso Aberto" ou "Agendamento no Mesmo Dia" consiste basicamente em eliminar atrasos nos agendamentos de consultas e atender as demandas no mesmo dia, ou seja, "fazer o trabalho de hoje, hoje" (Murray e Berwick, 2003, p.1037). Dessa forma, o paciente teria acesso ao seu próprio MFC ao invés de se consultar com outro da mesma Unidade ou até mesmo outro profissional de outro serviço como UPA ou PS, garantindo a longitudinalidade, atributo nuclear da APS.

Starfield (2012) entende por longitudinalidade:

A existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população - que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde. (STARFIELD, 2012, p. 62)

Para que se compreenda melhor essa forma de acesso é interessante também definir as demais a fim de se traçar um paralelo comparativo.

O modelo mais utilizado é o Tradicional em que o médico ou médica, ao chegar ao consultório, já encontra sua agenda cheia de consultas marcadas semanas ou às vezes meses antes daquela data. Nesse exemplo, quando surge alguma demanda considerada urgente de acordo com o responsável pelos agendamentos, a consulta é encaixada entre duas outras, atrasando horários, reduzindo almoço ou adiando o fim do expediente. Esse modelo de acesso sobrecarrega o profissional. No Brasil, com a deturpação do conceito de Linhas de Cuidado, a agenda passa a ser dividida em determinados grupos específicos (hipertensos, gestantes, puericultura, saúde mental, etc.), reduzindo ainda mais o acesso aos demais pacientes que não se encontram nessas categorias e, restringindo as queixas dos pacientes, que se encontram, à demanda específica da

linha de cuidado, gerando ainda mais outras consultas para a posteridade. Para Murray e Tantau (2000), esse modelo pode ser definido pela frase "fazer o trabalho do mês passado, hoje".

O segundo modelo descrito por Murray e Tantau (2000) é o "Carve Out" ou primeira geração do Acesso Avançado. Nesse modelo, algumas consultas diárias eram reservadas para demandas do dia e as demais agendadas. Evidentemente, quando comparado ao modelo tradicional, percebe-se uma evolução, principalmente na absorção de queixas espontâneas. No entanto, esse modelo ainda apresenta problemas.

Os pacientes sem queixas urgentes ainda são agendados para um futuro cada vez mais distante. Aqueles pacientes que não tem demandas urgentes, mas não podem esperar o fim da fila tem seu acesso restringido e podem vir a aparecer cada vez mais cedo no dia em que querem ser vistos, referindo queixas urgentes. Isso pode ser evidenciado nas UBS que, antes do horário de abertura, já possui filas imensas de pacientes que chegam cada vez mais cedo para garantir a consulta naquele mesmo dia.

Há também a dificuldade de manejo da recepção ou do profissional responsável pela agenda em discriminar demandas urgentes e não urgentes. Dependendo de como o paciente se coloca, aquele mais intolerante talvez consiga atendimento para o mesmo dia mesmo que sua queixa seja menos grave que àquela daquele paciente mais compreensivo. A tendência do carve out é, então, ampliar ainda mais as filas dos agendamentos. Para Murray e Tantau (2000) a frase que define esse modelo é "fazer algum trabalho de hoje, hoje".

Dessa forma, o modelo do Acesso Avançado se torna uma maneira fácil de organizar a agenda, porém difícil de se implementar devido a necessidade de quebra de paradigmas. Nesse modelo deve-se compreender que não é o tipo de queixa que determina o tempo de espera e sim, o momento em que ela surge. Faz-se então o trabalho de hoje, hoje (MURRAY, TANTAU; 2000).

## 2.2 CONCEITOS DE DEMANDA

O Acesso Avançado, por sua vez, não busca erradicar as consultas marcadas e sim, propiciar maior liberdade e garantia de que o médico ou médica daquele ou daquela paciente estará disponível quando ele ou ela necessitar.

Levando esse fato em consideração, deve-se então buscar o equilíbrio entre a Atenção por demanda espontânea e a Atenção por demanda programada, sendo a primeira definida por Vidal et al. (2018) como o contato de uma pessoa com o sistema de saúde, requerendo ajuda, cuidado ou conselhos, incluindo atenção às urgências e emergências e implica avaliação da demanda no momento em que o usuário busca o serviço de APS e o subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica e a segunda como aquela que pode ser agendada de forma eletiva, sem caráter de urgência.

Para que esse processo se dê de maneira orientada é fundamental que se conheça a população usuária. Para isso, devem ser conhecidas medidas de mensuração que Vidal et al. (2018) descreve:

**Intensidade de uso:** é o número de consultas por habitante por ano. Divide-se o número de consultas em 1 ano pelo número de habitantes da população adstrita.

**Intensidade de uso repetido ou taxa de consultas:** é a média de consultas por usuário por ano. Divide-se o número de consultas pelo número de usuários, considerando o período de um ano.

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

**Pressão assistencial:** é o número médio de consultas ofertadas por dia. Divide-se o número de consultas realizadas em determinado período de tempo - para fins de cálculo mais preciso, recomenda-se considerar nos últimos 18 meses - pelo número de dias trabalhados.

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

Outro conceito importante apresentado por Murray e Berwick (2003), que deve ser usado na avaliação e monitoramento da capacidade do sistema de agendamento, é a capacidade de agenda aberta futura que se define pelo número de vagas disponíveis dividido pelo total de vagas na agenda das próximas quatro semanas. Clínicas que se utilizam do AA gozam de uma razão de 80 a 90% enquanto aquelas que fazem consultas pré agendadas apresentam suas razões variando de 10 a 15%. O perfil da população também impacta nesse cálculo, sendo que populações mais jovens tendem a atingir razões mais altas (90%) ao passo que populações mais idosas ou com muitos recém nascidos apresentam razões menores.

Por fim, como preditor de sucesso no avanço do acesso os profissionais devem conhecer o tamanho de seu painel - número de usuários sob a responsabilidade de um profissional de saúde ou equipe de saúde. Murray e Tantau (2000), ao iniciarem a discussão sobre AA, já determinavam que um painel ideal para um ou uma MFC deveria ser 2.500 pessoas. Obviamente, a capacidade de absorção das demandas não se restringem um limite numérico, mas perpassam pela frequência em que os profissionais se encontram na Unidade e suas cargas horárias de trabalho, suas experiências clínicas e a estrutura humana e física onde trabalham. Além disso, são importantes o número de consultas disponíveis no dia, o tempo dispendido em gerenciamento, o envolvimento da equipe e a complexidade do pacientes.

Algumas variáveis implicam no tamanho do painel e conseqüentemente na capacidade da equipe em absorver as demandas espontâneas. A pressão assistencial encontra-se diretamente proporcional ao painel, sendo que quanto maior o número de consultas ofertados por dia, maior o painel possível, ao passo que o número de dias trabalhados pelos profissionais também impactam no painel. Analisando essas variáveis observamos que quanto maior a disponibilidade de consultas, maior o painel possível. Isso, porém, não pode ser interpretado como aumento do número de consultas em detrimento da qualidade, pelo contrário,

deve-se ampliar a capacidade de absorver demandas dos demais profissionais da equipe multiprofissional e se possível ampliar o tempo de funcionamento da unidade, garantindo acesso àqueles que não podem utilizar o serviço de saúde nos horários disponíveis. Faz-se necessário também dinamizar o tempo nas demais atividades, tornando-as mais resolutivas e menos prolixas (VIDAL et al., 2018).

