



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS PASSO FUNDO  
CURSO DE MEDICINA**

**IDENEZ CELINA SILVA**

**PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**PASSO FUNDO, RS  
2021**

**IDENEZ CELINA SILVA**

**PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado como requisito parcial para obtenção do  
título de Médico pela Universidade Federal da Fronteira  
Sul campus Passo Fundo/RS.

Orientador: Prof. Me. Maríndia Biffi

Coorientador: Esp. Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo

**PASSO FUNDO, RS**

**2021**

## **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Silva, Idenez Celina

Percepção do acesso avançado em uma estratégia de saúde da família do norte do Rio Grande do Sul / Idenez Celina Silva. -- 2021.

90 f.

Orientadora: Mestre Maríndia Biffi

Co-orientadora: Especialista Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Atenção primária em saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Agendamento de consulta.. I. Biffi, Maríndia, orient. II. Marcuzzo, Rosana Ricarda Ferreira, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

**IDENEZ CELINA SILVA**

**PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado como requisito parcial para obtenção  
do título de Médico pela Universidade Federal da  
Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

11 / 02 / 2021

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof.<sup>a</sup> Me. Maríndia Biffi

Md.Esp. Rosana Ricarda Ferrira Marcuzzo

Prof. Me. José Ribamar Fernandes Saraiva Junior

Prof.<sup>a</sup> Dr. Vanderleia Laodete Pulga

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a toda minha família a qual me acompanhou e apoiou durante a elaboração desse trabalho. Agradecimento especial a minha mãe, Acacilda Martins Pinto, que sempre me apoio em toda minha trajetória. Agradeço, em especial, ao meu marido, Jeferson Lopes, pelo apoio e paciência e toda compreensão durante essa jornada. Minha gratidão a todos meus irmãos, familiares e amigos que me apoiaram e me apoiam diariamente.

Agradeço a minha Orientadora Maríndia Biffi por toda a sua dedicação, compreensão, orientação e paciência, assim como, agradeço a minha coorientadora Rosana Marcuzzo pelo apoio, orientação e compreensão.

## RESUMO

O presente trabalho foi elaborado pela acadêmica Idenez Celina Silva, como requisito parcial para obtenção do título de Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo/RS, sob orientação da Prof. Me. Maríndia Biffi e coorientação da Esp. Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo. Elaborado conforme as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e do Regulamento de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), é composto por Projeto de Pesquisa, Relatório de Pesquisa e Artigo Científico. O Projeto de Pesquisa foi construído no segundo semestre de 2019, no componente curricular (CCR) de Pesquisa em Saúde; o Relatório de Pesquisa foi elaborado no primeiro e segundo semestre de 2020 no CCR TCC I; o Artigo Científico foi construído no segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021 no CCR de TCC II. Trata-se de um estudo de caso, de natureza Qualitativa sobre a Percepção do Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul.

**Palavras-chave:** Atenção primária em saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Agendamento de consulta.

## ABSTRACT

This work was prepared by the student Idenez Celina Silva, as a partial requirement to obtain the title of Medical Doctor by Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo/RS *campus*, having as advisor M.Sc. Marindia Biffi and as joint advisor Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo, MD. It was prepared in accordance with the rules of the UFFS Academic Works Manual and the Course's TCC Rules. It consists of a Research Project, Research Report and Scientific Article. The Research Project was built in the second semester of 2019, in the curricular component (CCR) of Health Research; the research report was prepared in the first semester of 2020 in TCC I CCR; and the Scientific Article was written in the second semester of 2020 and in first semester of 2021 in CCR of TCC II. : It is a case study of Qualitative nature on the Perception of Advanced Access in a Family Health Strategy of northern Rio Grande do Sul.

**Keywords:** Primary health care. Access to health care. Appointment Scheduling.

## LISTA DE SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AB	Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>15</b>
2.1	Projeto de Pesquisa.....	15
2.1.1	Resumo Informativo.....	15
2.1.2	Tema .....	15
2.1.3	Problema.....	15
2.1.4	Hipóteses .....	16
2.1.5	Objetivos .....	16
2.1.5.1	Objetivo Geral .....	16
2.1.5.2	Objetivos Específicos .....	16
2.1.6	Justificativa.....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1	Tipo de Estudo .....	28
4.2	Local e Período de Realização .....	28
4.3	População e Amostragem.....	28
4.3.1	População .....	28
4.3.2	Amostra .....	28
4.4	Variáveis.....	29
4.5	Instrumentos de Coletas de Dados.....	30
4.6	Logística .....	30
4.7	Processamento dos dados, Controle de Qualidade e Análise de Conteúdo	31
4.8	Aspectos Éticos .....	31
<b>5</b>	<b>RECURSOS</b> .....	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>35</b>

	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	
	<b>Profissionais .....</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Usuários</b>	<b>41</b>
	<b>APÊNDICE C – Questionário Sociodemográfico e Entrevista</b>	
	<b>Profissionais .....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico e Entrevista-Usuários</b>	<b>46</b>
	<b>ANEXO A – Unidades de Saúde de Passo Fundo .....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>RELATÓRIO DE PESQUISA .....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO A- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO B- Parecer consubstanciado do CEP .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO C- Suspensão de atividades de pesquisa .....</b>	<b>64</b>
	<b>ANEXO D- Normas para submissão .....</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>69</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde (APS) surgiu a partir da declaração de Alma-Ata em 1978, no contexto da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidado Primário de Saúde. Essa declaração destacava a necessidade de ações imediatas por parte de todos os governos, profissionais da saúde e da comunidade mundial, com a finalidade de promover a saúde de toda a população (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A APS foi formulada com o intuito de fornecer uma atenção à saúde voltada aos princípios básicos, os quais deveriam ser o alicerce da construção de um atendimento primário a todos os usuários dos serviços de saúde. Dentre esses preceitos, destacam-se: o primeiro contato, o atendimento integral, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado tanto de maneira individual como coletiva (STARFIELD, 2002).

A APS foi adotada como sistema de saúde por diferentes países, sendo os preceitos da declaração de Alma-Ata o marco fundamental para sua construção. No Brasil, as primeiras experiências de APS são de meados do século XX, (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018). Porém, esse modelo conquistou mais prestígio a partir da Reforma Sanitária que se iniciou em meados de 1970 por meio do Movimento Sanitário, o qual foi um processo político de conquistas sociais, sendo liderado por intelectuais das universidades. Esse movimento defendia em seu discurso a mudança no pensar a saúde a partir da determinação social do processo saúde/doença, com a perspectiva de ampliação da consciência sanitária e criação de um sistema único de saúde (CHAMIS e SILVA, 2008).

Diante desse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, foi o marco para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nessa, foram debatidos os primórdios do que seriam posteriormente os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro como a universalidade, equidade, integralidade, participação popular, dentre outros (CHAMIS e SILVA, 2008).

O mais importante resultado deste debate foi à evolução em um preceito de natureza constitucional, o qual mais tarde, foi incluído no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que postula “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL,1988).

A Atenção Básica (AB) fundamenta-se em ações de saúde no âmbito coletivo e individual e alberga a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de praticar uma atenção integral a toda a população. Caracteriza-se ainda por ser a principal porta de entrada da população, e também seu canal de comunicação com a Rede de Atenção a Saúde, valendo-se do alto grau de descentralização e proximidade com a realidade do usuário, devendo acolher todos os indivíduos adscritos em seu território de forma universal e sem discriminação de qualquer natureza. Bem como, organizar seu processo de trabalho a partir da realidade e necessidades de sua população, além de acolher e definir quais são os principais agravos que ocorrem em sua área de abrangência, o que resulta em uma organização e concentração de recursos nos agravos mais incidentes, tornando as ações mais efetivas (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017).

A AB também está fundamentada e possui as seguintes diretrizes: o território adstrito; possibilidade de acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários, estimulando o desenvolvimento de vínculo; coordenação da integralidade; fomentando a participação popular (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Nesse âmbito, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultante da atuação de inúmeros atores como: movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores em nível municipal, estadual, nacional, os quais também são os responsáveis pelo desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política foi oficializada no ano de 2006 por meio da portaria ministerial nº 648/GM, sendo que a partir dela foi ampliado o escopo e a concepção da atenção básica, incorporando elementos da atenção primária à saúde abrangente, além disso, definiu a Atenção Básica como sendo a porta de entrada preferencial ao SUS, bem como propôs uma uniformização no processo de trabalho da equipe multiprofissional e destacando a importância da educação permanente dos profissionais da AB. A PNAB afirma a importância da Saúde da Família como

modelo de reorganização da atenção básica, como também reforça a necessidade da expansão desse modelo e a sua integração a rede de saúde municipal (GIOVANELA e MENDONÇA, 2009, p.605-606). A PNAB teve a sua segunda edição em 2011 e mais recentemente a sua terceira edição no ano de 2017. (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018, p.39-40)

Ao que se refere ao Acesso, ensina Starfield (2002), que os termos acesso e acessibilidade são utilizados de maneira intercalada, e em muitos casos, ambígua. Em sua obra ela descreve a acessibilidade como a possibilidade de chegar até o serviço de saúde, sendo necessária para atingir a atenção ao primeiro contato, já o acesso, é a maneira como o usuário experimenta a acessibilidade, sendo a acessibilidade uma característica não só da atenção primária, mas de todos os pontos que compõe a rede de atenção a saúde, sendo de extrema importância na APS, visto que essa é a porta de entrada ao serviço de saúde. Uma alternativa de cumprir com tal ensinamento, condição a ser estudada no presente trabalho, é a implementação de uma nova forma de agendamento, a qual se traduz no modelo Acesso Avançado.

O Acesso Avançado (AA) é um novo sistema de agendamento, o qual possui como proposta que os usuários que buscarem atendimento na unidade básica, possam ser atendidos no mesmo dia ou até 48 horas após o contato com o serviço de saúde, onde a proporção de agenda aberta, no início do atendimento, deve ser de 65% a 75%. Países como Inglaterra e Canadá já implantaram esse sistema em suas unidades de atenção básica com o intuito de oferecer um melhor acolhimento e atendimento a sua população (VIDAL, 2013; PEDÓ *et al*, 2017).

Em sua essência, o Acesso Avançado propõe diminuir o tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica, bem como reduzir os índices de absenteísmo, além de aumentar a oferta de atendimentos médicos aos usuários, possibilitando o aumento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade (VIDAL, 2013; PEDÓ *et al*, 2017).

Atualmente, o AA foi efetivado em várias cidades brasileiras como Rio de Janeiro, Florianópolis, onde várias unidades já trabalham com a agenda aberta para consultas no mesmo dia, no dia seguinte ou, no máximo, dentro de uma semana. Na cidade de São Paulo, em uma comunidade da periferia, a implementação do AA já apresenta resultados satisfatórios no que tange a diminuição do tempo de espera

por atendimento, redução do absenteísmo e melhorias na longitudinalidade do cuidado (FILHO *et al*,2019). Da mesma forma, no Rio de Janeiro, a implementação do AA em uma Clínica da Família, na zona sul da cidade, também obteve resultado positivo, principalmente no que se refere à redução de filas e do tempo de espera para o atendimento, taxa de absenteísmo, sendo que esse encontra-se muito inferior em comparação aos outros modelos anteriores executados (BRASIL. Secretaria de Saúde de Curitiba, 2014).

Diante desse cenário, esse estudo tem por objetivo analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre a implementação do modelo de Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1 Resumo**

Trata-se de um estudo Qualitativo, tipo Estudo de caso, cujo objetivo é avaliar a percepção do Acesso Avançado por parte dos usuários e profissionais em uma Estratégia de Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul. Além disso, analisar se ocorreram mudanças no acesso do usuário à unidade de saúde, na relação médico-paciente e equipe, no tempo de espera pelo atendimento com o profissional de referência, na resolutividade dos problemas de saúde e alterações nas ações de prevenção e promoção de saúde. a população do presente estudo será composta por todos os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) Nenê Graeff, localizada na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, bem como pelos usuários adscritos na área de abrangência, os quais serão selecionados por meio da indicação da equipe de saúde a partir da população pertencente às diferentes microáreas que compõem o território da ESF. Como critério de inclusão para os profissionais, os mesmos devem estar atuando na unidade há, no mínimo, 2 anos e ter acompanhado a implementação do AA; já para os usuários, os critérios são: ser maior de 18 anos, residir no bairro há, pelo menos, 2 anos e ter acessado o serviço antes e depois da implementação do AA. Como critério de exclusão para ambos os grupos serão excluídos os indivíduos que não apresentarem condições físicas e/ou psíquicas para responder ao questionário e realizar a entrevista. Espera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa possam estimular e subsidiar outras unidades de saúde que desejarem implementar o modelo de Acesso Avançado.

#### **2.1.2 Tema**

Percepção do Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul.

#### **2.1.3 Problema**

Na percepção dos usuários e da equipe de saúde ocorreram melhorias na acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, relação médico-paciente e paciente-

equipe a partir da implementação do modelo de Acesso Avançado?

#### **2.1.4 Hipóteses**

Na percepção dos usuários e da equipe de saúde a implementação do Acesso Avançado foi capaz de promover melhorias no que se refere ao acesso dos usuários a unidade de saúde, ao tempo de espera pelo atendimento, ao fluxo de trabalho, à relação médico-paciente e equipe-paciente, à longitudinalidade do cuidado, bem como se foi percebido mudanças no que tange as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

#### **2.1.5 Objetivos**

##### **2.1.5.1 Objetivo geral**

Analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul.

##### **2.1.5.2 Objetivos específicos**

- Analisar a repercussão do acesso dos usuários à unidade de saúde após a efetivação do modelo de acesso avançado;
- Avaliar a percepção dos usuários em relação às consultas, tempo de espera para atendimento e da relação médico-paciente;
- Descrever a percepção da equipe de saúde sobre os pontos positivos e negativos no fluxo de trabalho e no atendimento à comunidade após a implementação do AA;
- Avaliar a resolutividade, no ponto de vista dos profissionais e pacientes, dos problemas de saúde e melhorias na realização das ações de promoção e prevenção;

### **2.1.6 Justificativa**

O crescente aumento da demanda por atendimentos nas unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde faz emergir a necessidade da adoção de novos modelos de acolhimento e agendamento de consultas, a fim de proporcionar aos seus usuários maior acesso às unidades de saúde, assim como a garantia de integralidade e longitudinalidade do cuidado. Buscando solucionar esse problema, muitas unidades de saúde da APS no Brasil e no exterior iniciaram uma abordagem conhecida como Acesso Avançado.

Com o presente trabalho, pretende-se demonstrar a percepção da comunidade e equipe de saúde sobre as mudanças que ocorreram após a implementação do AA e quais foram os resultados na qualidade do atendimento, relação médico-paciente, longitudinalidade do cuidado, fluxo de trabalho e também nas ações de promoção e prevenção. Nessa circunstância, faz-se necessária a análise das percepções e do impacto da implementação do modelo de Acesso Avançado - tanto para o usuário como para a equipe de saúde- em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A atenção primária a saúde (APS) surgiu a partir da declaração de Alma-Ata em 1978, no contexto da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidado Primário de Saúde. A APS foi formulada com o intuito de proporcionar uma atenção à saúde voltada para princípios básicos que devem ser o alicerce da construção de um atendimento primário a todos os usuários dos serviços de saúde. Destacam-se os princípios do primeiro contato, atendimento integral continuidade do cuidado e longitudinalidade, bem como a coordenação do cuidado de maneira individual e coletiva (STARFIELD, 2002).