Outra variável, inversamente proporcional ao painel, é a intensidade do uso repetido que pode ser diminuído com consultas mais resolutivas, redução dos retornos e compartilhamento do cuidado com os demais membros da equipe.

### 2.3 APLICABILIDADE DO ACESSO AVANÇADO

Em Revisão Sistemática realizada por Rose et al. (2011) percebe-se que ainda não existem ensaios bem desenhados ou randomizados com grupos controle que afirmam a efetividade do AA. Isso indica a necessidade de se produzir mais conhecimento científico acerca do tema. Contudo, já existem diversos estudos internacionais que confirmam a efetividade e impacto sobre as taxas de absenteísmo (*no show*), custos, continuidade do cuidado, utilização dos serviços de saúde e cuidados preventivos.

Antes de iniciar a implantação do AA a equipe deve moldar a demanda à capacidade do serviço, definir um tamanho de painel adequado à realidade local e desenvolver um plano de contingência. Definidos os dados prévios, para realizar a mudança, devemos buscar parceiros entre os gestores da própria unidade ou mesmo de nível municipal, entre os demais profissionais membros da equipe e usuários, garantindo o controle social.

Outro ponto importante é definir os casos de agenda protegida. Como dito anteriormente, o AA não extingue agendamentos prévios, pois há situações clínicas que demandam seguimento ou rotina (pré-natal e puerpério, HAS, DM, saúde mental e puericultura são exemplos clássicos). Esses casos devem compor uma percentagem de consultas, compreendida pela equipe e baseada no perfil populacional usuário, que garanta seguimento adequado. O valor pode ser flexibilizado com o tempo, mas giraria em torno de 10% a 35% (VIDAL et al., 2018).



Outra palavra de ordem é reduzir o acúmulo de trabalho negativo e fazer o trabalho de hoje, hoje. Isso consiste em ser o mais resolutivo possível, tentando atender ao maior número de demandas com o objetivo de reduzir retornos. Minimizar os tipos de agendamentos a espontânea e programada, entendendo que uma maior diversidade de tipos de atendimento geram mais demanda futura e reduz o acesso aos demais usuários. E por fim, gerenciar a agenda de transição. No início da mudança, a equipe se deparará com dois modelos simultâneos e terá que ser capaz de absorver as consultas previamente agendadas e aquelas espontâneas ao mesmo tempo, com o cuidado de não gerar mais demandas para o futuro. Esse momento de transição pode ser desgastante, mas tende a se resolver em 6 a 8 semanas (VIDAL et al., 2018).

O plano de contingência é o próximo passo. A equipe deve estar preparada para situações de acúmulo de usuários espontâneos. Deve-se considerar o número de funcionários, o tempo de funcionamento da unidade, os períodos de férias e o padrão de uso da Unidade ao longo do dia. Em casos inesperados de aumento de fluxo, deve-se ter um plano para horas extras ou realocação de função momentânea para que não seja gerada demanda negativa - aquela demanda postergada para o futuro. O compromisso com a resolução "hoje" deve ser reafirmado constantemente (VIDAL et al., 2018).

O primeiro contato do usuário com o serviço de saúde é na recepção. Treinar e organizar esse setor para receber a demanda espontânea é crucial para o êxito do processo. A Política Nacional de Humanização (PNH) teve sua última versão publicada em 2013 e tem como uma de suas diretrizes o acolhimento. Sobre acolhimento ela diz:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Como fazer? Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos

com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

Partindo desse novo paradigma de cuidado e buscando ampliar o acesso, a recepção deve estar ciente dos fluxos da Unidade, compreendendo que toda e qualquer demanda deve ser acolhida e sabendo encaminhar para a respectiva equipe de referência do usuário, privilegiando o vínculo. Os técnicos de enfermagem devem ter seus médicos, médicas, enfermeiros e enfermeiras de retaguarda e devem viabilizar horários de atendimento ao invés de senhas, liberando o usuário para retornar depois e reduzindo o tempo de espera (VIDAL et al., 2018).

Outro item refere-se a organização das consultas. Esse ponto diz respeito a maior oferta de consultas médicas e de enfermagem de uma equipe possíveis para seus respectivos usuários, garantir que o enfermeiro ou a enfermeira tenham consultórios próprios para atendimentos e que ao final das consultas seja avaliada a necessidade de um retorno para seguimento, compartilhando a decisão de agendar previamente a consulta ou determinando um intervalo de tempo seguro para que o usuário retorne como demanda espontânea (VIDAL et al., 2018).

Em seguida, o novo modelo de agendamento deve ser organizado e protegido, garantindo oferta de consultas no mesmo dia ou agendamento para o futuro, se for necessário - demanda positiva - e, ajustando a agenda para absorver a demanda espontânea diária. Essa conta pode ser feita baseando-se no proposto por Murray e Berwick (2003) em sua definição do tamanho do painel. Eles avaliam que cerca de 0,7% a 0,8% do painel vão apresentar demandas espontâneas em um dia. Se há uma população de 3.500 (proposta da PNAB, 2017), serão necessárias 28 consultas diárias. Avaliando-se a intensidade de uso, ou seja, aqueles que se utilizam do serviço de APS em um ano, o número de consultas se reduziria ainda mais. Vale a ressalva de que tanto o valor de demandas espontâneas quanto a intensidade de uso se utilizam de populações estadunidenses e europeias que possuem perfis demográficos, socioeconômicos e sistemas de saúde diferentes dos brasileiros. Conhecer o perfil populacional assistido pela ESF, em quesitos demográficos e sociais, é crucial para estimar a demanda diária.

Para concluir o processo de transição faz-se necessário conhecer os pacientes hiperutilizadores, propondo outras formas de abordagem, pois eles demandam muitas consultas e com o acesso aberto, eles acabam impactando na agenda. Ser criativo na dinamização do tempo, oferecendo outras formas de contato, como grupos, flexibilidade de tempos de consulta, de acordo com a demanda. Prever um período de contingência abarcando possíveis atrasos. E, ter controle sobre os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, crianças em puericultura, sabendo quando estão em atraso no seguimento (VIDAL et al, 2018).

## 2.4 RELACIONANDO ACESSO AVANÇADO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A discussão sobre Acesso Avançado iniciou-se nos Estados Unidos e vem ganhando espaço na literatura internacional e brasileira, o que faz questionar a aplicabilidade desse modelo em um Sistema de Saúde como o SUS. Contudo, quando se busca orientar a prática em saúde baseando-nos nos princípios do SUS percebe-se que o AA não é meramente uma mudança na forma de agendamento com objetivo de dinamizar o trabalho e reduzir sobrecarga, mas também uma ferramenta que consolida nosso sistema.

Ao retomar o Movimento da Reforma Sanitária, Fleury (2009) descreve os princípios que orientaram seu processo.

Princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde/doença; princípio político que assume a saúde como direito integral universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e, princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação. (FLEURY, 2009, p. 748)

A autora, nesse artigo (FLEURY, 2009), discute a diferença entre a instituinte e o instituído pontuando o debate acerca do ideal de Sistema e o que foi constitucionalizado e posto em prática. É verdade que os sanitaristas não tiveram seu projeto completamente aprovado pela Constituinte, principalmente, devido a

pressão neoliberal na década de 80, contudo, os princípios do SUS se mantêm, ao menos na teoria, como norteadores.

Os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade garantem acesso amplo e irrestrito a qualquer cidadão brasileiro, de acordo com suas demandas, sendo papel do Estado assegurá-lo como direito de maneira integral e ampla, abordando todas as suas necessidades, independente do nível de atenção, articulando não somente os diversos serviços de saúde, como também atuando de maneira intersetorial nas diferentes áreas que repercutem na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para completar o arcabouço teórico que confirma a adequabilidade do AA ao SUS, devemos buscar entender qual o papel da APS, ainda nomeada como Atenção Básica pela PNAB (BRASIL, 2017), dentro do Sistema de Saúde e no cuidado das pessoas que "destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde".

Levando-se em conta esses pontos, o AA deve ser incentivado e estimulado como política nacional para a APS, contribuindo para redução de iniquidades no cuidado. Quando um profissional, equipe ou Unidade se utilizam de um agendamento tradicional rompem com a ideia de que a Atenção Primária é a porta de entrada do serviço de saúde, pois forçam o usuário a buscar outro local que atenda sua demanda de maneira mais rápida, seja esse a UPA, por exemplo, ou mesmo o setor privado. Essas outras formas de agendamento criam barreiras de acesso que em última análise negam, inclusive, o direito constitucional à saúde pública e gratuita.

Além disso, o acesso avançado promove e amplia a equidade. Diversos são os usuários, que devido ao trabalho ou ao horário de funcionamento da UBS, não conseguem atendimento quando necessitam. Outros apresentam queixas que não são urgentes do ponto de vista clínico, mas o são para os mesmos e por essa razão só conseguem ver seus médicos ou médicas dali a algumas semanas também tendo seu acesso restringido. Ao mesmo tempo, aqueles com maior disponibilidade

de tempo e que contam com questões de saúde não urgentes conseguem ser atendidos por poderem esperar por uma consulta.

Quando extrapolamos para situações de maior vulnerabilidade social observamos, por exemplo, que agendas tradicionais garantem atendimento de puericultura a crianças com ganho de peso adequado e em aleitamento materno exclusivo, porque seus pais conseguem se organizar para irem ao atendimento marcado. O mesmo não ocorre para a criança desnutrida, com baixo ganho de peso e doente, porque em uma agenda tradicional naquele dia não há mais consultas ou pelo fato de os pais necessitarem trabalhar para sua subsistência. Esse exemplo evidencia a Lei de Cuidados Inversos apresentada por Hart (1971) que dizia "a disponibilidade de bom cuidado médico tende a variar inversamente a necessidade da população atendida", sendo também, exemplo de iniquidade.

O AA, então, permite que os usuários adstritos consigam atendimento independente da complexidade do caso e que sejam acolhidos, sendo portanto, garantia de um SUS coerente com seus propósitos.

Por fim, o AA garante longitudinalidade, coordenação do cuidado e cuidado centrado na pessoa, princípios da APS de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), uma vez que o usuário tem acesso a sua equipe de referência quando necessita. As outras formas de acesso não, exemplificando uma APS descumpridora de suas diretrizes.



Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), farmácia e seu almoxarifado, 2 salas de espera, 4 consultórios de odontologia, sala de vacina, sala de medicação, sala do Acolhimento Geral, arquivo de prontuários e recepção no primeiro piso. No segundo piso, a Unidade conta com copa, almoxarifado geral, sala dos ACS e administração. Há ainda trocador para bebês, banheiros e escovódromo para orientação da escovação, uma área interna aberta e outra externa, além do estacionamento. A área da Unidade é compartilhada com o Ambulatório de Especialidades, Policlínica Alvarenga, que conta com diversos atendimentos de especialidades focais e alguns procedimentos propedêuticos como exames oftalmológicos e ultrassonográficos.

Quanto ao quadro de funcionários, a UBS conta com a colaboração de 87 funcionários, sendo 4 contratados pela Prefeitura Municipal em Regime Jurídico Único e os demais 83, contratados por meio da Fundação do ABC, Organização Social responsável pela contratação dos profissionais da saúde do município. A distribuição são de 31 ACS, 3 oficiais administrativas, 2 assistentes administrativas, 8 técnicas de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 2 técnicas de farmácia, 1 auxiliar de farmácia, 1 recepcionista, 2 auxiliares de saúde bucal, 3 técnicas de saúde bucal, 6 auxiliares de escritório, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 psiquiatra, 6 enfermeiras, 4 dentistas, 1 farmacêutica, 6 médicos e médicas generalistas (sendo 4 especialistas em MFC), 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 clínico, 1 coordenador técnico e 1 agente de apoio. Além desses, há também os funcionários responsáveis pelos serviços gerais de limpeza e segurança, contratados por outra empresa terceirizada.

Por fim, essa Unidade é também cenário de prática e formação de 6 residentes de MFC e residentes multiprofissionais compostos por 2 psicólogos, 1 enfermeira e 1 dentista.

A Unidade é dividida em 6 equipes, sendo 2 consideradas ampliadas devido ao tamanho da população adstrita e pela forma de contratação dos profissionais, contando com apoio dos profissionais médicos ginecologista, pediatra e clínico. As outras 4 equipes são consideradas ESF. As equipes são nomeadas pelas cores Amarela, Laranja, Azul, Rosa, Verde e Vermelha.

A relação aproximada de usuários é um ponto que necessita ser frisado. Existe uma discrepância entre os cadastros encontrados no eSUS Atenção Básica realizados pelos ACS e aquele que se encontram nos registros manuscritos dos mesmos. Sem falar nas casas não cadastradas quando o profissional não encontra o morador durante seu período de trabalho e que acaba não sendo computada. Esse inconveniente gera uma distorção entre os valores utilizados pela Secretaria de Saúde para justificar a contratação de mais profissionais e a ampliação da infra-estrutura e aqueles que impactam na demanda real de atendimentos.

De qualquer forma, a informação apresentada a seguir corresponde àquela repassada pelas respectivas enfermeiras de cada equipe e que é utilizada para alimentar a sala de situação. As equipes gerenciam o cuidado de aproximadamente:

- Vermelha: 9.140 usuários;
- Amarela: 5.600 usuários;
- Verde: 8.000 usuários;
- Laranja: 5.810 usuários;
- Azul: 4.600 usuários;
- Rosa: 4.800 usuários.

Por fim, é importante salientar que esse serviço é cenário de prática para 6 Residentes de MFC divididos em duplas e cada uma delas inseridas em 1 ESF, cujo médico ou médica assume papel de preceptor ou preceptora. Além dos residentes de Medicina, há também os residentes Multiprofissionais supervisionados por preceptores que estão alocados em alguma das equipes ou no NASF-AB.