Nesse panorama, a APS trata que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todos os usuários e seus familiares. Esse documento ressalta a importância da participação da população e a democratização dos conhecimentos dos diferentes atores que compõe a comunidade local. Ainda, destaca que a APS representa o primeiro nível de contato do usuário com o sistema de saúde, sendo que essa deve estar o mais próximo de onde os indivíduos residem e trabalham, entretanto esse modelo não fica restrito apenas ao primeiro contato, mas integra um processo permanente de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (GIOVANELA e MENDONÇA, 2009).

A APS foi adotada como sistema de saúde por diferentes países, sendo os preceitos da Declaração de Alma-Ata o marco fundamental para sua construção. No Brasil, as primeiras experiências de APS datam de meados do século XX (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018), porém esse modelo conquistou maior prestígio a partir da Reforma Sanitária, iniciada em meados de 1970, por meio do Movimento Sanitário.

O movimento sanitário foi um processo político de conquistas sociais, liderado por intelectuais das universidades e defendia em seu discurso a mudança no pensar a saúde a partir da determinação social do processo saúde/doença, com a perspectiva de ampliação da consciência sanitária e criação de um sistema único de saúde (CHAMIS e SILVA, 2008).

O marco desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual foi primordial na construção do SUS. Nela, foram discutidos os princípios da reforma sanitária, os quais destacavam a importância da participação social, equidade,

descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. A aplicação desses princípios resultou em uma visão da saúde como direito de todos e assegurado pelo Estado. Diante desse contexto de reforma social, ocorreu no final dos anos 80 o Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em Porto Alegre, no qual foi fortalecida a ideia de que a municipalização era o caminho para alcançar os objetivos propostos nessa conferência. Ao encontro desse pensar, a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90, destaca a autonomia municipal e a descentralização dos recursos financeiros, colocando o município como ator principal na gestão do sistema. Já a Lei 8141/90 aborda a participação da comunidade organizada na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros nas diferentes esferas do governo. (CHAMIS e SILVA, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultante da atuação de inúmeros atores como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores em nível municipal, estadual, nacional, os quais também são os responsáveis pelo desenvolvimento e consolidação do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Essa política foi oficializada no ano de 2006 por meio da portaria ministerial nº 648/GM, sendo que a partir dela foi ampliado o escopo e a concepção da atenção básica, incorporando elementos da atenção primária à saúde abrangente, além disso definiu a Atenção Básica (AB) como sendo a porta de entrada preferencial ao SUS, bem como propôs uma uniformização no processo de trabalho da equipe multiprofissional e destaca a importância da educação permanente dos profissionais da AB. A PNAB afirma a importância da Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção básica. Ainda, reforça a necessidade da expansão desse modelo e a sua integração a rede de saúde municipal (GIOVANELA e MENDONÇA, 2009). A PNAB teve a sua segunda edição em 2011 e mais recentemente a sua terceira edição no ano de 2017 (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).

A PNAB de 2017 considera como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, e associa a ambas os princípios e diretrizes presentes em seu texto. Define a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas” (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Abarca também a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, além de vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas mediante as práticas de cuidados integrados e gestão, de maneira qualificada e efetivada com equipe multiprofissional, sendo voltada às necessidades e demandas da população de um território definido. Sempre levando em consideração os determinantes e condicionantes de saúde do local (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

A atenção primária é reconhecida como a principal porta de entrada do usuário da rede pública no sistema de saúde, pois ela parte da premissa que essa, deve ser acessível e próxima da comunidade, cabendo a ela propiciar, quando o usuário necessitar, uma consulta com um profissional que o ajude a entender sua condição de saúde e a necessidade ou não de uma avaliação adicional com um especialista. Em alguns casos, os problemas que levam o paciente a procurar atendimento médico não são de sistemas orgânicos específicos, mas uma miscelânea de vários sinais e sintomas dos diferentes sistemas. Nesse sentido, o médico da atenção primária, conhecedor da realidade do seu território, tem um grande desafio: defronta-se diariamente com uma variedade de apresentações das doenças as quais, em muitos casos, decorrem do contexto social em que se encontra inserido esse indivíduo (STARFIELD, 2002).

Ademais, a AB é o centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde (RAS), bem como é considerada a referência para coordenar o cuidado, ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde; devendo ser gratuita e universal, vedada qualquer forma de discriminação, buscando sempre por estratégias para minimizar a desigualdade/inequidade, de modo a evitar a exclusão social de grupos que enfrentam estigmatização ou preconceito (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

A atenção básica é regida pelos princípios do SUS e da RAS, e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação de sua política. Na atenção primária, o usuário é visto de uma forma holística, integral, em toda sua singularidade, no contexto social; busca-se nesse panorama, incorporar as ações de vigilância, planejamento e implementação de ações afirmativas, a fim de promover a

proteção, prevenção, controle de riscos, agravos e doenças, além da promoção de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Os princípios que norteiam essa política, os quais são os pontos fundamentais para sua efetivação, são:

- **Universalidade:** dever de proporcionar o acesso universal e contínuo, sem distinção de qualquer natureza, acolhendo a todos os que procuram atendimento, bem como proporcionar um serviço de qualidade e resolutividade, sendo a atenção básica a porta de entrada das RAS, cabendo a essa o acolhimento, a construção do vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde do usuário.

- **Equidade:** reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde de cada usuário, ressaltando que o direito a saúde deve levar em consideração as diversidades. Além de promover estratégias que minimizem a desigualdade e a exclusão social.

- **Integralidade:** dever de atender as necessidades da população adscrita em seus diferentes contextos no que tange ao cuidado, promoção, manutenção da saúde, prevenção, cura, reabilitação, redução de danos e cuidado paliativos, além de possibilitar o acesso a outros pontos da atenção à saúde quando necessário (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Da mesma forma, as diretrizes da AB juntamente com seus princípios corroboram para organização, efetivação da atenção primária. Sendo elas:

- **Regionalização:** trata sobre a importância da determinação de regiões de saúde, a fim de proporcionar um melhor planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde. Nessa conjuntura a Hierarquização é tida como forma de organização da RAS.

- **Territorialização:** tem por finalidade propiciar, a um território específico, um planejamento e desenvolvimento de ações, tanto setoriais como intersetoriais, de acordo com a realidade local, as quais possam impactar na situação, nos condicionantes e determinantes de saúde da população adscrita. Nesse sentido, a determinação de uma população dentro de um território tem por objetivo

proporcionar a criação de um vínculo e responsabilização entre as equipes e seus usuários, garantindo assim a longitudinalidade do cuidado.

- Cuidado centrado na pessoa: trata do desenvolvimento de ações e cuidados que possam empoderar o usuário a tomar decisões sobre sua saúde e os cuidados com a mesma.

- Resolutividade: trata da importância de se ter na AB uma clínica ampliada, a qual possibilite intervenções clínicas e sanitárias efetivas. De acordo com a PNAB: “a resolutividade deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017).

- Longitudinalidade do cuidado: refere-se à continuidade da atenção e fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, sendo que esse cuidado, ao longo do tempo e de forma permanente, tem o intuito de acompanhar os efeitos das intervenções em saúde, resultando em uma diminuição dos riscos de iatrogenia e fortalecendo o vínculo.

- Coordenação do cuidado: busca-se o acompanhamento e organização do fluxo de atendimento dentro da RAS, sendo a AB o centro de comunicação entres os pontos da rede, resultando em uma atenção integral ao usuário.

- Participação da comunidade: A comunidade possui papel primordial, pois por meio dela a AB busca a ampliação da autonomia do indivíduo e a construção do cuidado à saúde individual e coletiva (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, teve a finalidade de efetivar os princípios do SUS, devendo essa estar inserida em todas as ações e programas desenvolvidos pelo SUS, bem como incentivar a transferência solidária, promover a comunicação, e propiciar debates entre os gestores, trabalhadores e usuários, sobre as mudanças necessárias para favorecer a organização do trabalho e aperfeiçoar o cuidado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

A Política Nacional de Humanização trás como seus princípios a Transversalidade, a qual se caracteriza por: “reconhecer que as diferentes

especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003). Além disso, esse princípio discorre sobre a importância de mudanças nas relações de trabalho por meio da ampliação do grau de contato e da comunicação, o que corrobora para uma ruptura das relações de poder hierarquizadas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003)

Além disso, essa política abrange ainda o preceito da indissociabilidade entre Atenção e Gestão, salientando a importância de conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e das redes de saúde, tanto para profissionais quanto para os usuários (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003). Também, incentiva a participação na tomada de decisões que se referem à saúde coletiva, além de destacar que o cuidado com a saúde deve ser de corresponsabilidade, não cabendo somente ao profissional, transformando o usuário e sua família em agentes ativos sobre as decisões que são pertinentes a sua saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Esse princípio vai ao encontro de outro preceito da PNH, no qual são destacados o Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos sujeitos e coletivos. Significa que dar ênfase à autonomia e vontade das pessoas envolvidas na gestão e atenção à saúde é dar concretude ao plano. Usuários e trabalhadores não são apenas pacientes e cumpridores de ordens. O SUS humanizado incentiva a participação e reconhece cada um como promotor de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com essa política o Acolhimento é:

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. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003. p.7)

Segundo, Campos, *et al* (2009 *apud* Franco,1999) o Acolhimento trata-se de proporcionar ao usuário o acesso aos serviços de saúde conforme a sua necessidade, bem como de realizar uma escuta qualificada de seus problemas de saúde, oferecendo ações efetivas que visem a resolução de sua enfermidade. Ela

ainda destaca que o “compromisso para com o problema de saúde vai além do atendimento, pois quando nos relacionamos com o outro ocorre um elo entre o usuário e o profissional” (CAMPOS, *et al*, 2009, p.73). Nessa perspectiva a Política Nacional da Atenção Básica refere-se ao acolhimento como sendo primordial, devendo fazer parte nos diferentes contextos do atendimento, seja no primeiro contato entre profissionais de saúde e usuário ou durante uma consulta de enfermagem e/ou com o médico (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017)

De acordo com PNAB 2017:

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas. (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017)

Ao que se refere ao Acesso, ensina Starfield (2002), que os termos acesso e acessibilidade são utilizados de maneira intercalada, e em muitos casos, ambígua. Em sua obra ela descreve a acessibilidade como a possibilidade de chegar até o serviço de saúde, sendo necessária para atingir a atenção ao primeiro contato, já o acesso, é a maneira como o usuário experimenta a acessibilidade, sendo a acessibilidade uma característica não só da atenção primária, mas de todos os pontos que compõe a rede de atenção a saúde, sendo de extrema importância na APS, visto que essa é a porta de entrada ao serviço de saúde.

Nesse sentido a literatura mundial ressalta que acesso a APS é influenciado diretamente pelo modelo de agendamento que o serviço utiliza. Nesse contexto, Ryu (2017, *apud*, VIDAL, *et al*, 2019, p.2) destaca que melhorias no modelo de agendamento tem consequências positivas sobre o acesso do usuário ao serviço de saúde. Ao encontro desse pensamento, Knight e Lembke (2013) ressaltam que um modelo de agendamento efetivo tem resultados satisfatórios no que tange ao acesso oportuno, à melhorias no ambiente de trabalho, à qualidade do cuidado oferecido, à segurança do paciente e satisfação tanto da equipe como do usuário.

Atualmente, os modelos de agendamento usados na pela Atenção Primária são:

- Tradicional: todas as consultas são pré-agendadas, não havendo reserva de vaga para atendimento de demanda espontânea, sendo que esses são atendidos entre as outras consultas pré-agendadas, o que resulta no chamado *double-bookingou*, ou seja, a ocorrência de dois agendamentos em um mesmo horário, nesse modelo o tempo de espera por atendimento varia conforme o local, mas podendo ultrapassar 30 dias entre o agendamento e a consulta médica .
- *Carve-out* quinzenal: nesse modelo a agenda possui 50% para consultas pré-agendadas e 50% de seus horários reservados para atendimentos de demanda espontânea, sendo que o tempo de espera por uma consulta eletiva chega a aproximadamente 10 dias.
- *Carve-out* semanal: similar ao modelo de *Carve-out* quinzenal, essa forma de agendamento também possui 50% de sua agenda aberta para o atendimento de demanda espontânea, sendo a média de espera por uma consulta eletiva de 5 dias (VIDAL, *et al* ,2019, p.3).

Dessa forma, a implantação do acesso avançado seria uma forma de reduzir o tempo de espera entre o agendamento e a consulta. De acordo com Murray e Tantau (2000) o Acesso Avançado surgiu a partir das observações de Kayser Permanent, que em 1990, ao gerenciar o serviço de Atenção Primária a Saúde, na Califórnia, observou que a espera por um atendimento era de 55 dias, e que em aproximadamente metade dos casos o médico que realizava o atendimento não era o profissional de referência do usuário (VIDAL, 2013).

Diante desse panorama, viu-se a necessidade de reestruturação do sistema de agendamento vigente e de um novo modelo no qual o ponto principal deveria ser a continuidade do cuidado, possibilitando ao usuário consultar com seu médico de referência, permitindo o agendamento para o mesmo dia independente do tipo - um atendimento de urgência ou não (VIDAL, *et al* , 2019, p.3).

Assim, surgiu um novo sistema de agendamento o qual foi chamado de “Acesso Avançado” ou “Acesso Aberto” ou ainda “Agendamento para o mesmo dia”. Esse sistema possibilita ao usuário procurar a sua equipe de saúde independente de necessitar um atendimento de urgência, rotina ou preventivo. Os resultados obtidos

nas observações de Kayser, após a implementação desse modelo foram, principalmente, relacionados ao tempo de espera entre o agendamento e o atendimento com o médico de referência, sendo esse período reduzido de 55 dias para apenas 1 dia, isso resultou em uma melhora significativa na satisfação tanto do usuário como da equipe de saúde (VIDAL, 2013).

O Acesso Avançado (AA) é um sistema de agendamento, o qual possui como proposta que os usuários que buscarem atendimento na unidade básica, possam ser atendidos no mesmo dia ou até 48 horas após o contato com o serviço de saúde, onde a proporção de agenda aberta, no início do atendimento, deve ser de 65% a 75%. Países como Inglaterra e Canadá já implantaram esse sistema em suas unidades de atenção básica com o intuito de oferecer um melhor acolhimento e atendimento a sua população (VIDAL, 2013).

Em sua essência, o Acesso Avançado propõe diminuir o tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica, bem como reduzir os índices de absenteísmo, além de aumentar a oferta de atendimentos médicos aos usuários, possibilitando o aumento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade (VIDAL, 2013; PEDÓ *et al* , 2017).

Atualmente, o AA foi efetivado em várias cidades brasileiras como, por exemplo, Rio de Janeiro e Florianópolis, onde várias unidades já trabalham com a agenda aberta para consultas no mesmo dia, no dia seguinte, ou no máximo dentro de uma semana. Na cidade de São Paulo, em uma comunidade da periferia, a implementação do AA já apresenta resultados satisfatórios no que tange à diminuição do tempo de espera por atendimento, redução do absenteísmo e melhorias na longitudinalidade do cuidado (FILHO *et al*,2019).

Da mesma forma, no Rio de Janeiro, a implementação do AA em uma Clínica da Família, na zona sul da cidade, obteve resultado satisfatórios, principalmente no que se refere à redução de filas e do tempo de espera para o atendimento, redução da taxa de absenteísmo, sendo que esses números se encontram muito a baixo em comparação aos outros modelos anteriormente executados. Ainda, foi observada a ocorrência de redução na necessidade de encaminhamentos, como também que 83% das consultas foram realizadas pelo médico de referência do usuário em sua unidade de saúde, além disso, ocorreram melhorias na satisfação dos usuários,

sendo que 88% deles relatam estar satisfeitos/muito satisfeitos com o serviço ofertado (BRASIL. Secretaria de Saúde de Curitiba, 2014).