Esses pós-graduandos absorvem, em parte, a demanda de atendimento da Unidade o que alivia a Pressão Assistencial, mas em contrapartida, demandam recursos e espaço físico para seu aprendizado. Além disso, deve-se levar em consideração que a prestação de serviço desses profissionais em formação exigem um tempo maior, pois apesar de assumirem responsabilidades quanto ao trabalho, utilizam-se de fundamentação teórica por meio de discussões, estudos e pesquisas.



### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O modelo de acesso da Unidade Alvarenga não se configura como aqueles descritos anteriormente e por demanda da gestão municipal, tem buscado ampliá-lo. Contudo, considerando a configuração total e por equipe de profissionais foi necessário desenvolver um modelo que se adequasse a realidade concreta. Por isso foi desenvolvido o Acolhimento de Equipe (AE) que consiste em determinar dias e horários semanais para atender a toda e qualquer demanda dos pacientes das respectivas equipes naquele mesmo dia. Caso o paciente queira marcar consulta por não desejar ou poder esperar, a mesma pode ser agendada para posteridade.

A fim de ilustrar, pode ser utilizado o acolhimento da Equipe Azul. Essa equipe pactuou que seus Acolhimentos serão nas segundas às 7 horas, terças e quintas às 13 horas. O período de distribuição de senhas dura 1 hora e todos que chegarem serão atendidos no mesmo dia. A medida que as senhas estão sendo distribuídas, a enfermeira da equipe inicia o momento de escuta inicial e em seguida, oferece consulta médica ou com ela própria, de acordo com a demanda. Os pacientes tem seus prontuários separados e são encaminhados aos consultórios dos médicos residentes referências da microárea onde habitam. Os atendimentos do acolhimento podem durar todo aquele turno.

Esses AE são realizados por todas as equipes da Unidade, em horários alternados, uma vez que não há capacidade física e de pessoal que comporte todos os acolhimentos simultaneamente. Não há sala de espera, recepcionistas responsáveis por separar prontuários e salas de atendimento suficientes.

Os demais turnos das equipes são divididos em reunião de equipe, visitas domiciliares e atendimentos agendados. Os atendimentos médicos previstos para agendamento são categorizados em consultas de pré-natal, puericultura, procedimentos e subsequentes, que são consultas gerais para pacientes não gestantes ou crianças em avaliação de desenvolvimento. Nos atendimento de enfermagem ainda é possível agendar exames de coleta swab para cultura de *Streptococcus* e coleta de testes rápidos para diagnóstico de doenças sexualmente

transmissíveis na gestação, 1ª consulta de pré-natal e coleta de citopatologia oncológica.

Essa descrição de como se dá o funcionamento dos atendimentos na UBS Alvarenga revela diversas situações que reduzem acesso, aumentam o absenteísmo em consultas agendadas, aumentam o tempo do usuário dentro da Unidade, filas e a insatisfação com o serviço e acarretam estresse e exaustão dos profissionais.

Esses fenômenos podem ser observados por meio de diversos aspectos. O primeiro que chama a atenção é indisponibilidade de atendimento no mesmo dia durante todos os turnos. Se um paciente apresenta uma queixa ou necessita de algum atendimento em outro horário que não seja o de sua equipe, ele será encaminhado ao Acolhimento Geral, escutado e dirigido a qualquer profissional que se encontre disponível no momento para atendê-lo, rompendo com o princípio da longitudinalidade e desconsiderando o vínculo. Evidentemente, o Acolhimento Geral apresenta flutuações no fluxo, podendo também apresentar longas filas desestimulando a espera. Isso descredibiliza o serviço prestado na Unidade e faz o paciente buscar outras alternativas de atendimento.

Outro ponto desse problema é o próprio AE em si. O AE, apesar de objetivar resolver no mesmo dia o máximo de queixas possíveis e desafogar o agendamento para o futuro, questão que seria resolvida pelo AA, gera muito desconforto ao paciente e ao profissional assistente. O processo do AE é demorado. Quando cheio, o paciente pode esperar por 4, 5 e até 6 horas pela consulta. Pacientes com queixas não tão urgentes, trabalhadores, cuidadores de acamados ou pais responsáveis por filhos pequenos, idosos, entre outros, tem muita dificuldade de acessar por não conseguirem esperar. Em equipes com AE tradicionalmente cheios, os pacientes se habituem a chegar 1 hora ou mais antes do início da entrega das senhas para que consigam ser avaliados o quanto antes. Quando se leva em consideração os AE das equipes ampliadas como a Verde e a Vermelha, o problema se amplifica, porque cronicamente o acesso é restrito, a dificuldade de absorver a demanda se perpetua e as queixas de hoje se somam às daquelas de ontem e às da semana passada que não foram atendidas, gerando AE com 70, 80, 90 ou mais pacientes em um único turno. As longas filas, a frustração dos pacientes, as reclamações nas

portas de médicas e enfermeiras, a sobrecarga de trabalho e a ineficiência do processo desencadeia sofrimento para usuários e profissionais que se desdobram em vão.

Um terceiro aspecto a ser avaliado são as múltiplas categorias de atendimento possíveis, essa diversidade de tipos de atendimento geram mais demanda futura e reduz o acesso aos demais usuários (VIDAL et al., 2018). Isso se dá, porque o paciente com restrição em seu acesso aproveita a oportunidade de contato para abordar todos os seus problemas, tornando as consultas maiores e menos resolutivas. Sem falar que consultas marcadas para o futuro, tendem a ter suas motivações resolvidas com o tempo, gerando faltas que reduzem o acesso daqueles com queixas no momento. Não é característica do AA extinguir a agenda programada e os grupos populacionais que necessitam de vigilância em saúde tem que ter momentos protegidos para garantir o cuidado, mas essa proteção deve girar em torno de 10 a 35% (VIDAL, 2018).

O quarto ponto a ser considerado, sendo nevrálgico em um processo de transição de acesso é o tamanho do painel das equipes. Como já mencionado, a PNAB (BRASIL, 2017), determina que uma ESF deva ser responsável pelo cuidado de uma população de 3.500 pessoas e nenhuma das equipes da Unidade respeita esse valor. À luz da literatura, fica estabelecido um valor de 2.500 pessoas como painel ideal para implementação do AA (MURRAY e TANTAU, 2000). Portanto, é fundamental a reorganização das equipes a fim de que sejam capazes de absorver os pacientes diariamente. Na atual conjuntura, torna-se inviável um AA pleno.

A quinta parte do problema e que deve fazer parte da solução proposta mesmo que seja realizado a longo prazo é o espaço físico. A UBS não comporta a atual quantidade funcionários com o modelo de acesso vigente. Se levarmos em consideração o número de médicos, médicas, enfermeiros e enfermeiras, além dos residentes de MFC e de enfermagem que somam um total de 22 profissionais já não é possível que todos atendam ao mesmo tempo. Quando se pensa em ampliar esse número situação torna-se insustentável. Evidentemente, não será prontamente erguida uma nova Unidade que consiga desafogar essa superpopulação em um mesmo serviço, contudo estratégias podem ser estabelecidas. Exemplos são rodízio do uso de salas, atendimentos no território, desenvolvimento de grupos dentro e

fora da Unidade, etc. Essas soluções aumentam os atendimentos ao mesmo tempo que reduzem a demanda de sala.

Romper a resistência dos profissionais também é peça-chave na solução do problema. O acesso tradicional não é classificado dessa forma somente por ser o mais comum, mas também por ser, muitas vezes, a única forma de agenda que os profissionais conhecem. A ampliação do acesso possui muitos mitos que dificultam a mudança do paradigma entre os profissionais. A educação permanente e a apresentação de novos conceitos e ideias da APS para os trabalhadores, educando-os, fazendo-os parte do processo de mudança são fundamentais. Eles são o primeiro ponto de resistência à mudança.

Por fim, é importante que seja feita a contextualização político econômica em que se encontra o país nesse momento e como isso reflete nos atendimentos em uma UBS. Os inúmeros problemas citados podem remontar o processo de construção do SUS:

A construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. (FLEURY, 2009, p. 748)

Esse modelo hegemônico de gestão pública prioriza o privatização de serviços sociais, redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente ao aumento das dificuldades para alcançá-los (FLEURY, 2009). Isso marca o subfinanciamento asfixiante do SUS desde sua fundação, com consequentes reduzido quadro de funcionários e investimentos nos serviços de saúde, iniquidades no Sistema, uma vez que o indivíduo com mais demandas devido à maior vulnerabilidade socioeconômica acessa menos os serviços de saúde, caracterizando mais uma vez a Lei dos Cuidados Inversos e seu sucateamento. Esses fatores dicotomizam a prestação do serviço de Saúde no Brasil, reforçando a ideia de um SUS para pobres. O próprio congelamento de recursos por 20 anos reduzirá o investimento destinado a saúde e tenderá a precarizar ainda mais a qualidade e consequentemente acesso. (ROSSI e DWECK, 2016).

Paradoxalmente, o Governo insiste, a exemplo dos textos da PNAB (BRASIL, 2017) e do PNH (BRASIL, 2015), em ampliar acesso, regulamentar e garantir a APS e seus princípios, ampliar sua cobertura e resolutividade, compreendendo-a como gestora do cuidado e porta de entrada do Sistema. O que se configura em contra senso, uma vez que não haverá incentivo financeiro para isso. Ao mesmo tempo, a APS e o debate de AA ganha espaço e se desenvolve no setor suplementar, principalmente nos Planos de Saúde cujo objetivo é reduzir custos e ampliando lucros. Reforçando a lógica de uma gestão de saúde neoliberal.

O recrudescimento dos investimentos associado a atual crise econômica aumenta a demanda de serviços de saúde públicos que terão pior qualidade. Partindo dessa lógica, a demanda tenderá a aumentar pela correlação direta com o aumento da vulnerabilidade social. O AA torna-se assim aliado no cuidado em saúde dessas populações.

## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Diante do discutido anteriormente, na revisão bibliográfica e na exposição da situação-problema, fica evidente que a solução proposta é o AA, instaurando-o progressivamente em toda a Unidade de Saúde Alvarenga.

O AA, devido a boa relação custo-benefício, poderia elevar a qualidade da prestação do serviço, melhorar índices de saúde, a satisfação dos usuários e dos trabalhadores e trabalhadoras, reduzir o número de absenteísmo nas consultas e impactar positivamente nos demais níveis de saúde - secundário e terciário.

A simples abertura das portas, irrestritamente, como promessa de atendimento a todos e todas que necessitarem, seria irresponsável e impraticável. Até mesmo a ideia de implementar o AA nas atuais condições em que se encontra a distribuição das populações adstritas entre as equipes e o número de profissionais respectivos seria, certamente, inexitoso, uma vez que a literatura recomenda um painel ideal de 2.500 usuários e a própria PNAB (BRASIL, 2017) determina uma população máxima de 3.500 pessoas por ESF e nenhuma das equipes da UBS Alvarenga se encontra nessa conformação.

Portanto, uma nova territorialização deveria ser feita com a redistribuição dos usuários. Seria necessário, também, que novas ou novos MFC, enfermeiras e enfermeiros, cirurgiões dentistas e técnicos e auxiliares em saúde bucal fossem contratados para compor novas equipes que devem ser criadas, cumprindo com a determinação da PNAB (BRASIL, 2017) que orienta transição de equipes tradicionais para ESF. Uma alternativa que poderia reduzir os custos dessas contratações seria o remanejamento dos demais médicos pediatra, ginecologista e clínico de apoio que não teriam cenário de atuação visto que as ESF absorveriam toda a demanda. Levando-se em consideração o número de 35.101 usuários registrados na UBS seriam necessárias, pelo menos, 10 equipes de ESF.

Além de criar novos cargos e entendendo que o AA aumentaria a demanda, seria também necessário completar o quadro de funcionários faltantes, entre eles recepcionistas, técnicos e técnicas de enfermagem, farmácia e saúde bucal e

agentes comunitários, sendo esses últimos pilares da APS, uma vez que conectam a Unidade ao usuário e são os principais atores *in locu* do cuidado. Além desses e dessas profissionais e pensando na complexidade do cuidado e em suas diversas facetas e no aumento da demanda, o NASF, que atualmente encontra-se subdimensionado, precisa ser readequado a fim de cumprir com o seu objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Faz-se urgente a contratação de mais profissionais para compô-lo possibilitando o atendimento das atuais demandas.

A longo prazo, os órgãos responsáveis deverão ter um estudo da estrutura física da Unidade e de sua capacidade de comportar esse quadro de funcionários proposto e, principalmente, o volume de usuários.

É importante frisar que todas essas mudanças, apesar de estarem dentro da proposta de AA, são prévias a esse debate, sendo necessárias independentemente do modelo de acesso instaurado. A excelência na prestação do serviço depende de número adequado de trabalhadores e trabalhadores e adequadas instalações. Esses quesitos também são preconizados como diretrizes da PNH (BRASIL, 2017), quando o mesmo fala em *Ambiência e Valorização do Trabalhador*.

Durante a mudança no acesso, faz-se necessária a participação popular. O controle social garantido pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 institui a necessidade de se debater esses temas com a população tornando-a ativa na mudança e não meramente espectadora. Portanto, os Conselhos Municipal e Local de Saúde devem pautar acesso em suas reuniões e as comunidades e associações de bairro, entre outros recursos sociais do território devem ser convidados a compor as discussões internas da unidade. Dessa forma, seriam levantadas outras situações-problemas não observadas pelos trabalhadores, além de ampliar o escopo de parceiros no processo de implantação (BRASIL, 1990).

#### 4.1.1 Plano de Implantação

A implantação deste projeto técnico se dará forma lenta e gradual, englobando etapas a curto, médio e longo prazo. Inicialmente, aqueles e aquelas

profissionais engajados na mudança devem buscar aliados a fim de construir um projeto que pode enfrentar resistência de colegas e gestão. É fundamental o embasamento teórico e coleta de dados de exemplos de sucesso aplicados em diversas outros serviços como na Atenção Primária da cidade do Rio de Janeiro, Florianópolis, Curitiba e São Paulo (CURITIBA, 2014). Esse processo pretende culminar em espaços de educação continuada e debates entre todos os funcionários, gestores da Unidade e do município e, principalmente, usuários.