Nesse panorama, a cidade de Curitiba destaca-se na implementação desse modelo, pois foi responsável pela elaboração de uma cartilha que trata sobre as novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Nesse documento constam informações sobre o que é o AA, como programar e resultados desse modelo em outros locais, sendo que essa cartilha tem sido usada por vários gestores e profissionais que pretendem implementar o AA em suas unidades de saúde (BRASIL. Secretaria de Saúde de Curitiba, 2014).

Buscando proporcionar aos seus usuários um modelo de agendamento diferente do oferecido em outras unidades de saúde, a ESF Nenê Graeff implementou o modelo de agendamento/acolhimento Acesso Avançado em sua unidade.

A ESF Nenê Graeff está localizada na cidade de Passo Fundo a qual situa-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul. A cidade de Passo Fundo possui uma população de 184.826 habitantes de acordo com o último censo realizado em 2010, sendo que a estimativa em 2019 é de alcançar 203.275 habitantes (BRASIL-IBGE, 2019). O município possui 49 unidades de saúde (Anexo A) distribuídas nos perímetros urbano e rural. (BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, 2019). De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018/ 2021, atualmente possui 15 ESF as quais estão inseridas em, pelo menos, 35 Unidade Básica de Saúde. Além disso, a cidade possui 5 Centros de Atendimento Integral a Saúde (CAIS), um ambulatório de especialidades e 3 Centros de Atendimento Psicossocial, sendo um do tipo II, um álcool e drogas (AD) e um Infantil (BRASIL. Secretaria de Saúde de Passo Fundo, 2019).

As estratégias saúde da família de Passo Fundo são compostas por Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem, Sanificadora e Agentes Comunitários de Saúde. Oferecem a sua população visitas domiciliares, grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes e idosos. Bem como, oferecem encaminhamentos para especialistas de acordo com a necessidade dos usuários (BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, 2019).

A ESF Nenê Graeff é pioneira na implementação do Acesso Avançado (AA) no município de Passo Fundo - RS, sendo assim, torna-se importante analisar a

percepção dos usuários e da equipe de saúde sobre as modificações que ocorreram no serviço após a implementação do modelo de AA, pois estudos sobre esse tema, ainda são escassos na literatura nacional.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Qualitativo- Estudo de Caso. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é a estratégia escolhida para as pesquisas que têm por finalidade o estudo de acontecimentos contemporâneos, nos quais não é possível manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso é similar às técnicas de pesquisas históricas, porém utiliza algumas formas distintas como, por exemplo observação direta e séries sistemáticas de entrevistas.

O estudo de caso compreende “um método que alberga a lógica do planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados” (YIN, 2001. p. 33). As principais aplicações para esse tipo de estudo são a de explicar os vínculos causais de intervenções, avaliar a implementação e resultados de um programa (U.S. General Accounting Office, 1990, *apud* YIN, 2001, p.34) e “descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre.” (N. Smith, 1990; Stake, 1986, *apud* YIN,2001, p.34).

### **4.2 Local e período de realização**

O presente trabalho será desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) Nenê Graeff na cidade de Passo Fundo–RS, no período de março a dezembro de 2020. Essa unidade foi incluída nessa pesquisa pelo fato de ser a única Unidade de Saúde em Passo Fundo que implementou o Acesso Avançado até a elaboração desse projeto de pesquisa.

### **4.3 População e amostragem**

#### **4.3.1 População**

A população de profissionais será composta por todos os profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff na cidade de Passo Fundo-RS.

A população de usuários será composta por todas pessoas adscritas no

território na ESF Nenê Graeff.

#### 4.3.2 Amostra

Serão selecionados para a amostra todos os profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff.

Do total dos usuários, serão selecionados inicialmente, por meio da indicação da equipe de saúde, 13 pessoas podendo ocorrer, no decorrer da pesquisa, a inclusão progressiva de participantes ou interrupção pelo critério de saturação dos dados (MINAYO, 2014). Farão parte da amostra os maiores de 18 anos em ambos os sexos, pertencentes às diferentes microárea que compõe o território da ESF Nenê Graeff.

#### Critérios de inclusão para os Profissionais

- Trabalhar na unidade de saúde há, pelo menos, 2 anos.
- Ter acompanhado a implementação do Acesso Avançado

#### Critérios de inclusão para os usuários

- Ser maior de 18 anos
- Residir no território há, pelo menos, 2 anos e ter acessado o serviço antes e depois da implementação do Acesso Avançado.

#### Critério de exclusão para ambos os grupos

Serão excluídos os indivíduos que não apresentarem condições físicas e/ou psíquicas para responder ao questionário e/ou participar da entrevista.

### **4.4 Variáveis**

As variáveis analisadas nesse estudo serão as percepções, por parte dos profissionais e usuários, acerca das mudanças que ocorreram no tempo de espera pelo atendimento, no acesso, na longitudinalidade do cuidado, na relação médico-paciente e paciente–equipe, na resolutividade, no fluxo de trabalho e nas ações de prevenção e promoção de saúde.

#### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta das informações e a entrevista individual com os profissionais serão realizadas pela equipe de pesquisa por meio de Questionário Estruturado para coleta de informações sociodemográficas e por meio de Entrevista com perguntas orientadoras relacionadas aos objetivos do presente estudo (Apêndice C). As entrevistas serão realizadas nas dependências da unidade de saúde, sendo que a participação dos profissionais será previamente agendada com cada participante, respeitando a necessidade de cada profissional, podendo ocorrer em horário de trabalho ou em horário oportuno, buscando a mínima interferência no fluxo de trabalho da ESF Nenê Graeff, respeitando o sigilo e privacidade dos entrevistados. Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na sua integralidade.

A coleta das informações e entrevista individual com os usuários serão realizadas pela equipe de pesquisa por meio de Questionário Estruturado para coleta de informações sociodemográficas e Entrevista com perguntas orientadoras relacionadas aos objetivos do presente estudo (Apêndice D). As entrevistas serão realizadas no domicílio dos usuários, sendo que essa visita domiciliar será agendada, via contato telefônico, com antecedência, levando em consideração os horários de cada participante da pesquisa, bem como respeitando o sigilo e privacidade dos entrevistados. Todas as entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas na sua integralidade.

#### **4.6 Logística**

A coleta dos dados será realizada semanalmente, no turno matutino ou vespertino, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e dos usuários selecionados. Estima-se que a coleta ocorra por um período entre 3 a 4 meses, sendo que as entrevistas serão realizadas com os profissionais de saúde, nas dependências da ESF Nenê Graeff, em espaço reservado, específico para esse fim. E a coleta de dados, com os usuários, será realizada na sua própria residência, não necessitando o deslocamento dos mesmos até a unidade de saúde.

#### **4.7 Processamento dos dados, controle de qualidade e análise de conteúdo**

As informações registradas nos questionários serão tabuladas para exame de sua frequência.

As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas na íntegra. As transcrições serão lidas para uma primeira categorização das falas (categorias empíricas). Posteriormente, será realizada nova leitura para a redução e agrupamento destas categorias e, assim, proceder à análise a partir das categorias de referência/analíticas. As observações serão anotadas, gravadas e transcritas na sua integralidade.

O exame do material gerado em torno do tema proposto seguirá a seguinte ordem:

Pré-análise: nessa fase serão retomadas as hipóteses e objetivos da pesquisa a fim de elaborar pontos que orientem na compressão do material. Isso será realizado por meio da leitura intensa em que os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade pertinência serão atendidos. Nessa fase serão determinados a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação, bem como os conceitos teóricos gerais.

Exploração do Material: operação classificatória que tem por finalidade atingir o núcleo de compressão do texto. Nessa fase serão identificadas as categorias empíricas, as quais são expressões ou palavras relevantes, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, com posterior classificação e agregação dos dados.

Tratamento e interpretação dos resultados obtidos: será realizada novamente a leitura dos materiais coletados com objetivo de agrupar as categorias empíricas no que se denomina categoria agrupada. Estas categorias serão analisadas à luz do referencial teórico sobre esse tema (MINAYO, 2014).

#### **4.8 Aspectos éticos**

Este projeto de pesquisa será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul. Bem como será solicitado o Termo de Ciência e Concordância a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo para a realização do presente estudo na ESF Nenê Graeff. A coleta de dados somente será iniciada após sua aprovação. Os participantes da pesquisa

terão garantia total de sigilo e terão seus dados pessoais mantidos de maneira confidencial. Os profissionais da unidade de saúde serão convidados a participar da pesquisa por meio de convite impresso, sendo esse entregue aos profissionais, pessoalmente pela equipe de pesquisa, sendo esse entregue em 2 oportunidades. Já os usuários, após indicação da equipe de saúde, serão convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico, através do número que foi disponibilizado pelo usuário no seu cadastro na ESF, e serão realizados dois contatos em dias e horários diferentes, se não for possível o contato telefônico, será realizada nova indicação pela equipe de saúde.

Aos que responderem ao convite, aceitando participarem da pesquisa, passarão por triagem quanto aos critérios de inclusão e exclusão, por meio da pesquisa em seu cadastro na ESF e/ou com as agentes de saúde.

Aos profissionais e usuários que responderem ao convite, respeitando os critérios de inclusão, receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para os profissionais e (Apêndice B) para os usuários.

Somente participarão deste estudo os indivíduos que se disponibilizarem voluntariamente após esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual será apresentado em duas vias, sendo uma cópia entregue ao sujeito da pesquisa e a outra mantida com a pesquisadora. Os entrevistados serão informados que esta pesquisa é composta por aplicação de questionário sociodemográfico sendo seu preenchimento previsto em torno de 10 minutos e posterior entrevista, a qual será gravada e posteriormente transcrita, com duração de aproximadamente 50 minutos. O espaço para aplicação e realização das entrevistas, com os profissionais de saúde, será nas dependências da ESF Nenê Graeff, em uma sala previamente solicitada ao responsável da unidade, permanecendo nessa apenas a entrevistadora e o participante, garantindo que ninguém mais terá acesso às informações prestadas. Já a aplicação do questionário e entrevista com os usuários serão realizadas na residência do participante a fim de viabilizar sua participação na pesquisa, não necessitando do seu deslocamento até a unidade de saúde.

Para preservar o anonimato, cada participante receberá uma letra do alfabeto em ordem sequencial das entrevistas (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L) seguida pelo número 1 (para os profissionais da ESF Nenê Graeff) e 2 (para os usuários do

serviço de saúde). Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e todas as informações serão armazenadas em segurança pela pesquisadora durante cinco anos. Após esse período serão excluídas todas as informações referente a coleta de dados do presente trabalho.

O benefício relacionado com a participação dos profissionais é de que os resultados obtidos nessa pesquisa poderão subsidiar decisões de outros profissionais da saúde e gestores de implementar o Acesso Avançado (AA) em suas unidades de saúde. Bem como, estimular que outras unidades incorporem esse modelo como forma de atender as demandas de sua população adscrita, proporcionando um atendimento integral aos mesmos.

No que tange os benefícios aos usuários, destaca-se que por meio dos resultados do presente estudo, poderão subsidiar decisões de outros gestores de outras unidades de saúde que desejarem implementar esse modelo em suas áreas de abrangência, possibilitando a outros usuários usufruir dos benefícios que o AA pode promover.

O risco de participar dessa pesquisa, tanto para os profissionais quanto para os usuários, é o de constrangimento durante entrevista, entretanto, caso isso ocorra, será interrompida imediatamente e o participante será encaminhado para sua unidade de saúde (no caso dos usuários), e encaminhado ao serviço de apoio psicológico da UFFS (no caso dos profissionais). Além disso, pode haver a quebra de sigilo de informações, pois essas serão gravadas e transcritas posteriormente. Para minimizar esse risco, terá acesso às informações somente a equipe de pesquisa. Nesse intuito, a coleta das entrevistas com os profissionais será realizada na unidade de saúde em espaço reservado, específico para esse fim, permanecendo durante toda a entrevista somente o participante e a entrevistadora. Já para os usuários, a aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista serão realizadas na residência do participante da pesquisa, não tendo a necessidade do deslocamento do mesmo até a ESF.

Os resultados serão divulgados por meio de um Banner no qual irá constar o resumo e resultados da pesquisa, sendo que esse será disponibilizado pela equipe de pesquisa para ser exposto na unidade de saúde, bem como os resultados poderão ser apresentados para os profissionais em uma de suas reuniões, conforme disponibilidade da equipe da ESF, em um momento posteriormente agendado para

esse fim. Da mesma forma os resultados serão divulgados para a Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, por meio da entrega de uma cópia física e uma cópia digital do artigo que será produzido com os resultados do presente trabalho, bem como será proposta a apresentação desse trabalho pela equipe de pesquisa para os membros da secretaria de saúde em um momento pré-agendado para esse fim.

## 5 RECURSOS

Todo o custo da pesquisa será arcado pela equipe de pesquisa, sendo descrito a seguir:

Descrição	Quantidade	Valor unitário em reais	Valor total
Vales transporte	60	3,90	234,00
Impressões	150	0,20	30,00
Prancheta	1	6,00	6,00
Canetas	5	1,10	7,50
<b>Total</b>			<b>277,50</b>

Fonte: Equipe de Pesquisa

## 6 CRONOGRAMA

Atividade/Mês	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Submissão ao CEP *		X	X									
Coleta de dados				X	X	X						
Processamento e análise de dados							X	X	X			
Redação e divulgação dos dados										X	X	X
Relatório Parcial							X					
Relatório Final												X

\* Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Fonte: Equipe de Pesquisa

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/passo-fundo/panorama>>. Acesso em: 30 nov.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_heto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_heto.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2019.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em :< <http://www.pmpf.rs.gov.br/secretaria.php?c=328> secretaria municipal de saude passo fundo. >Acesso em 30 out. 2019.

BRASIL, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Atenção Primária à Saúde/Coordenação do Acesso e Vínculo. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2014 Disponível em: <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005\\_06\\_14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2019.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicações e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2. mar./abr.2009. [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005\\_06\\_14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf). Acesso em: 10 set. 2019.

CHAMIS, Nívea M. A. e SILVA, Lúcia S. A reforma e a municipalização: discursos. In: Boletim da Saúde. Porto Alegre, V. 22, N. 1, jan.jun, 2008.

DECLARAÇÃO, de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.

FILHO, Luís Antônio Soares Pires; *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Revista Saúde em Debate**. vol.43 no.121 Rio de Janeiro Apr./June 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200605](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605)>. Acesso em: 02 nov.2019.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA Maria Helena Magalhães. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Cap. 16. Disponível em <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_PRIMARIA\\_A\\_SAUDE\\_ESF\\_Giovanella\\_L\\_Mendonca\\_MH.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf)>. Acesso em 28 out.2019.

KNIGHT , Andrew. LEMBKE Tony. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. **Reprinted from Australian Family Physician** Vol. 42,2013.Disponível em: <<https://www.racgp.org.au/afp/2013/march/appointments-101/>>. Acesso em 1 nov.2019.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde em Debate**. 2018, vol.42, p.38-51.Acesso em 02 nov. 2019.Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010311042018000500038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042018000500038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.Acesso em: 05 set.2019.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely Ferreira. GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria Métodos e Criatividade**. Petropolis/RJ: Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MURRAY M. Answers to your questions about same-day scheduling. *Fam Pract Manag*. 2005.Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278355/>>. Acesso em 10 set. 2019.