Esses espaços de Educação podem ser feitos em dois momentos/ambientes, sendo o primeiro em âmbito municipal, tendo em vista que a Gestão do Município está comprometida com o AA. Nesse cenário, os convidados serão os trabalhadores, dispensados de suas atividades de assistência no período, e gestores e profissionais de outros municípios que conseguiram avançar no acesso, além de estudiosos do tema.

O segundo momento pode ocorrer dentro das Unidades, em reuniões gerais, em que os profissionais, gestores e usuários comparam os exemplos apresentados à realidade local da Unidade e sugerem ações, utilizando-se de metodologias ativas em que todos e todas comporiam o debate com suas opiniões no intuito de instigar a efervescência de ideias e soluções.

Nessa fase, devem ser feitas discussões sobre acesso, sobre as expectativas dos trabalhadores acerca do serviço que eles prestam e as dificuldades que estão enfrentando, justamente pela frustração dos usuários ao serem barrados quando precisam ser acolhidos. Serão apresentadas as vantagens e desvantagens dessas diversas formas de acesso. É importante determinar e pactuar coletivamente o papel de cada trabalhador em seus respectivos setores e no acolhimento, de acordo com PNH e o PNAB (BRASIL, 2017) com a finalidade de se evitar divergências ou dúvidas durante processo de instauração.

Qualquer mudança estrutural que se faça em serviços tradicionalmente instalados, envolvendo diversos processos de trabalho e trabalhadores habituados a eles, necessita ser construído horizontalmente com participação democrática e, nos serviços de saúde do SUS, deve haver a garantia do controle social. Medidas decididas monocraticamente, partindo de superiores desconexos ao cotidiano dos trabalhos, sem que todos e todas ajudem a construí-la, tendem ao fracasso, seja



pelo boicote por parte daqueles que as executam, seja pela descontinuação após a saída daquele que ordena a mudança. Quando os trabalhadores e usuários se sentem parte da construção do plano, eles também se comprometem com o sucesso do projeto.

Acordados esses pontos, devem ser então estabelecidos os fluxos internos. O primeiro contato, a referenciação interna na unidade e o fluxo que o usuário deve seguir para que consiga ser atendido pela sua equipe, mantendo o vínculo. O setor-chave nesse processo é a recepção que deve estar preparada para receber, apresentar o local adequado, a via de acesso e buscar o prontuário para pronto registro. Necessita de número adequado de profissionais equipados com técnicas de habilidades de comunicação, pensando nos momentos do dia em que a demanda aumenta, para que não haja sobrecarga dos trabalhadores e trabalhadoras, cuidando de sua saúde mental. Essas técnicas podem ser aprendidas e devem ser encorajadas e promovidas pela gestão.

O passo seguinte seria a implementação do AA nas ESF que já se encontram estruturadas. O objetivo é que o processo se expanda para as demais equipes à medida que os usuários sejam redistribuídos, criando novas ESF.

As reuniões gerais da UBS devem ser replicadas internamente nas equipes, levantando as áreas e populações adstritas. Com os números atualizados e o compromisso dos agentes comunitários em cadastrá-los no eSUS, as equipes podem conhecer melhor seu painel e assim, organizarem-se baseadas em números próximos da realidade. Esse ponto é importante, porque aumenta a chance de sucesso na implementação, uma vez que permite prever problemas de contingência.

Em seguida, as Equipes precisam reajustar suas agendas. Faz-se necessário que os múltiplos tipos de agendamento sejam excluídos. Nessa ótica as consultas devem ser definidas entre demanda espontânea e demanda agendada, sendo o usuário quem determinará o tipo de consulta juntamente ao profissional que fez a escuta. Essa medida reduz a demanda negativa, a fila e o absenteísmo. Se todas as consultas são subsequentes todos os pacientes, independente de suas demandas, podem ser agendados de acordo com a disponibilidade de vagas.

Outra medida simples e que deve ser estimulada é o fim da distribuição de senhas, dando lugar a distribuição de horários. Ao se determinar os horários de escuta da demanda o paciente deve haver uma previsão de quando ele será atendido dentro das próximas 48 horas ou, caso deseje, da data e hora do atendimento no futuro. Isso reduz a ansiedade, a espera e o tempo dentro da Unidade, permite que o paciente retome suas atividades e diminui a pressão na porta do profissional que está atendendo.

A equipe deve ter um bom controle sobre grupos específicos de cuidados para que não sejam desassistidos. Grupos que necessitam de consultas regulares a exemplo de gestantes, crianças em puericultura, HAS, DM, etc, devem estar sob vigilância e ter seus atendimentos garantidos na agenda.

A fim de se ampliar as vagas de atendimento, tanto enfermeiros e enfermeiras, quanto médicos e médicas devem ter horários de atendimento garantidos em salas onde possam prestar o cuidado demandado prontamente. Esses ajustes já ampliam o painel, uma vez que aumentam o número de consultas e profissionais disponíveis.

Essas medidas poderiam extinguir os AE, mas não necessariamente o Acolhimento Geral. Todavia, esse espaço teria sua participação dentro dos fluxos internos reduzido, uma vez que todos os dias os pacientes poderiam ser ouvidos por sua própria equipe e algum encaminhamento seria dado. Contudo, devido ao tempo de funcionamento da Unidade e a restrição de salas é impossível que as equipes consigam cobrir as 12 horas do dia e em alguns momentos usuários chegarão quando seus profissionais de referência estarão ausentes. Nesse caso, a Unidade também deve ser organizada a fim de equipes irmãs se complementarem na cobertura, permitindo a discussão dos casos entre si.

A médio prazo, simultaneamente ao que já foi proposto, será necessária uma força-tarefa na reterritorialização da Unidade que cumpra com as etapas de coleta de novos cadastros e atualização dos antigos, digitalização dos mesmos na plataforma do eSUS e redivisão das equipes ESF e EBS. Essa redivisão também deve ser gradual, porque deve acompanhar a contratação de mais profissionais que serão referências dessas novas equipes.

Vale lembrar que a abertura do acesso vai trazer consigo uma demanda reprimida gerada pelos atuais modos de agenda, aumentando o número de queixas, consultas, usuários utilizadores e conseqüentemente, necessidade de ampliação dos serviços da Unidade. Aumentarão prescrições, exames, encaminhamentos e também a busca por atendimentos outros que não somente o médico ou do profissional da enfermagem. Isso se refletirá na ampliação da necessidade por profissionais que desenvolvem os outros serviços disponíveis na carteira da Unidade, não sendo suficiente criar novas equipes, mas também aumentar o NASF-AB, técnicos responsáveis pela medicação, curativos, vacinação, administrativo, recepção, etc.

O processo de reterritorialização, caso conte com o apoio da gestão e seja uma prioridade da Unidade, pode ser realizado em alguns meses. A redistribuição da população adstrita em áreas menores que as atuais, contudo, levará um tempo inestimável, uma vez que depende de múltiplos fatores como pressão popular e da gestão da Unidade, vontade política, disponibilidade de profissionais capacitados e recursos financeiros despendidos para essa finalidade. Contudo, salienta-se que será um fator limitador caso não seja contabilizado como parte do processo de implementação do AA.

A longo prazo, diante das mudanças suscitadas pela implementação deste projeto técnico far-se-á necessário a criação de mais espaço físico para atender aos usuários. A PNAB (BRASIL, 2017) tem uma orientação de que as UBS tenham no máximo 4 equipes para que possa atingir seu potencial resolutivo, havendo, então, a necessidade de execução de outros projetos que se disponham a fomentar propostas com vistas à criação e implementação de uma nova UBS que dividirá a cobertura da população.

O QUADRO 1 resume as etapas e requisitos para a conclusão das mesmas ao longo dos curto, médio e longo prazos.

QUADRO 1 - Resumo do Plano de Implantação

PRAZO	ETAPA	REQUISITOS	T E R R I T O R I A L I Z A Ç Ã O	REQUISITOS
CURTO	Agregar aliados	Buscar entre trabalhadores, usuários e gestores da Unidade e municipais.		Coleta de novos cadastros e atualização dos antigos, digitalização dos mesmos na plataforma do eSUS
	Aprofundar estudos	Bibliografias, exemplos e modelos implantados.		Distribuí-los entre as equipes e dividir as equipes a fim de comportá-los.
	Promoção de Educação Permanente	Seminários Municipais sobre Acesso e discussões entre trabalhadores e usuários no ambiente da Unidade e Comunidade.		
MÉDIO	Desenvolver fluxos internos	Delimitar papéis dos profissionais, fluxos internos desde a chegada ao atendimento e por onde e quem o usuário passará.		Criação de novas ESF
	Reajustar as agendas	Dividir os tipos de atendimento entre demanda espontânea e demanda programada.		
LONGO	Ampliar a quantidade de salas	Enfermeiros, enfermeiras, médicos e médicas devem atender simultaneamente.		Manutenção <i>ad eternum</i> , pois esse processo não se esgota, devendo sempre ser retomado.
	Contratar novos profissionais			
	Construção de uma nova Unidade	A quantidade de novas ESF somadas às já existentes não podem ser comportadas na atual infraestrutura da Unidade.		

FONTE: Autor (2019)

#### 4.1.2 Recursos

Os recursos necessários para garantir a consolidação do AA na Unidade passam pela contratação de mais profissionais e construção de espaço físico. Avaliando o número de cadastrados em 2010 e a quantidade de ESF que deveriam existir na UBS é possível estimar que seriam necessárias a contratação de pelo menos mais 4 enfermeiros e enfermeiras, 4 MFC e 6 dentistas e os profissionais de saúde bucal que compõem sua equipe. Para a cobertura das áreas ainda seriam necessários mais 16 ACS, considerando uma microárea de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Se, em termos populacionais, cabem pelo menos 2,5 unidades menores na UBS Alvarenga e nela está lotada apenas um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, então deveria haver à disposição dos usuários, pelo menos 3 profissionais de cada categoria componente do NASF, diferentemente do que é observado na atualidade (BRASIL, 2012).

Além dos trabalhadores, o espaço físico é limitante. Havendo, idealmente, 10 ESF atuando simultaneamente com AA, a Unidade precisaria de pelo menos 20 consultórios para os 10 MFC e 10 enfermeiros ou enfermeiras realizarem seus atendimentos. Sem levarmos em consideração as demais atividades de grupo ou atendimentos do NASF que são realizadas.

#### 4.1.3 Resultados Esperados

Diversos são os benefícios experimentados nos relatos que já existem na literatura acerca da implantação do AA (VIDAL, 2013; CURITIBA et al., 2014) que podem ser extrapolados à UBS Alvarenga.

Espera-se, portanto, que o AA aumente o número de consultas médicas/ano quando comparadas aos outros modelos, reduza filas e absenteísmo, reduza tempo de espera dentro da Unidade, aumente a resolutividade das queixas diárias e, portanto, a satisfação do usuário e por conseguinte do profissional.

No que diz respeito ao cuidado integral das pessoas, o AA tende a longo prazo, prevenir agravos, promover o encontro oportuno entre usuário e equipe na

prevenção primária e secundária e garantir maior atenção aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Quando se amplia o foco para toda a Rede, esse maior acesso impacta na redução de complicações que aumentam os custos despendidos nos níveis secundários e terciários, reduz internações e encaminhamentos que são os gargalos de gastos do sistema de saúde.

#### 4.1.4 Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas

O Programa Saúde da Família (PSF) foi oficialmente lançado em 1994 e desde então vem avançando e sofrendo reformulações. Somente em 2006, o Ministério da Saúde formulou, junto com representantes de Estados e Municípios, o primeiro Plano Nacional da Atenção Básica, mudando o PSF para ESF (SAMPAIO, MENDONÇA e TURCI, 2018). É alvo de debates, pesquisas e polêmicas, sendo pano de fundo de manobras políticas que podem sustentar um governo ou afundá-lo como podemos observar na criação do Programa Mais Médicos, Lei 12871 de 22 de outubro de 2013, e seu fim no atual governo federal (BRASIL, 2013).

Isso evidencia que a APS ainda está em desenvolvimento e consolidação e que a maioria dos seus profissionais não foram capacitados para atuar nessa nova lógica de trabalho e estão acostumados com a provisão de serviço em agendas tradicionais.

O AA vem dentro dessa efervescência que é a APS e se propõe como solução para diversos problemas, contudo está sendo implementado com uma mão de obra não habituada ao mesmo, quebrando paradigmas. Se os trabalhadores não forem parte estruturante dessa mudança, poderão se tornar uma fonte de resistência. Uma gestão que não escute ativamente seus contratados e proponha mudanças coletivamente tenderá a falhar na proposta de qualquer ação.

A solução da situação-problema evidenciada na UBS Alvarenga, por exemplo, dar-se-á em diversas etapas e colherá frutos em alguns anos, caso o que foi proposto seja instituído em sua completude. As primeiras mudanças já podem ser feitas, mas nenhuma delas deverá ser de caráter autoritário.

Além disso, a Gestão tem de se comprometer a financiar essa mudança, entendendo que ela também se beneficiará dos resultados. Portanto, o investimento

em contratação de novos profissionais e em infra-estrutura faz parte do planejamento. Um risco previsto é o AA em ESF com populações adstritas muito maiores que 2.500 ser inexecutável, tendendo a gerar ainda mais restrição ao serviço, pois muitas pessoas não conseguirão ser atendidas, devido às imensas filas, de múltiplos usuários com suas demandas (VIDAL, 2013).

Outro risco é a implementação de qualquer mudança sem a atuação do controle social. Os serviços públicos brasileiros não gozam da confiança dos usuários e a instabilidade do setor saúde gera ainda mais frustração e angústia. Mudanças que desagradem os usuários poderão gerar conflitos, reclamações e insatisfação que desmobilizam a construção do AA. Dessa forma, a população tem de fazer parte da discussão, projeto, implantação, correção de problemas e avaliação permanente dos processos de trabalho da Unidade no que diz respeito ao Acesso e aos demais.