PEDÓ, Natália, *et al*. **Acesso Avançado: Repensando o cuidado em ESF de Passo Fundo**.Congresso Brasileiro de Medicina da Família. 14ª.Florianópolis/SC, 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde,2004.

VIDAL TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br> >.Acesso em 06 ago.2019.

VIDAL, TB. *et al*. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev. Saúde Pública**, vol.53.São Paulo. Mai 06, 2019.Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100233&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100233&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 22 de set. 2019

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.Disponível em: [https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia\\_da\\_pesquisa\\_estudo\\_de\\_caso\\_yin.pdf](https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf) yin, roberto estudo de caso. Acesso em 28 out.2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFS

##### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-Profissionais

###### PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A percepção do acesso avançado em uma Estratégia de Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul”.

Desenvolvida por Idenez Celina Silva, discente de Graduação, em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Prof. Me. Maríndia Biffi e coorientação da Md. Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo.

O objetivo central do estudo é avaliar a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde após a implementação do modelo de agendamento/acolhimento de Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família (ESF) Nenê Graeff bem como quais foram os resultados obtidos na qualidade do atendimento, relação médico-paciente, longitudinalidade do cuidado, fluxo de trabalho e também nas ações de promoção e prevenção que ocorreram após a implementação desse modelo.

O convite a sua participação se deve ao fato do(a) senhor(a) trabalhar, há pelo menos 2 anos na unidade de saúde que implementou o modelo de Acesso Avançado. Sua participação é de extrema importância para que possamos avaliar os resultados após a implementação desse novo modelo nessa unidade de saúde.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder a um questionário sócio-demográfico e a uma entrevista composta por perguntas abertas aplicadas pela equipe de pesquisa, a qual será gravada e posteriormente transcritas. Essa entrevista e aplicação do questionário sócio-demográfico será realizada nas dependências da ESF Nenê Graeff, em horário pré-agendado, podendo essa ocorrer

em horário de trabalho ou em horário oportuno, de acordo com a sua necessidade.

O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, 50 minutos, e do questionário, aproximadamente, 10 minutos. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e armazenadas, em arquivos físicos ou digitais, aos quais somente terão acesso a essas informações a equipe de pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e todas as informações serão armazenadas em segurança pela pesquisadora durante cinco anos. Após esse período serão excluídas todas as informações referente a coleta de dados do presente trabalho.

Autorizo gravação       Não autorizo gravação

O benefício relacionado com a sua participação é de que os resultados obtidos nessa pesquisa poderão subsidiar decisões de outros profissionais da saúde e gestores de implementar o Acesso Avançado em suas unidades de saúde. Bem como, estimular que outras unidades incorporem esse modelo como forma de atender as demandas de sua população adscrita, proporcionando um atendimento integral aos mesmos.

A participação nessa pesquisa poderá causar risco de constrangimento durante entrevista, caso isso ocorra, será interrompida imediatamente a entrevista, e o participante encaminhado ao serviço de apoio psicológico da UFFS. Além disso, pode haver a quebra de sigilo de informações, pois essas serão gravadas e transcritas posteriormente. Para minimizar esse risco terão acesso as informações somente a equipe de pesquisa. As entrevistas serão realizadas na unidade de saúde em espaço reservado, específico para esse fim, permanecendo durante toda a entrevista somente o participante e a entrevistadora.

Os resultados serão divulgados por meio de um Banner no qual irá constar o resumo e resultados da pesquisa, sendo que esse será disponibilizado pela equipe de pesquisa para ser exposto na unidade de saúde, bem como os resultados poderão ser apresentados para os profissionais em uma de suas reuniões, conforme disponibilidade da equipe da ESF, em um momento posteriormente agendado para esse fim. Da mesma forma, os resultados serão divulgados para a Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, por meio da entrega de uma cópia física e uma cópia digital do artigo que será produzido com os resultados do presente trabalho, bem como será proposta a apresentação desse trabalho pela equipe de pesquisa para os membros da secretaria de saúde em um momento pré-agendado para esse fim.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já, agradecemos a sua participação!

Passo Fundo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Pesquisadora responsável: Prof.ª Me. Maríndia Biffi

Tel: (54) 99982-2761

E-mail: [marindia.biffi@uffs.edu.br](mailto:marindia.biffi@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência: “Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS -  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul,  
CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e  
concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

---

Assinatura:

---

## APÊNDICE B

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-Usuários

#### **PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A percepção do acesso avançado em uma Estratégia de Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul”.

Desenvolvida por Idenez Celina Silva, discente de Graduação, em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Prof.Me. Maríndia Biffi e coorientação na Md.Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo.

O objetivo central do estudo é avaliar a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde após a implementação do modelo de agendamento/acolhimento Acesso Avançado na Estratégia Saúde da Família(ESF) Nenê Graeff, bem como quais foram os resultados obtidos na qualidade do atendimento, relação médico-paciente, longitudinalidade do cuidado , fluxo de trabalho e também nas ações de promoção e prevenção que ocorreram após a implementação do Acesso Avançado.

O convite a sua participação se deve a fato que o senhor(a) residir no território da ESF Nenê Graeff há pelo menos 2 anos e ter acessado a unidade de saúde antes e depois da implementação do Acesso Avançado. Sua participação é de extrema importância para que possamos avaliar os resultados após a implementação desse novo modelo nessa unidade de saúde. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder a um questionário sóciodemográfico e a uma entrevista composta por perguntas abertas aplicadas pela equipe de pesquisa, a qual será gravada e posteriormente transcrita. Essa entrevista e aplicação do questionário sóciodemográfico será realizada em sua residência, em horário pré-agendado e de acordo com a sua disponibilidade.

O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, 50 minutos, e do questionário, aproximadamente, 10 minutos. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e armazenadas, em arquivos físicos ou digitais, aos quais somente terão acesso a essas informações a equipe de pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e todas as informações serão armazenadas em segurança pela pesquisadora durante cinco anos. Após esse período serão excluídas todas as informações referente a coleta de dados do presente trabalho.

Autorizo gravação     Não autorizo gravação

Os benefícios de sua participação é que os dos resultados, do presente estudo, poderão subsidiar decisões de outros gestores de outras unidades de saúde que desejem implementar esse modelo em suas áreas de abrangência, possibilitando a outros usuários usufruir dos benefícios que o Acesso Avançado pode promover.

A participação nessa pesquisa poderá causar risco de constrangimento durante entrevista, caso isso ocorra, será interrompida imediatamente a entrevista, e o participante encaminhado para sua unidade de saúde para apoio psicológico, além disso, poderá ocorrer a quebra de sigilo de informações, pois essas serão gravadas e transcritas posteriormente, para minimizar esse risco terão acesso as informações somente a equipe de pesquisa e a coleta dessas entrevistas serão realizadas em sua residência, não necessitando do seu deslocamento até a unidade de saúde. A entrevista e aplicação do questionário sócio demográfico será realizada somente pela equipe de pesquisa em dia e horário pré-agendados de acordo com a sua disponibilidade.

Os resultados serão divulgados por meio de um Banner que será disponibilizado pela equipe de pesquisa para permanecer na unidade de saúde, nesse irá conter o resumo e resultados da pesquisa, sempre prezando pelo sigilo dos dados pessoais dos participantes. Da mesma forma, os resultados serão divulgados para a Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, por meio da entrega de uma cópia física e uma cópia digital do artigo que será produzido com os resultados do presente trabalho, bem como será proposta a apresentação desse trabalho pela equipe de pesquisa para os membros da secretaria de saúde em um momento pré-agendado para esse fim.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Pesquisadora responsável: Prof. Me. Maríndia Biffi  
Tel: (54) 99982-2761  
e-mail: [marindia.biffi@uffs.edu.br](mailto:marindia.biffi@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência “Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS -

Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul,  
CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na  
pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

---

Assinatura:

---

**APÊNDICE C**

<p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL-UFFS</b></p> <p>PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>Equipe de Pesquisa: Marindia Biffi , Rosana R.Marcuzzo, Idenez Celina Silva Telefone para contato: Tel: (54) 99982-2761 e (54)99143-5753</p>
Número do questionário:
Nome do Entrevistador:
Data da coleta:    /    /
<b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – PROFISSIONAIS</b>
1.Nome completo:
2.Telefone para contato
3.Sexo: ( )Feminino ( ) Masculino
4.Você se considera de que raça ou cor?  (1) Branca    (2) Preta    (3) Amarela    (4) Parda    (5) Indígena
5.Idade:
6.Quantos anos o senhor(a) estudou?
7.Qual sua profissão?
8.Há quantos anos o senhor(a) trabalha nessa ESF ?

### **Entrevista sobre a Percepção do Acesso Avançado**

1. Como era organizado os atendimentos e o acesso antes da inserção do Acesso Avançado?
2. Na sua opinião quais foram as principais repercussões que ocorreram após a implementação do Acesso Avançado?
3. Ocorreram mudanças no que tange o tempo de espera por atendimento, fluxo de trabalho, longitudinalidade e resolutividade dos problemas de saúde da população?
4. Verificou-se melhorias na relação médico-paciente e equipe-paciente?
5. Houve mudanças na aplicação e execução de ações de promoção e prevenção posteriores a efetivação do AA?
6. Quais foram os pontos positivos e negativos que o senhor(a) percebeu após a efetivação do AA?

**APÊNDICE D**

<p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL-UFFS</b></p> <p>PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>Equipe de Pesquisa: Maríndia Biffi, Rosana R. Marcuzzo, Idenez Celina Silva</p> <p>Telefone para contato: Tel: (54) 99982-2761 e (54)99143-5753.</p>
Número do questionário:
Nome do Entrevistador:
Data da coleta:    /    /
<b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO –USUÁRIOS</b>
1.Nome completo:
2.Telefone para contato
3.Sexo: ( )Feminino ( ) Masculino
4.Você se considera de que raça ou cor?
(1) Branca    (2) Preta    (3) Amarela    (4) Parda    (5) Indígena
5.Idade:
6.Quantos anos o senhor(a) estudou?
7.Qual sua profissão?
8. Há quantos anos o senhor(a) reside nessa área:

### **Entrevista sobre a Percepção do Acesso Avançado**

1. Há quantos anos o senhor(a) reside no bairro e é atendido pela ESF?
2. Com que frequência o senhor(a) utiliza o serviço de saúde da ESF? (Uma vez por semana, Uma vez por mês, uma vez por ano)
3. Quais eram as principais dificuldades que o senhor enfrentava antes da efetivação desse novo modelo de atendimento?
4. O senhor percebeu alguma mudança no tempo de espera para agendamento de consulta e no atendimento prestado pela equipe de saúde após a implementação desse novo modelo?
5. Na sua opinião ocorreu mudanças na sua relação com o médico da unidade após o início desse novo sistema de agendamento e atendimento?
6. O senhor(a) considera que ocorreram modificações no seu acesso a unidade de saúde (Facilidade de agendamento, atendimento no dia quando necessário)?
7. Após a implementação desse modelo o senhor considera que ocorreram melhorias na resolutividade dos seus problemas de saúde?
8. Na sua opinião quais foram os pontos positivos e negativos que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso avançado?

## ANEXO A - Unidades de saúde de Passo Fundo-RS

UNIDADES DE SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
UNIDADE	ENDEREÇO	BAIRRO	TELEFONE
Amb. Annes	Pedro Osório, 228	Annes	3314-6271
Amb. Léllis Mader	Av. Brasil, 78	Petrópolis	3311-3453
Amb. Santa Rita	João Bassini, 242	Santa Rita	3311-8530
Amb. Entre Rios	Rodrigues Alves, 915	Entre Rios	3327-3097
Amb. São Valentin/S.Roque	Interior	Interior	9992-3862
Amb. Sede Independencia	Interior	Interior	9101-3185
Amb. Bela Vista	Interior	Interior	9971-7232
Amb. Pulador	Interior	Interior	9998-7548
Amb. Capinzal	Interior	Interior	9982-1934
Amb. Bom Recreio	Interior	Interior	9968-7684
Amb. São José	Av Luís de Camões, 217	São José	3311-1964
ESF 1º Centenário	Carazinho, 299	1º Centenário	3315-7870
ESF Adolfo Groth	Cel. Bicaco, 991	Lot Prof Schisler	3313-0451
ESF CAIC	Dalila, 160	Cohab II	3314-3516
ESF Jaboticabal	R. Alvorada, 567	Jaboticabal	3313-7671
ESF Jerônimo Coelho	Joaquin Nabuco 130	Jerônimo Coelho	3581-2792
ESF Mattos	Felipe Moliterno, S/N	Mattos	3315-7668
ESF Nenê Graeff	Amilton Portes da Silva, 120	Nenê Graeff	3317-1631
ESF Operária	Alferes Rodrigues 90	Operária	3581-2243
ESF Planaltina	Delmar Sitone, 385	Planaltina	3315-7669
ESF Ricci	Camilo Ribeiro, 975	Ricci	3315-7666
UBS Donária	Palmares, 434	Donária	3327-4339
ESF Santa Marta (com UBS Donaria)	Palmares, 434	Donária	3327-4339
ESF São Cristóvão	João Pessoa, 364	São Cristóvão	3315-7667
ESF Valinhos	Niterói, 150	Valinhos	3312-4944
ESF Hípica (com ESF Valinhos)	Niterói, 150	Valinhos	3312-4944
UBS Zachia (+ ESF Zachia)	Argemiro Ferreira, 70	Záchia	3581-1953
UBS Adirbal Corralo	Uruguaiana, s/nº	Fátima	3314-8344
UBS Independente	Gomercindo Perucci, 568	Independente	3315-5585
UBS Ivo Ferreira	Brigada Militar, 740	Bom Jesus	3315-6433
UBS Jardim América	Ernesto Bertoldo, S/N	Jardim América	3315-5130
UBS Menino Deus	Antonio Grespan, 49	Menino Deus	3315-5888
UBS Nonoai	Andradas, 165	Operária	3311-1963
UBS Nossa Sª Aparecida	Nicolau Ribeiro, 100	NSª Aparecida	3314-2453
UBS Parque Farroupilha	Tramandaí, 441	P. Farroupilha	3318-1077
UBS Santo Antônio da Pedreira	Quin Cesar, 145	Sto Antônio da Pedreira	3581-1195
UBS São Luiz Gonzaga	Francisco Formigheri, 345	São Luiz Gonzaga	3311-3793
UBS Vila Nova	Aspirante Jenner	Vila Nova	3314-7398
Centro de Ref. Saúde Mulher/ LGBTI	Lava Pés, 1903	Centro	3312-0484
Amb. Especialidades	Comandante Kraemer, 12	Centro	3313-6855 / 3581-0412
CAIS Boqueirão	Cel. Pitinga, 11	Ed. Trein	3314-3060
CAIS Hípica	Trav. Osvaldo Motta Fortes, 30	Hípica	3317-4177
CAIS Petrópolis	Av. Brasil, 1580	Petrópolis	3327-2829
CAIS São Cristóvão	Scarpelini Ghezzi, 55	Lucas Araújo	3335-1949
CAIS Luiza	Gervásio Annes, 303	Vila Luiza	3312-9322 / 3311-2778
CAPS AD	R. 7 de Agosto, 511	Centro	3314-7721
CAPS I	XV de Novembro, 365	Centro	3311-2584
CAPS II	Paissandú, 2131	Boqueirão	3314-5276
PAP	R. Alcides Moura, 100	Popular	3316-4539

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo

## 7 RELATÓRIO DE PESQUISA

A presente pesquisa refere-se à Percepção do Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul, desenvolvida no decorrer do segundo semestre de 2019 no Componente Curricular de Pesquisa em Saúde, sob orientação da Prof. Me. Maríndia Biffi e Esp. Rosana Ferreira Marcuzzo.