Por fim, não se pode ignorar o principal risco que o SUS corre desde sua fundação e que impacta em todos os seus níveis, desde a elaboração de políticas públicas até a ponta do atendimento na UBS. Não só o AA, mas qualquer outra proposta para a APS tem grandes chances de falhar com o subfinanciamento crônico do Sistema, o congelamento dos gastos por 20 anos e desestatização de empresas e serviços convergindo com o crescimento da APS dentro dos Convênios Privados e os incentivos e isenções que esses recebem.

Quanto a esse risco esperado a medida preventivo-corretiva não diverge daquelas tomadas pelos sanitaristas na VIII Conferência Nacional de Saúde que se debruçaram sobre o tema, discutiram com a sociedade, elaboraram um Sistema de Saúde democraticamente e que vem ao longo das últimas três décadas defendendo-a enquanto direito, não somente constitucional, mas social.

## 5 CONCLUSÃO

A forma de agendamento não pode ser considerada uma mera burocracia ou uma simples técnica de organização. O agendamento influencia o acesso ao serviço de saúde e em se tratando da APS, porta de entrada do SUS, determina quem, quando e onde poderá usá-lo. Dessa maneira, esse tema deve ser motivo de discussão em reuniões de equipe, reuniões gerais de Unidades, entre gestores locais, municipais e federais e nos conselhos e conferências de saúde.

Essa pauta dialoga com a prestação do serviço e com os princípios da APS, do SUS e respalda as atuais políticas de Humanização. A garantia do atendimento no momento oportuno amplia equidade, integralidade e universalidade em seus sentidos sanitários mais originais, provê longitudinalidade e coordenação do cuidado e dá autonomia à pessoa usuária e ao profissional de se encontrarem quando melhor convier, seja na demanda espontânea ou programada.

O AA pode facilmente ser deturpado com finalidades político-eleitorais, dando a falsa impressão que o objetivo do gestor é ampliar irrestritamente o atendimento, contudo há que se fazer ressalvas. A implementação deve ser feita com planejamento, investimento e co-participação democrática de gestores, trabalhadores usuários.

Sem amplo debate, planejamento, reorganização dos processos de trabalho, capacitação profissional e rede bem estruturada a proposta do AA torna-se inexecutável, frustrante e adoecedora para profissionais e usuários. Populações adstritas muito grandes tentando acionar suas equipes tenderão a ter mais negativas e postergações que respostas imediatas e mais incertezas de quando se dará o próximo contato, uma vez que os agendamentos se reduzem em muito.

É fundamental realizar a territorialização, conhecer o painel atendido, conhecer os dados de acesso de sua população, perfil demográfico, ter uma boa vigilância em saúde e saber quem é seu usuário. O tema tem que ser amplamente discutido entre os trabalhadores, definindo papéis, ilustrando exemplos de êxito e desmitificando a ideia de que a Unidade se tornará Pronto Atendimento, de que a carga de trabalho aumentará, uma vez que a fila nunca diminuirá. Descrever passo a passo, conseguir aliados e fazer a mudança deve ser a meta.



Os momentos em que a demanda superar a capacidade de absorção devem ser previstos e o planejamento prévio posto em prática. Nessas situações será importante o sentimento de equipe dos trabalhadores e o compromisso com o usuário e com a Unidade.

Se o quadro profissionais for incompleto, outros devem ser contratados. O espaço físico que garanta condições de atendimento deve ser providenciado. Isto é, faz-se necessário ampliar os investimentos públicos em saúde. Se as condições materiais, contudo, possibilitarem a mudança, o AA não gera novos gastos e devido ao custo-benefício deve ser incentivado. Ele reduz filas e absenteísmo, aumenta a resolutividade em tempo hábil, reduz o uso dos demais níveis de saúde, reduzem o agravo de patologias que poderiam ter sido abordadas antecipadamente e o agravo de doenças crônicas não transmissíveis. Ele também aumenta a satisfação do usuário e do trabalhador que se sente mais recompensado por conseguir estar mais acessível.

É, então, necessário ampliar e capilarizar esse debate, fazê-lo chegar em mais profissionais e gestores e colocá-lo em prática, pressionando municípios, estados e governo federal a formular políticas de Estado que ampliem o acesso.

Para a UBS Alvarenga o momento de transição será difícil devido às profundas mudanças estruturais que se darão na Unidade ao longo do tempo, mas com planejamento e metas bem definidas os objetivos serão conquistados. O usuário da Unidade, muitas vezes em vulnerabilidade social, descrente dos serviços públicos, poderá reconhecer nela um novo recurso social capaz de atender suas demandas quando mais necessita, aumentando sua segurança nos serviços e nos profissionais.

Os usuários também se beneficiarão de melhores índices de saúde, maior coordenação de seu cuidado e melhor uso dos demais níveis de atenção, com encaminhamentos mais pertinentes. Essa cadeia consegue reduzir custos locais e globais em saúde.

Quanto aos trabalhadores, a redução das longas filas de espera e do acúmulo de queixas que prolongam as consultas, a maior satisfação do usuário e a maior resolutividade dos problemas podem gerar maior motivação em sua fixação no serviço. Esse fato se torna importante quando se pensa em vínculo

profissional-pessoa e na longitudinalidade do cuidado que são prejudicados pela alta rotatividade de profissionais na APS.

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Constituição (1990). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 28 dez. 1990.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Constituição (2013). **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Brasília, 22 out. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 2012**. Brasília, 28 dez. 2012.

CURITIBA, Prefeitura Municipal de et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. 2014. Disponível em: <[http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba\\_CartilhaAcessoAvancado\\_2014-06-05.pdf](http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2011. Disponível em: <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade\\_05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

GUSSO, Gustavo; MACHADO, Lucas Bastos Marcondes. Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2019. Cap. 4. p. 28-36.

HART, Julian Tudor. THE INVERSE CARE LAW. **The Lancet**, [s.l.], v. 297, n. 7696, p.405-412, fev. 1971. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x).

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M.. Advanced Access. **Jama**, [s.l.], v. 289, n. 8, p.1035-1040, 26 fev. 2003. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. (2000). **Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm**. Family practice management. 7. 45-50.

RODRIGUES, Elisa Toffoli et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 41, n. 4, p.604-614, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084>.

ROSE, Katherine D.. Advanced Access Scheduling Outcomes. **Archives Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 171, n. 13, p.1150-1159, 11 jul. 2011. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 12, p.1-5, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194316>.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; TURCI, Maria A.. Atenção primária a saúde no Brasil. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2019. Cap. 5. p. 50-65.

SARTI, Thiago Dias et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 13, n. 40, p.1-12, 17 abr. 2018. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1684).

SAÚDE, Ministério da. **Política Nacional de Humanização**. 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf)> . Acesso em: 25 fev. 2019.

VIDAL, Tiago Barra et al. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda., 2019. Cap. 5. p. 37-49.