Após a elaboração do projeto de Pesquisa e autorização pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A), esse foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul no dia 19 de janeiro 2020, sendo que após análise pelo CEP foram realizadas as correções das pendências, e em seguida, sendo enviado novamente, obtendo aprovação no dia 10 de Abril de 2020, conforme Anexo B. Após, o parecer de aprovação foi encaminhado à secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo. Entretanto, devido ao cenário da pandemia de Covid-19 a coleta de dados ficou suspensa por tempo indeterminado, conforme Anexo C. Em 06 de Agosto de 2020, foi contatada a Secretaria Municipal de Saúde para obter orientações quanto à oportunidade de coleta de dados, ocasião em que foi orientado a deliberar com a unidade de saúde para agendar o início da coleta. Em 14 de agosto foi realizado contato telefônico com a enfermeira responsável e agendado uma reunião para o dia 21 do mesmo mês para organizar o início da coleta com os profissionais e usuários. No dia 10 de setembro, foi realizada a entrevista e aplicação do questionário sociodemográfico com 5 dos 13 profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff, sendo que nos foi informado que na ocasião 4 profissionais se encontram afastados das atividades em razão de estarem incluídos no grupo de risco (Covid-19) e a agente de saúde que encontra-se trabalhando não estava disponível para participar da pesquisa naquele momento, a equipe de odontologia, 2 profissionais, não foram incluída nessa pesquisa. Das 5 entrevistas realizadas com os profissionais, nesse dia, 2 delas foram excluídas posteriormente, pois não preenchiam os critérios de inclusão. No dia 06 de Outubro foi entrado em contato com a enfermeira responsável para solicitar a lista de possíveis usuários participantes, sendo disponibilizado uma lista com um total de 15 pessoas, que a equipe de saúde havia indicado para participar da pesquisa. Sendo acordado com a enfermeira responsável que a entrevista seria realizada no domicílio de casa usuário, adotando-se todas as medidas sanitárias necessárias. A partir do

dia 13 do Outubro foi entrado em contato, inicialmente, com 11 usuários, via ligação telefônica, sendo realizada uma breve explicação sobre o conteúdo da pesquisa e o convite para participar da mesma, desses 11 usuários 2 deles não atenderam a ligação realizada em 2 dias e horários distintos, 2 não aceitaram participar da pesquisa e 2 usuários que aceitaram o convite eram agentes comunitários de saúde que encontravam-se afastados das atividade em razão de estarem incluídos no grupo de risco (Covid-19), sendo posteriormente a entrevista realizada e os participantes incluídos no grupo de profissionais . A entrevista com os 5 usuários que aceitaram o convite e preenchiam os critérios de inclusão foram agendadas previamente para os dias 15 e 23 de Outubro e 26 de novembro, conforme a disponibilidade de cada participante. Devido ao contexto da pandemia do Covid-19, as entrevistas foram realizadas com o uso de máscara. Além disso, foi estabelecido um distanciamento entre a entrevistadora e os entrevistados de no mínimo 2 metros, assim como foi realizada a higienização de todo os materiais usados antes e depois de cada entrevista. Em 28 do mesmo mês foi iniciada a transcrição das entrevistas dos profissionais e usuários participantes da pesquisa, essa se estendeu até 10 de dezembro, sendo que após essa data iniciou-se a análise do conteúdo conforme a metodologia proposta no Projeto de Pesquisa. Após análise das entrevistas e categorização das falas, foi observado que ocorreu a saturação dos dados, sendo assim não houve a necessidade de realizar outras entrevistas, tanto no grupo de profissionais bem como o de usuário. A partir da análise do material, foi iniciado a elaboração de um artigo científico o qual foi formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, conforme consta no Anexo D.

## ANEXOS

### ANEXO A- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura de Passo Fundo



Secretaria de Saúde - SMS

#### AUTORIZAÇÃO

Eu, Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves, responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSO FUNDO-RS, tenho ciência e autorizo a realização do estudo: **PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**, para fins exclusivos de pesquisa, a ser conduzido pela pesquisadora IDENEZ CELINA SILVA<sup>2</sup>, Sob responsabilidade do orientador Professora Me. MARINDIA BIFFI<sup>1</sup>, junto a esta instituição.

A coleta de dados será realizada através de entrevista individual com os profissionais e com os pacientes na Unidade de Saúde Nene Graef. A coleta dos dados acontecerá após emissão de Parecer e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/12 e 510/16. A cópia do parecer deverá ser entregue a esta Secretaria. Igualmente que será dado retorno a instituição, a qual represento, sobre os resultados da pesquisa.

Passo Fundo, 26 de novembro de 2019.

Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves  
Secretária Municipal de Saúde  
Passo Fundo/RS

#### Pesquisadores

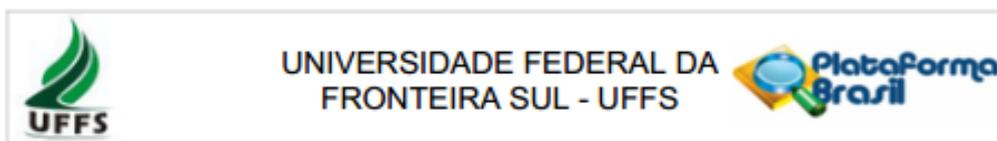
Prof Me Marindia Biffi<sup>1</sup>,

Idenez Celina Silva<sup>2</sup>, e-mail [idenesmediunoesc@gmail.com](mailto:idenesmediunoesc@gmail.com) Fone: (54) 99143-5753

<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Acadêmica Medicina (UFFS).

## ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DO ACESSO AVANÇADO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** MARINDIA BIFFI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29319820.0.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

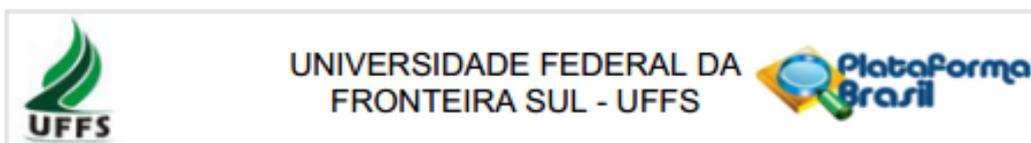
**Número do Parecer:** 3.948.459

**Apresentação do Projeto:**

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

\*Trata-se de um estudo Qualitativo, tipo Estudo de caso, cujo objetivo é avaliar a percepção do Acesso Avançado(AA) por parte dos usuários e profissionais em uma Estratégia de Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul. Além disso, analisar se ocorreram mudanças no acesso do usuário à unidade de saúde, na relação médico-paciente e equipe, no tempo de espera pelo atendimento com o profissional de referência, na resolatividade dos problemas de saúde e alterações nas ações de prevenção e promoção de saúde. A amostra do presente estudo será composta por todos os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) Nenê Graeff, localizada na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, bem como pelos usuários adscritos na área de abrangência, os quais serão selecionados por meio de uma amostra probabilística a partir da população pertencente às diferentes microáreas que compõem o território da ESF. Como critério de inclusão para os profissionais, os mesmos devem estar atuando na unidade há, no mínimo, 2 anos e ter acompanhado a implementação do AA; já para os usuários, os critérios são: ser maior de 18 anos, residir no bairro há, pelo menos, 2 anos e ter acessado o serviço antes e depois da

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

implementação do AA. Como critério de exclusão para ambos os grupos serão excluídos os indivíduos que não apresentarem condições físicas e/ou psíquicas para responder ao questionário e realizar a entrevista. Espera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa possam estimular e subsidiar outras unidades de saúde que desejarem implementar o modelo de Acesso Avançado."

#### COMENTÁRIOS

Adequado.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESES

"Na percepção dos usuários e da equipe de saúde a implementação do Acesso Avançado foi capaz de promover melhorias no que se refere ao acesso dos usuários a unidade de saúde, ao tempo de espera pelo atendimento, ao fluxo de trabalho, à relação médico-paciente e equipe-paciente, à longitudinalidade do cuidado, bem como se foi percebido mudanças no que tange as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde".

#### COMENTÁRIOS

Adequadas.

##### TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS

##### OBJETIVO PRIMÁRIO

"Analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul."

#### COMENTÁRIOS

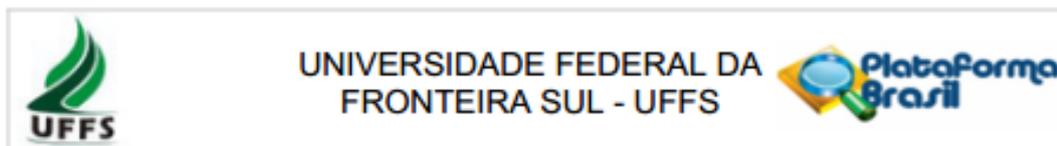
Adequado.

##### OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

•Analisar a repercussão do acesso dos usuários à unidade de saúde após a efetivação do modelo de acesso avançado;

•Avaliar a percepção dos usuários em relação às consultas, tempo de espera para atendimento e da relação médico-paciente;

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

•Descrever a percepção da equipe de saúde sobre os pontos positivos e negativos no fluxo de trabalho e no atendimento à comunidade após a implementação do AA;

•Avaliar a resolutividade, no ponto de vista dos profissionais e pacientes, dos problemas de saúde e melhorias na realização das ações de promoção e prevenção;”

#### COMENTÁRIOS

Adequados.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### TRANSCRIÇÃO – RISCOS

“O risco de participar dessa pesquisa, tanto para os profissionais quanto para os usuários, é o de constrangimento durante entrevista, entretanto, caso isso ocorra, será interrompida imediatamente e o participante será encaminhado para sua unidade de saúde (no caso dos usuários), e encaminhado ao serviço de apoio psicológico da UFFS (no caso dos profissionais). Além disso, pode haver a quebra de sigilo de informações, pois essas serão gravadas e transcritas posteriormente. Para minimizar esse risco, terá acesso às informações somente a equipe de pesquisa. Nesse intuito, a coleta das entrevistas com os profissionais será realizada na unidade de saúde em espaço reservado, específico para esse fim, permanecendo durante toda a entrevista somente o participante e a entrevistadora. Já para os usuários, a aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista serão realizadas na residência do participante da pesquisa, não tendo a necessidade do deslocamento do mesmo até a ESF.”

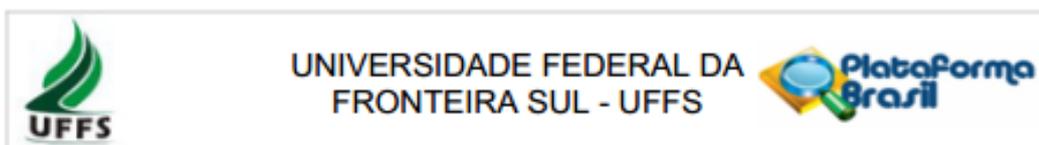
#### COMENTÁRIOS

Adequados.

##### TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS

“O benefício relacionado com a participação dos profissionais é de que os resultados obtidos nessa pesquisa poderão subsidiar decisões de outros profissionais da saúde e gestores de implementar o Acesso Avançado (AA) em suas unidades de saúde. Bem como, estimular que outras unidades incorporem esse modelo como forma de atender as demandas de sua população adscrita,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

proporcionando um atendimento integral aos mesmos.

No que tange os benefícios aos usuários, destaca-se que por meio dos resultados do presente estudo, poderão subsidiar decisões de outros

gestores de outras unidades de saúde que desejarem implementar esse modelo em suas áreas de abrangência, possibilitando a outros usuários usufruir dos benefícios que o AA pode promover.\*

#### COMENTÁRIOS

Adequados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

##### TRANSCRIÇÃO – DESENHO

\*Qualitativo- Estudo de Caso. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é a estratégia escolhida para as pesquisas que têm por finalidade o

estudo de acontecimentos contemporâneos, nos quais não é possível manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso é similar às técnicas

de pesquisas históricas, porém utiliza algumas formas distintas como, por exemplo observação direta e séries sistemáticas de entrevistas. O estudo

de caso compreende "um método que alberga a lógica do planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de

dados"(YIN, 2001. p. 33). As principais aplicações para esse tipo de estudo são a de explicar os vínculos causais de intervenções, avaliar a

implementação e resultados de um programa (U.S. General Accounting Office, 1990, apud YIN, 2001, p.34) e "descrever uma intervenção e o

contexto na vida real em que ela ocorre." (N. Smith, 1990; Stake, 1986, apud YIN, 2001, p.34).

O presente trabalho será desenvolvido na Estratégia

Saúde da Família (ESF) Nenê Graeff na cidade de Passo Fundo–RS, no período de março a dezembro de 2020. Essa unidade foi incluída nessa

pesquisa pelo fato de ser a única Unidade de Saúde em Passo Fundo que implementou o Acesso Avançado até a elaboração desse projeto de

pesquisa. A população de profissionais será composta por todos os profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff na cidade de Passo Fundo-RS. A

população de usuários será composta por todas pessoas adscritas no território na ESF Nenê Graeff. Serão selecionados para a amostra todos os

profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff. Do total dos usuários, serão selecionados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



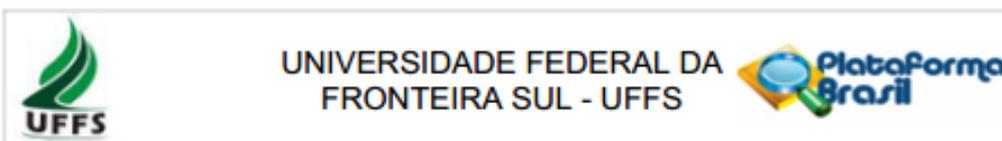
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.948.459

inicialmente, por meio da indicação da equipe de saúde, 13 pessoas podendo ocorrer, no decorrer da pesquisa, a inclusão progressiva de participantes ou interrupção pelo critério de saturação dos dados (MINAYO, 2014). As variáveis analisadas nesse estudo serão as percepções, por parte dos profissionais e usuários, acerca das mudanças que ocorreram no tempo de espera pelo atendimento, no acesso, na longitudinalidade do cuidado, na relação médico-paciente e paciente–equipe, na resolutividade, no fluxo de trabalho e nas ações de prevenção e promoção de saúde. A coleta das informações e a entrevista individual com os profissionais serão realizadas pela equipe de pesquisa por meio de Questionário Estruturado para coleta de informações sociodemográficas e por meio de Entrevista com perguntas orientadoras relacionadas aos objetivos do presente estudo (Apêndice C). As entrevistas serão realizadas nas dependências da unidade de saúde, sendo que a participação dos profissionais será previamente agendada com cada participante, respeitando a necessidade de cada profissional, podendo ocorrer em horário de trabalho ou em horário oportuno, buscando a mínima interferência no fluxo de trabalho da ESF Nenê Graeff, respeitando o sigilo e privacidade dos entrevistados. Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na sua integralidade. A coleta das informações e entrevista individual com os usuários serão realizadas pela equipe de pesquisa por meio de Questionário Estruturado para coleta de informações sociodemográficas e Entrevista com perguntas orientadoras relacionadas aos objetivos do presente estudo (Apêndice D). As entrevistas serão realizadas no domicílio dos usuários, sendo que essa visita domiciliar será agendada, via contato telefônico, com antecedência, levando em consideração os horários de cada participante da pesquisa, bem como respeitando o sigilo e privacidade dos entrevistados. Todas as entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas na sua integralidade. A coleta dos dados será realizada semanalmente, no turno matutino ou vespertino, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e dos usuários selecionados. Estima-se que a coleta ocorra por um período entre 3 a 4 meses.”

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

#### TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA

\*Este projeto de pesquisa será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul. Bem como será solicitado o Termo de Ciência e Concordância a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo para a realização do presente estudo na ESF

Nenê Graeff. A coleta de dados somente será iniciada após sua aprovação. Os participantes da pesquisa terão garantia total de sigilo e terão seus

dados pessoais mantidos de maneira confidencial. Os profissionais da unidade de saúde serão convidados a participar da pesquisa por meio de

convite impresso, sendo esse entregue aos profissionais, pessoalmente pela equipe de pesquisa, sendo esse entregue em 2 oportunidades. Já os

usuários, após indicação da equipe de saúde, serão convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico, através do número que foi

disponibilizado pelo usuário no seu cadastro na ESF, e serão realizados dois contatos em dias e horários diferentes, se não for possível o contato

telefônico, será realizada nova indicação pela equipe de saúde. Aos que responderem ao convite, aceitando participarem da pesquisa, passarão por

triagem quanto aos critérios de inclusão e exclusão, por meio da pesquisa em seu cadastro na ESF e/ou com as agentes de saúde. Aos profissionais

e usuários que responderem ao convite, respeitando os critérios de inclusão, receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice A) para os profissionais e (Apêndice B) para os usuários. Somente participarão deste estudo os indivíduos que se disponibilizarem

voluntariamente após esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido

(TCLE), o qual será apresentado em duas vias, sendo uma cópia entregue ao sujeito da pesquisa e a outra mantida com a pesquisadora. Os

entrevistados serão informados que esta pesquisa é composta por aplicação de questionário sociodemográfico sendo seu preenchimento previsto

em torno de 10 minutos e posterior entrevista, a qual será gravada e posteriormente transcrita, com duração de aproximadamente 50 minutos. O

espaço para aplicação e realização das entrevistas, com os profissionais de saúde, será nas dependências da ESF Nenê Graeff, em uma sala

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.948.459

previamente solicitada ao responsável da unidade, permanecendo nessa apenas a entrevistadora e o participante, garantindo que ninguém mais terá acesso às informações prestadas. Já a aplicação do questionário e entrevista com os usuários serão realizadas na residência do participante a fim de viabilizar sua participação na pesquisa, não necessitando do seu deslocamento até a unidade de saúde. Para preservar o anonimato, cada participante receberá uma letra do alfabeto em ordem sequencial das entrevistas (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L) seguida pelo número 1 (para os profissionais da ESF Nenê Graeff) e 2 (para os usuários do serviço de saúde). Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e todas as informações serão armazenadas em segurança pela pesquisadora durante cinco anos. Após esse período serão excluídas todas as informações referente a coleta de dados do presente trabalho. Os resultados serão divulgados por meio de um Banner no qual irá constar o resumo e resultados da pesquisa, sendo que esse será disponibilizado pela equipe de pesquisa para ser exposto na unidade de saúde, bem como os resultados poderão ser apresentados para os profissionais em uma de suas reuniões, conforme disponibilidade da equipe da ESF, em um momento posteriormente agendado para esse fim. Da mesma forma os resultados serão divulgados para a Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, por meio da entrega de uma cópia física e uma cópia digital do artigo que será produzido com os resultados do presente trabalho, bem como será proposta a apresentação desse trabalho pela equipe de pesquisa para os membros da secretaria de saúde em um momento pré-agendado para esse fim.\*

#### COMENTÁRIOS SOBRE DESENHO E METODOLOGIA PROPOSTA

Adequados.

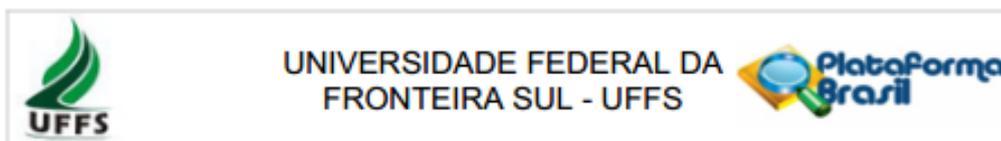
#### TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO

\*Critérios de inclusão para os Profissionais

- Trabalhar na unidade de saúde há, pelo menos, 2 anos.
- Ter acompanhado a implementação do Acesso Avançado

Crítérios de inclusão para os usuários

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

- Ser maior de 18 anos
- Residir no território há, pelo menos, 2 anos e ter acessado o serviço antes e depois da implementação do Acesso Avançado."

#### COMENTÁRIOS

Adequados.

#### TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

"Serão excluídos os indivíduos que não apresentarem condições físicas e/ou psíquicas para responder ao questionário e/ou participar da entrevista."

#### COMENTÁRIOS

Adequado.

#### TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

"As informações registradas nos questionários serão tabuladas para exame de sua frequência.

As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas na íntegra. As transcrições serão lidas para uma primeira categorização das falas (categorias empíricas). Posteriormente, será realizada nova leitura para a redução e agrupamento destas categorias e, assim, proceder à análise a partir das categorias de referência/analíticas. As observações serão anotadas, gravadas e transcritas na sua integralidade.

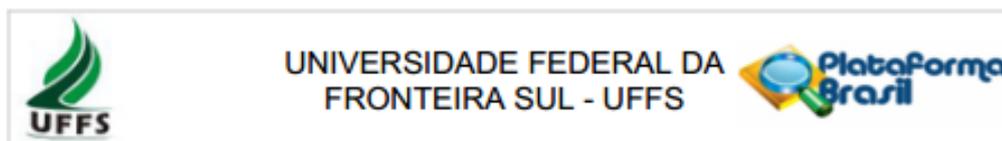
O exame do material gerado em torno do tema proposto seguirá a seguinte ordem:

Pré-análise: nessa fase serão retomadas as hipóteses e objetivos da pesquisa a fim de elaborar pontos que orientem na compressão do material.

Isso será realizado por meio da leitura intensa em que os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade pertinência serão atendidos. Nessa fase serão determinados a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação, bem como os conceitos teóricos gerais.

Exploração do Material: operação classificatória que tem por finalidade atingir o núcleo de compressão do texto. Nessa fase serão identificadas as categorias empíricas, as quais são expressões ou palavras relevantes, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, com posterior classificação e agregação dos dados.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

Tratamento e interpretação dos resultados obtidos: será realizada novamente a leitura dos materiais coletados com objetivo de agrupar as categorias empíricas no que se denomina categoria agrupada. Estas categorias serão analisadas à luz do referencial teórico das metodologias ativas de aprendizagem (MINAYO, 2014).\*

COMENTÁRIOS

Adequada.

TRANSCRIÇÃO – DESFECHO PRIMÁRIO

\*Analisar qual a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso

Avançado em uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul.\*

COMENTÁRIOS

Adequado.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados: 10/04/2020 a 30/06/2020

COMENTÁRIOS

Adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO

COMENTÁRIOS

Adequada.

DECLARAÇÕES DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

COMENTÁRIOS

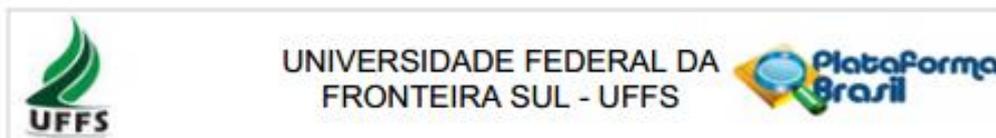
Adequada.

TCLE PROFISSIONAIS

COMENTÁRIOS

Adequado.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

TCLE USUÁRIOS

COMENTÁRIOS

Adequado.

QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA PROFISSIONAIS

COMENTÁRIOS

Adequado.

QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA USUÁRIOS

COMENTÁRIOS

Adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo não apresenta pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

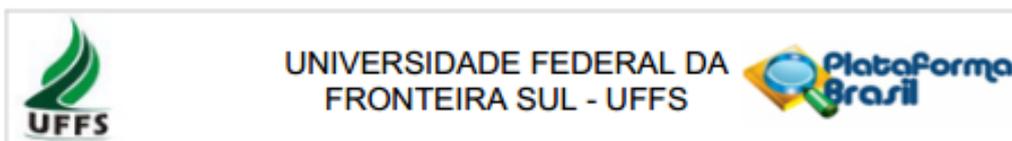
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECÓ  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

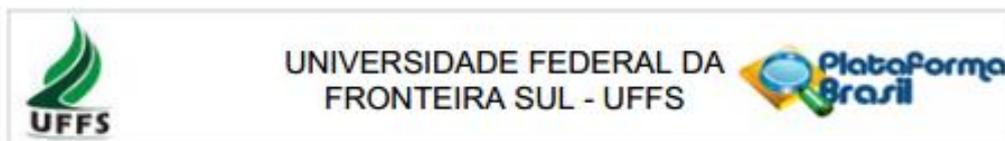
Boa pesquisa!

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499271.pdf	29/03/2020 10:53:30		Aceito
Outros	RESPOSTAPENDENCIAS.docx	29/03/2020 10:50:34	MARINDIA BIFFI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaldenezSilvaModificado.docx	28/03/2020 18:12:31	MARINDIA BIFFI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuariosModificado.docx	28/03/2020 12:37:32	MARINDIA BIFFI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionaisModificado.docx	28/03/2020 12:37:05	MARINDIA BIFFI	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoModificada.pdf	28/03/2020 12:34:48	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	Autorizacaosecretariadesaude.pdf	21/01/2020 08:54:31	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	QuestionarioEntrevistausuarios.docx	17/01/2020 12:09:32	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	QuestionarioEntrevistaprofissionais.docx	17/01/2020 12:08:54	MARINDIA BIFFI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
 UF: SC Município: CHAPECO  
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.948.459

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 01 de Abril de 2020

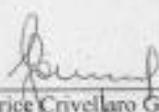
---

**Assinado por:**

**Cláudio Claudino da Silva Filho  
(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
UF: SC Município: CHAPECO  
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

## ANEXO C- Suspensão de atividade de Pesquisa pela Secretaria de Saúde

 <p><b>PREFEITURA PASSO FUNDO</b> CUIDAR DA CIDADANIA E GARANTIR DAS PESSOAS.</p>	<p>Estado do Rio Grande do Sul <b>Prefeitura de Passo Fundo</b></p>	
<p>Secretaria de Saúde - SMS</p>		
<p><b>PESQUISA COM SERES HUMANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DA SAÚDE PÚBLICA</b></p>		
<p><b>DISPÕE SOBRE AS MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO, PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DECORRENTE DO COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.</b></p>		
<p>CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; CONSIDERANDO a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus;</p>		
<p>CONSIDERANDO a Lei Federal Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e em curso no Brasil no ano de 2020, seus Decretos, Portarias e Resolução correspondentes;</p>		
<p>CONSIDERANDO o Decreto nº 55.115/2020 do Estado do Rio Grande do Sul, que dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo coronavírus (COVID-19);</p>		
<p>CONSIDERANDO que a situação demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, a fim de evitar a disseminação da doença no Município de Passo Fundo;</p>		
<p>CONSIDERANDO o pedido da Organização Mundial de Saúde para que os países redobrem o comprometimento contra a pandemia do Novo Coronavírus</p>		
<p>CONSIDERANDO a avaliação do cenário epidemiológico no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul e em cidades próximas em relação à infecção pelo vírus COVID-19, bem como a identificação de transmissão comunitária em franca expansão na região sul do Estado, culmina na necessidade de restrição drástica da circulação de pessoas, abertura de estabelecimentos e locais de circulação pública. Sendo assim, a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo DECLARA:</p>		
<p>- Suspensão por tempo indeterminado as pesquisas que envolvam contato direto com seres humanos na rede de atenção primária e secundária à saúde pública, salvo as que estejam relacionadas ao avanço de pesquisas para a mitigação do COVID-19; as quais serão analisadas para identificar a viabilidade de sua execução.</p>		
<p>Secretaria da Saúde, setor de ensino-serviço, Passo Fundo, 07 de maio de 2020.</p>		
 <hr/> <p>Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves Secretária Municipal de Saúde Passo Fundo/RS</p>		

## ANEXO D-Normas para submissão

### NORMAS PARA SUBMISSÃO - REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

#### **Preparo do manuscrito**

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12. Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “Declarações”, contendo:

**Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

**Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.

**Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

#### **O manuscrito propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:**

Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.

Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da National Library of Medicine (EUA). O digital *object identifier* (DOI; exemplo: "[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de uniform resource locator) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de Dados Abertos e Reprodutibilidade (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como sp ou spp na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.<sup>1</sup> De acordo com Starfield,<sup>2</sup> a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita material suplementar. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como Zenodo, OSF ou Figshare, e citados no manuscrito conforme descrito na política de Dados Abertos e Reprodutibilidade.

## **Políticas de Seção**

### **Artigos de Pesquisa**

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da EQUATOR *Network* (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre Ética em pesquisa e Dados abertos e reprodutibilidade.

## 8 ARTIGO CIENTÍFICO

### **Percepção do acesso avançado em uma estratégia de saúde da família do norte do Rio Grande do Sul**

#### ***Perception of advanced access in a strategy family health care in the north of Rio Grande do Sul***

#### ***Percepción del acceso avanzado en una estrategia atención de salud familiar en el norte de Rio Grande do Sul***

Idenez Celina Silva<sup>1</sup>

Rosana Ricarda Ferreira Marcuzzo<sup>2</sup>

Maríndia Biffi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul

<sup>2</sup>Secretaria de Saúde de Passo Fundo

### **Resumo**

**Introdução:** O crescente aumento da demanda por atendimentos nas unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde faz emergir a necessidade da adoção de novos modelos de acolhimento e agendamento de consultas. Buscando solucionar esse problema, muitas unidades de saúde da APS no Brasil e no exterior iniciaram uma abordagem conhecida como Acesso Avançado. **Objetivo:** Analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso Avançado no que tange ao tempo de espera por atendimento (acesso), relação médico-paciente-equipe, resolutividade, fluxo de trabalho e satisfação. **Métodos:** Estudo Qualitativo, tipo estudo de caso, realizado com profissionais e usuários de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do norte do Rio Grande do Sul, no período de setembro de 2020 a dezembro de 2020, sendo a amostra composta por 5 profissionais e 5 usuários. **Resultados:** Observamos que após a implementação do acesso avançado nessa unidade ocorreram relevantes repercussões positivas, em especial, a um maior nível de satisfação na prestação do

serviço, tanto dos profissionais como dos usuários, melhoria no fluxo e qualidade de trabalho, maior resolutividade dos problemas de saúde apresentados pela população adscrita e longitudinalidade do cuidado, refletindo no conseqüente fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. Além disso, foi observada redução do absenteísmo, assim como do número de usuários que procuraram os serviços de atenção secundária e terciária. Somando a isso, observaram-se melhorias em alguns indicadores de saúde, na continuidade e na coordenação do cuidado. Conclusões: O modelo de acesso avançado, na percepção dos usuários e dos profissionais, possibilitou uma maior facilidade de acesso, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, além de fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários

**Palavras-chave:** Atenção primária em saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Agendamento de consulta.

### **Abstract**

**Introduction:** The increasing demand for care in health units in Primary Health Care raises the need to adopt new models of reception and scheduling appointments. Seeking to solve this problem, many PHC health units in Brazil and abroad have started an approach known as Advanced Access. **Objective:** To analyze the perception of the health team and users about the changes that occurred after the implementation of the Advanced Access model with regard to the waiting time for care (access), doctor-patient-team relationship, resolvability, workflow and satisfaction. **Methods:** Qualitative case study, carried out with professionals and users of a Family Health Strategy (FHS) in the north of Rio Grande do Sul, from September 2020 to December 2020, with the sample consisting of 5 professionals and 5 users. **Results:** We observed that after the implementation of advanced access in this unit, there were significant positive repercussions, in particular, to a higher level of satisfaction in the provision of the service, both by professionals and users, improvement in the flow and quality of work, greater resolution of problems of health presented by the registered population and longitudinality of care, reflecting on the consequent strengthening of the bond between team and users. In addition, a reduction in absenteeism was observed, as well as in the number of users who sought secondary and tertiary care services. In addition, there were improvements in

some health indicators, in the continuity and coordination of care. Conclusions: The advanced access model, in the perception of users and professionals, allowed for greater ease of access, resolvability, longitudinality of care, in addition to strengthening the bond between staff and users.

**Keywords:** Primary health care. Access to health care. Appointment scheduling.

## **Resumen**

Introducción: La creciente demanda de atención en las unidades de salud de Atención Primaria plantea la necesidad de adoptar nuevos modelos de recepción y programación de consultas. Buscando solucionar este problema, muchas unidades de salud de la APS en Brasil y en el exterior han iniciado un enfoque conocido como Acceso Avanzado. Objetivo: Analizar la percepción del equipo de salud y de los usuarios sobre los cambios ocurridos tras la implementación del modelo de Acceso Avanzado en cuanto al tiempo de espera para la atención (acceso), relación médico-paciente-equipo, resolubilidad, flujo de trabajo y satisfacción. Métodos: Estudio cualitativo, tipo estudio de caso, realizado con profesionales y usuarios de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en el norte de Rio Grande do Sul, de septiembre de 2020 a diciembre de 2020, con la muestra compuesta por 5 profesionales y 5 usuarios. Resultados: Observamos que tras la implantación del acceso avanzado en esta unidad, hubo importantes repercusiones positivas, en particular, a un mayor nivel de satisfacción en la prestación del servicio, tanto de los profesionales como de los usuarios, la mejora en el flujo y la calidad de trabajo, mayor resolución de problemas de salud que presenta la población empadronada y longitudinalidad de la atención, reflejando el consiguiente fortalecimiento del vínculo entre equipo y usuarios. Además, se observó una reducción del absentismo, así como del número de usuarios que acudieron a los servicios de atención secundaria y terciaria. Además, hubo mejoras en algunos indicadores de salud, en la continuidad y coordinación de la atención. Conclusiones: El modelo de acceso avanzado, en la percepción de usuarios y profesionales, permitió una mayor facilidad de acceso, resolubilidad, longitudinalidad de la atención, además de fortalecer el vínculo entre el personal y los usuarios.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Acceso a la asistencia sanitaria. Programación de citas

## INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde (APS) foi formulada com o intuito de fornecer uma atenção à saúde voltada aos preceitos básicos como o primeiro contato, o atendimento integral, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade, os quais deveriam ser o alicerce da construção de um atendimento primário a todos os usuários dos serviços de saúde<sup>1</sup>.

Nesse contexto a Atenção Básica (AB) fundamenta-se em ações de saúde no âmbito coletivo e individual e alberga a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de praticar uma atenção integral a toda a população, tendo como uma de suas principais atribuições ser a porta de entrada da população ao serviço de saúde, e também seu canal de comunicação com a Rede de Atenção a Saúde<sup>2</sup>. Ao que se refere ao Acesso, ensina Starfield<sup>1</sup>, que os termos acesso e acessibilidade são utilizados de maneira intercalada, e em muitos casos, ambígua. Em sua obra ela descreve a acessibilidade como a possibilidade de chegar até o serviço de saúde, sendo necessária para atingir a atenção ao primeiro contato, já o acesso, é a maneira como o usuário experimenta a acessibilidade, sendo a acessibilidade uma característica não só da atenção primária, mas de todos os pontos que compõe a rede de atenção a saúde, de extrema importância na APS, visto que essa é a porta de entrada ao serviço de saúde<sup>3</sup>. Uma alternativa de cumprir com tal ensinamento, condição estudada na presente pesquisa, é a implementação de uma nova forma de agendamento a qual se traduz no modelo Acesso Avançado.

O Acesso Avançado (AA) é um novo sistema de agendamento que possui como proposta para os usuários que buscarem atendimento na unidade básica, o atendimento no mesmo dia ou até 48 horas após o contato com o serviço de saúde, onde a proporção de agenda aberta, no início do atendimento, deve ser de 65% a 75%<sup>3,4</sup>. Países como Inglaterra e Canadá já implantaram esse sistema em suas

unidades de atenção básica com o intuito de ofertar um melhor acolhimento e atendimento a sua população<sup>3,4</sup>.

Em sua essência, o AA propõe diminuir o tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica, bem como reduzir os índices de absenteísmo, além de aumentar a oferta de atendimentos médicos aos usuários, possibilitando o aumento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade<sup>3,4,5</sup>.

Atualmente, o acesso avançado foi efetivado em várias cidades brasileiras como Rio de Janeiro, Florianópolis e em Curitiba onde várias unidades já trabalham com a agenda aberta para consultas no mesmo dia, no dia seguinte ou, no máximo, dentro de uma semana<sup>6</sup>.

Buscando proporcionar aos seus usuários um modelo de agendamento diferente do oferecido em outras unidades de saúde, a ESF Nenê Graeff implementou o modelo de agendamento/acolhimento AA em sua unidade, sendo ela pioneira na implementação do AA no município de Passo Fundo – RS.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do AA nessa unidade de saúde, bem como analisar a repercussão do acesso dos usuários à unidade de saúde após a efetivação desse modelo.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso<sup>7</sup>. A população foi composta por profissionais que atuam na ESF Nenê Graeff, localizada na cidade de Passo Fundo - RS, e usuários adscritos em seu território. Foi adotado como critério de inclusão para os profissionais: trabalhar na unidade há pelo menos 2 anos e ter acompanhado a implementação do AA, e para usuários: ser maior de 18 anos, residir no território há pelo menos 2 anos e ter acessado o serviço antes e depois da implementação do AA. Adotou-se como critério de exclusão, para ambos os grupos, os indivíduos que não apresentavam condições físicas e/ou psíquicas para responder ao questionário e/ou participar da entrevista.

De um total de 13 profissionais e 4 mil usuários, 5 profissionais e 5 usuários compuseram a amostra final deste estudo. Foram contatados por meio de ligações

telefônicas 11 usuários indicados pela equipe de saúde, sendo que 2 pessoas não aceitaram participar da pesquisa, 2 não atenderam as ligações realizadas em horários e datas distintas e 2 eram agentes comunitários de saúde que se encontravam afastados por pertencerem ao grupo de risco (COVID-19), sendo incluídos no grupo de profissionais. Devido ao fato de 3 membros da equipe de saúde atuarem há somente 9 meses na unidade, esses foram excluídos, bem como não fizeram parte da amostra final os profissionais que compõem a equipe de odontologia. Dos profissionais que atuavam anteriormente na ESF, foram contatados 2 profissionais, sendo que 1 deles não acompanhou a implementação do acesso avançado e outro julgou não estar apto a participar da pesquisa, ambos já não atuam mais na unidade de saúde pesquisada.

As informações foram coletadas no período de setembro a dezembro de 2020. O convite para participação na pesquisa foi realizado aos profissionais por meio de convite presencial na própria unidade, e por contato telefônicos, com os que se encontravam afastados, bem como, com os usuários. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos utilizados em diferentes etapas, sendo que inicialmente os participantes respondiam a um questionário sociodemográfico e posteriormente a uma entrevista semiestruturada com perguntas orientadoras. As entrevistas foram realizadas, com os profissionais, nas dependências da unidade de saúde, e com os usuários, em suas residências. Vale ressaltar que foram tomadas todas as medidas sanitárias adequadas devido ao contexto da pandemia COVID-19 no qual essa pesquisa foi realizada. Constatamos que houve saturação das informações coletadas com os usuários e profissionais, sendo assim a coleta foi interrompida pelo critério de saturação dos dados<sup>8</sup>.

Na análise dos resultados foram criados dois grupos distintos, sendo atribuído pra cada participante uma letra do alfabeto seguido do número 1 para os profissionais e 2 para os usuários. As informações registradas nos questionários estruturados foram tabuladas para exame de sua frequência. As entrevistas semiestruturadas individuais, após transcrição literal, foram lidas e sumarizadas atendendo aos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência do conteúdo das respostas obtidas<sup>8</sup>.

Identificaram-se 45 categorias empíricas, que foram agrupadas em 6 categorias. Das categorias resultantes do agrupamento selecionaram-se 2

categorias de análise que foram exploradas a partir dos conceitos sobre esse tema, como podemos observar no Quadro 1.

**Quadro 1. Descrição das categorias de análise**

<b>Categorias Empíricas</b>	<b>Agrupamento de Categorias</b>	<b>Categorias em análise</b>
Aceitação do AA pela Comunidade Acesso Avançado(AA) Agendamento X Acesso avançado Avaliação do Acesso Avançado Facilidade de Acesso Incentivo a implementação do AA em outros locais Acolhimento Porta de entrada	Acesso Avançado	<b>Percepção do Acesso Avançado</b>
Qualidade de atendimento prestado pela equipe Relação Médico/paciente/equipe	Relação equipe-usuários	
Aumento da demanda Melhoria na qualidade do trabalho Melhorias no fluxo de trabalho Satisfação profissional e realização profissional Dependência de outras pessoas no cuidado em saúde Forma de agendamento Mudança na composição da equipe Organização da agenda Organização do atendimento Participação da comunidade Sala de espera SUS Redução no tempo de espera por uma consulta Territorialização Tipo de agenda Trabalho em equipe	Fluxo de trabalho e mudanças ocorridas com a Implementação do AA	

Frequência que utiliza o serviço de saúde da ESF Frequente o serviço de saúde Tempo de moradia no território Utilizadores do Serviço	Características sociodemográficas dos usuários	
Integralidade Longitudinalidade Melhora na oferta de cuidados Prevenção e promoção Resolutividade Satisfação do usuário Continuidade do cuidado Coordenação do cuidado Cuidado centrado na pessoa Melhoria nos indicadores de saúde Diminuição da demanda no serviço de emergência	Repercussão e resolutividade da implementação do AA	<b>Repercussão e resolutividade após implementação do AA</b>
Absenteísmo Insatisfação com o modelo anterior Necessidade de buscar atendimento em outro serviço de saúde	Dificuldade de acesso e repercussão após implementação AA	

Fonte: Sistematizado pelos autores, 2021.

O estudo seguiu a Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética Universidade Federal da Fronteira Sul mediante o Parecer nº 3.948.459, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 29319820.0.0000.5564.

Neste artigo, serão descritas 2 categorias de análise: Percepção do Acesso Avançado e Repercussão e resolutividade após a implementação do Acesso Avançado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos sujeitos

As informações oriundas do questionário sociodemográfico estão sistematizadas na tabela 1 e 2, nas quais consta a caracterização dos 10 participantes deste estudo.

**Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos profissionais participantes do estudo, Passo Fundo - RS, 2020.**

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça /cor</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de atuação na ESF</b>
A1	Masculino	42	Branca	Superior completo	7 anos
B1	Feminino	54	Branca	Ensino médio completo	14 anos
C1	Feminino	42	Branca	Ensino médio incompleto	6 anos
D1	Feminino	51	Branca	Ensino médio completo	16 anos
E1	Feminino	50	Branca	Ensino médio completo	16 anos

Fonte: Sistematizada pelos autores, 2021.

**Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos usuários participantes do estudo, Passo Fundo - RS, 2020.**

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça/cor</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Residência no bairro</b>	<b>Profissão</b>
A2	Feminino	53	Branca	Ensino fundamental incompleto	30 anos	Doméstica
B2	Feminino	79	Branca	Ensino médio incompleto	32 anos	Aposentada
C2	Feminino	48	Branca	Ensino médio completo	9 anos	Autônoma
D2	Masculino	48	Branca	Ensino médio completo	26 anos	Técnico em informática
E2	Feminino	66	Branca	Ensino fundamental incompleto	40 anos	Cuidadora de idosos

Fonte: Sistematizada pelos autores, 2021

Por meio da análise sociodemográfica foi observado que os profissionais entrevistados, que integram essa equipe de saúde, já atuam nesse território há, no mínimo, 6 anos. Da mesma forma, os usuários entrevistados residem e frequentam essa unidade há, no mínimo, 9 anos, sendo alguns com uma frequência mensal e outros a cada seis meses ou sempre que necessário. Sendo assim, é possível inferir que a equipe e os usuários construíram um vínculo longitudinal no decorrer desses anos, o qual foi fortalecido após a implementação do AA.

Starfield<sup>1</sup> ensina que o vínculo de uma população com a equipe de referência deve ser refletido por meio de fortes laços interpessoais, os quais devem retratar a cooperação de ambos os envolvidos no cuidado a saúde. Esse preceito vai ao encontro de alguns relatos encontrados nessa pesquisa:

*Nossa! é uma satisfação a gente chegar ali, se encontra com o doutor, toda a equipe ali, a agente, é tudo pra nós. Nós não temos queixa nenhuma dessa unidade, tá muito bom! Que continue de assim, pra melhor. (B2)*

*[...] são dezesseis anos, já tem um vínculo grande, mas a gente vê que a população em si, ela se sente melhor em buscar o atendimento por que sabe que vai ter. (D1)*

### **Percepção do Acesso Avançado**

A atenção primária a saúde (APS) é o nível do sistema de saúde o qual deve acolher todas as necessidades e problemas de saúde, devendo oferecer cuidado centrado na pessoa e não somente em sua patologia, bem como é sua a atribuição de coordenação e continuidade dos cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde<sup>1</sup>.

Nesse contexto, a APS deve ser a porta de entrada, e ser de fácil acesso<sup>1</sup>. Segundo Milman<sup>9</sup>, o acesso refere-se ao uso oportuno do serviço de saúde. Nesse sentido, após a implementação do AA nessa unidade de saúde, os participantes observaram que o acesso/acessibilidade ao serviço de saúde foi facilitado, não somente para os atendimentos de demanda urgente, casos agudos, mas para acompanhamento de doenças crônicas, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, bem como para sanar dúvidas:

*Um dos principais fatores que a gente aprende na faculdade é que o acesso, que a porta de entrada do serviço de saúde precisa ser a atenção primária em saúde. E que porta de entrada é essa que tu tem que marcar e consultar 45 dias depois? Então, abrimos a porta. (A1)*

*Eu acho que ficou melhor assim, esse atendimento, que não precisa agendar, a gente vai ali de manhã e já consulta, acho que ficou bem melhor, as vezes a gente tá ruim, passa uma tarde ruim uma noite, no outro dia pode ir ali, com exceção de sábado e domingo, mas se não a gente pode ir ali. (C2)*

*A orientação, conversa dele foi mais tranquilizadora do que chegar ali e o médico te encher de exame, e pedir um monte de coisa, e tu ter que voltar depois, achei bem legal isso ai. (D2)*

*Então vamos dizer, isso facilitou, esse negócio de espera pra marcar consulta, não precisa mais formar aquela fila [...], mas facilitou bem o usuário de acessar a unidade. (E2)*

Ao encontro dos ensinamentos de Starfield<sup>1</sup>, Franco<sup>10</sup> define o acolhimento como a necessidade de proporcionar aos usuários o acesso ao serviço de saúde de maneira universal, bem como de realizar uma escuta qualificada de seus problemas de saúde, ofertando ações efetivas que visem à resolução do seu problema de saúde, ressaltando ainda a importância de qualificar a relação equipe-usuário.

Da mesma forma a Política Nacional de Humanização<sup>11</sup> possui como uma de suas diretrizes o acolhimento e o descreve como: “Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde [...]”. Nesse sentido, os participantes identificaram que após a implementação do AA ocorreu maior facilidade de acesso independente da demanda do usuário. Foi relatado pelos entrevistados que independente do motivo que os leve a procurar a unidade de saúde, eles passam por um acolhimento/escuta qualificada. Esses resultados corroboram com os encontrados no estudo de Lima e Brandão, em que a oportunidade de escuta foi relatada como um dos maiores diferenciais do modelo de AA:

*Não existe mais agenda. As pessoas chegam e consultam. Elas passam por um acolhimento. (A1)*

*[...] muitas vezes até aquela coisa simples e pequena, que até é uma preocupação, chegar e ser atendido, o médico dizer olha, não é o que tu pensa, calma, senta aqui vamos conversar. (D2)*

*[...] então esse é o ponto positivo mais importante de tudo: é tu ser bem acolhido, ter uma orientação positiva. (D2)*

Da mesma forma, a relação equipe/usuário, que já era avaliada positivamente no modelo anterior ao AA, foi fortalecida, pois de acordo com os relatos, a facilidade de acesso à unidade de saúde consolidou essa relação:

*[...] o atendimento tá muito bom pra nós, tá bem acessível pra gente. Nunca voltamos pra casa sem solução! (B2)*

*[...] Então assim, até o relacionamento paciente-funcionário melhorou. (B1)*

*[...] melhorou bastante, justamente porque esse acesso está facilitado. (A1)*

Outros aspectos destacados, por meio dos relatos dos profissionais, foram às modificações no fluxo de trabalho após a implementação do AA, apesar do aumento da demanda, em alguns dias, os profissionais perceberam que o AA beneficiou o fluxo de trabalho, bem como promoveu melhorias na qualidade desse, o que se refletiu em um nível maior de satisfação e realização profissional. Esse resultado corrobora com o relato de experiência de Pires *et al.*<sup>13</sup>, o qual demonstrou que de forma unânime a equipe descreveu melhorias na efetividade do trabalho após a implementação do AA, assim como consideram que o menor tempo de espera facilitou o fluxo de trabalho. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Leal *et al.*<sup>14</sup>, no qual foi observado uma maior satisfação dos profissionais médicos, em atender em um modelo que proporcione a continuidade do cuidado, como o observado no AA:

*[...] apesar de aumentar a demanda de trabalho, a disponibilidade da equipe para população e a confiança com a equipe ela cresceu. (A1)*

*[...] Eu já cheguei a atender três pacientes em uma manhã e o máximo foi vinte e sete. Mas quando a equipe trabalha de forma coesa e se ajudando, funciona e a gente consegue. (A1)*

*Melhorou, ficou melhor. Flui melhor. (C1)*

*[...] Está funcionando e muito bom pra todos nós. Principalmente para os usuários que são os clientes, os pacientes, pra eles, pra nós funcionários, a equipe inteira, está funcionando pra todo mundo. (E1)*

A observação das falas contidas nessa categoria de análise permite inferir que facilidade/agilidade de acesso à unidade de saúde, que ocorreu após a efetivação do AA, foi fator determinante para a satisfação dos usuários e profissionais. Pois em comparação com o modelo anterior, no AA foi observado uma considerável redução no tempo médio entre o agendamento e uma consulta médica, já que anteriormente a espera era de entre 20 a 30 dias, e, atualmente, esse tempo é de no máximo 48 horas, independente da demanda ser urgente, acompanhamento ou para ações de prevenção e promoção.

*[...] antes tinha que esperar 1 mês, 2 mês, 3 mês pra consultar, eu acho que agora ta bem melhor, agora consegue no dia né, só tu levantar e ir lá tu consegue [...]. (A2)*

### **Repercussão e resolutividade da implementação do Acesso Avançado**

No que tange a repercussão da implementação do AA, foi observado pelos grupos entrevistados modificações no que se refere a longitudinalidade do cuidado, integralidade, resolutividade dos problemas de saúde, bem como nas ações de prevenção e promoção.

A longitudinalidade é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período<sup>1</sup>”, é a relação pessoal entre equipe e usuário a qual é construída ao longo do tempo<sup>1</sup>. Nesse seguimento, a integralidade visa atender às necessidades da população adscrita em seus

diferentes contextos no que tange ao cuidado, promoção, manutenção da saúde, prevenção, cura, além de possibilitar o acesso a outros pontos da atenção a saúde<sup>2</sup>.

Nessa lógica, no AA, a demanda espontânea possui igual relevância que as ações programadas, isso inclui os cuidados clínicos e também ações de prevenção/promoção. Dessa forma, alberga a responsabilidade tanto nos cuidados individuais como coletivos, de acordo com a sua população adscrita<sup>15</sup>. Nessa perspectiva, a implementação do AA, como já observado nos relatos anteriores, facilitou o acesso à unidade de saúde, e conseqüentemente aproximou ainda mais os usuários da equipe de saúde de referência, a qual consegue acompanhá-los ao longo do tempo, não somente para o tratamento, como também ações de prevenção e promoção. Nesse sentido Leal *et al*<sup>14</sup> destacam, em seu estudo, que o AA possibilita melhorias no que tange ao cuidado longitudinal e integral dos pacientes, resultando em uma maior qualidade do atendimento. Declarações também presentes nessa pesquisa:

*A principal desculpa de alguns pacientes que não seguem as orientações e que não retornam no momento adequado é que eles não estavam conseguindo marcar. Nós eliminamos essa desculpa daqui, não tem isso, se é preciso você vem. Não tem complicador. (A1)*

*Aí melhora daquilo daí começa a fazer outras coisas para prevenção. O Doutor já fala que tem que fazer mamografia, tem que fazer preventivo, uma coisa vai levando a outra. Muitas vezes vem ver uma coisa, já passa para o Dentista. (C1)*

*Até esse ano, por exemplo, nos tivemos em janeiro e agora semana passada por causa desses sintomas de gripe, daí o doutor já encaminhou pra fazer todos os exames de rotina né. (B2)*

Outro aspecto observado por meio dos relatados foi à repercussão do AA no que se refere à resolutividade, a qual juntamente com os princípios da universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade, entre outros, corroboram para organização e efetivação da atenção primária<sup>2</sup>. Turrini *et al*<sup>16</sup> definem a resolutividade como a união de diferentes enfoques, a qual é composta por aspectos

relativos à demanda, à satisfação do cliente e à acessibilidade dos serviços de saúde, entre outros. Esse aspecto foi observado tanto pelo grupo de profissionais como o dos usuários, o quais ressaltaram que devido à facilidade de acesso à unidade básica, após a implementação do AA, os mesmos conseguem ter uma maior resolutividade de seus problemas de saúde, bem como a continuidade e coordenação do cuidado. Esses resultados são semelhantes aos relatados por Reigada<sup>17</sup>, no qual o aumento da resolutividade foi apontado como resultado positivo do AA:

*Em questão de resolutividade, a gente conseguiu pegar algumas situações de forma mais precoce, mas também abrimos possibilidade de retorno dos pacientes. (A1)*

*[...] A pessoa vem, já resolve o problema na hora e não fica adiando pra depois. O que dá pra se resolver na unidade já é resolvido. (D1)*

*[...] porque nós, por exemplo, não temos problemas graves, então aqui na unidade a gente consegue resolver tudo. (B2)*

Além disso, foi relatado pela equipe que a implementação do AA também obteve resultados na melhoria de alguns indicadores de saúde, como na diminuição do número de internações por patologias como pielonefrite e pneumonia, assim como diminuição de pacientes acamados e do número de gestantes. Somando-se a isso, ocorreu ainda a redução no número de usuários que procuram os serviços de emergência, já que os mesmos buscam a ESF como porta de entrada ao sistema de saúde. No mesmo entendimento, um estudo canadense<sup>18</sup> associou a implementação do AA ao aumento nos níveis de satisfação tanto de usuário como da equipe de saúde, bem como a diminuição de atendimentos em serviços de emergência. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Bonilla e Wollmann<sup>19</sup>, o qual indicou uma diminuição nos atendimentos no serviço de atenção secundária:

*Acho que a principal repercussão é que todo mundo se sente atendido na comunidade e as consultas em emergências e em outros locais de atendimento, vão diminuindo. (A1)*

*[...] não precisa ir no hospital enfrentar aquela fila [...] tu vai ali e já consegue ser atendida. (A2)*

*[...] porque a pessoa não depende de sair e ir pra outro pronto socorro, porque os pronto socorros são cheios, “socadinhos” de gente, ai então a saúde da gente que já tá debilitada, vai lá, piora ainda, ai tu volta pra casa com mais problemas. Ai então isso aí foi muito bom. (B2)*

Observou-se também nesse estudo, entendimento que vai ao encontro do que propõem o AA, a redução dos índices de absenteísmo<sup>3,4</sup>, já que tanto os usuários como os profissionais relataram que devido à facilidade ao atendimento, os números de faltas diminuíram após a implementação desse modelo, essa redução também foi observada em outros trabalhos que avaliaram o AA em diferentes cidades brasileiras<sup>14,19,20,21</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Por meio da análise das entrevistas dos profissionais e usuários dessa ESF, observamos que a implementação do AA obteve melhorias principalmente no que tange à facilidade de acesso à unidade de saúde em momento oportuno ao usuário, independentemente do motivo que o levou a procurar o serviço de saúde. Esse fato resultou em uma maior satisfação dentre os envolvidos, os quais ressaltaram que a implementação do acesso avançado acarretou melhorias na qualidade e fluxo de trabalho.

No que se refere a longitudinalidade do cuidado, foi observado pelos dois grupos entrevistados, que devido não haver mais a necessidade de agendamento prévio, os usuários procuram a ESF como a porta de entrada ao serviço de saúde e são acompanhados por sua equipe de referência, a qual coordena o cuidado quando há necessidade de atendimento em outros pontos da rede. Além disso, na

percepção dos entrevistados, após a implementação do AA ocorreu uma maior resolutividade, pois devido à facilidade de acesso muitas situações são detectadas e tratadas precocemente, assim como o retorno à unidade para acompanhamento também foi favorecido.

Podemos citar como limitações deste estudo o período de implementação do AA na unidade ser menor que 2 anos, e que devido ao contexto da pandemia de Coronavírus, alguns aspectos como as ações de promoção e prevenção podem ter sido prejudicadas, mesmo que muitos dos entrevistados relataram que essas ações já são abordadas no próprio atendimento. Outro aspecto limitante foi a recente mudança de membros da equipe de enfermagem, os quais foram excluídos da pesquisa pois não preenchiam os critérios de inclusão.

Estudos sobre a percepção e repercussão do acesso avançado ainda são escassos na literatura brasileira, dessa forma torna-se de grande relevância as pesquisas sobre esse modelo, a fim de fornecer informações que possam subsidiar outros profissionais que desejem implementar esse modelo como forma de atender as demandas de saúde de sua população.

### **Contribuição dos autores**

Concepção e/ou delineamento do estudo: ICS, MB, RFM. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: ICS, MB. Redação preliminar: ICS, MB, RFM. Revisão crítica da versão preliminar: ICS, MB, RFM. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

### **Conflito de interesses**

Todos os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. [acesso em 2020 dez 22]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
3. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2013.
4. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA. 2003; 289:1035-40. PMID: 12597760  
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
5. Pedó, Natália, et al. Acesso Avançado: Repensando o cuidado em ESF de Passo Fundo. Congresso Brasileiro de Medicina da Família. 14ª. Florianópolis/SC, 2018.
6. Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Saúde da Família. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba (PR): SUS; 2014; [acesso 2019 set 16]. Disponível em: [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005\\_06\\_14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005_06_14.pdf)

7. Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. [Acesso 2019 out 15].Disponível em: [https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yinmetodologia\\_da\\_pesquisa\\_estudo\\_de\\_caso\\_yin.pdf](https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yinmetodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf) yin, roberto estudo de caso.
8. Minayo, Maria Cecília de Souza. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
9. Millman, M. (Ed.). Access to Health care in America. Washington, DC: National Academy Press, 1993.
10. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.2, n.15, p.345-53, 1999.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. 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 [Internet]. 29º de novembro de 2019 [citado 20º de janeiro de 2021];14(41):2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2021>
13. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. Saúde Debate. 2019 Abr;43(121):605-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>
14. Leal AEB, Watanabe BT, Bezerra CW, Palluello RAS, Gyuricza JV, Rewa T, et al. Acesso avançado: um caminho para a integridade na atenção básica. São Paulo (SP): Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria Regional de Saúde Oeste; 2015

15. Norman AH, Tesser CD. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saúde Soc.* 2015;24(1):165-79. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
16. Turrini, Ruth Natalia Teresa; Lebrao, Maria Lúcia e Cesar, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.3, pp.663-674. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>.
17. Reigada CLL. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017;12(39):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1451](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1451)
18. Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Consultas de acesso avançado: efeitos na satisfação do médico de família, receita do consultório médico e uso do departamento de emergência. *Can Fam Physician.* 2010; 56 (10): 361 – 367
19. Bonilla PP de G, Wollmann L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 17º de julho de 2020 [citado 11 de janeiro de 2021]; 15(42):2360. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2360>
20. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, 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* [Internet]. 19 de maio de 2020 [citado 15 de janeiro de 2021]; 15(42):2111. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>
21. Asfor ATP, Shinkai MP, Monteiro ABC, Freitas HC, Shinkai H. Implantação do acesso avançado como medida resolutiva ao absenteísmo às consultas programadas. In: *Anais do Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e*

Comunidade. 12th WONCA World Rural Health Conference; 3-5 abr 2014; Gramado, Rio Grande do Sul, Brasil. Gramado (RS): WONCA/SBMFC; 2014.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve como objetivo analisar a percepção da equipe de saúde e usuários sobre as modificações que ocorreram após a implementação do modelo de Acesso Avançado, no que tange ao tempo de espera por atendimento, facilidade de acesso, longitudinalidade do cuidado, resolutividade, relação equipe – usuários e realização de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Por meio da análise dos relatos dos usuários e profissionais, observamos que a implementação desse modelo, nessa unidade, resultou em melhorias significativas no que se refere a facilidade de acesso ao atendimento, resolutividade, longitudinalidade e fortaleceu ainda mais o vínculo entre equipe e usuários. Além disso, verificou-se que a implementação desse modelo acarretou mudanças positivas no fluxo e qualidade do trabalho, bem como observamos que tanto os usuários quanto os profissionais avaliaram positivamente essa mudança. Estudos sobre a implementação do acesso avançado, no Brasil, ainda são escassos, o que torna a pesquisa sobre esse tema relevante, a fim de fornecer informações que possam subsidiar outros profissionais que desejem implementar esse modelo como forma de atender as demandas de saúde de sua população.