

**LUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA | DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

NAYANA VIGIL DA SILVA PEREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA | DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

NAYANA VIGIL DA SILVA PEREIRA

A IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues
Gonçalves.

Porto Alegre

2018

Ao inspirador e admirável professor Erno Harzheim, pelo exemplo de perseverança e força incansável.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar momentos de meditação, concentração, reflexão e por manter a minha saúde.

Aos profissionais do serviço de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, João Henrique Kolling e Giovani Souza Silveira, que abriram as portas para que eu pudesse realizar as pesquisas necessárias para a realização deste trabalho.

À Lisiane Hauser e à Cláudia Buchweitz, que dispuseram carinhosamente da sua competência e tempo para auxiliar nos ajustes deste estudo.

Finalmente, agradeço ao orientador, Professor Dr. Marcelo Rorigues Gonçalves, pelo carinho, atenção, dedicação e disponibilidade nos ensinamentos imprescindíveis ao bom desenvolvimento desse trabalho.

Acesso, qualidade e custo. Escolha dois.

(Dilema de Oregon – autor desconhecido)

RESUMO

O acesso avançado (AA) é um tipo de agendamento médico que possibilita que as pessoas sejam agendadas e atendidas pelo médico no mesmo dia ou entre 48 e 72 horas após o contato do paciente com a unidade de saúde. Essa modalidade de atendimento, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), já foi implementada em países como Inglaterra e Canadá no intuito de facilitar o acesso dos pacientes aos cuidados em saúde. Minimizar o tempo de espera por consulta médica, diminuir o número de ausências às consultas e maximizar o número de atendimentos médicos da população são os intuítos do acesso avançado. Modelo de estratégia estabelecida pelo Ministério da Saúde como método de orientação da APS no Brasil, as Equipes de Saúde da Família têm aplicado esse sistema novo com tais metas. O serviço de APS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (APS/HCPA), que adota um modelo híbrido que compreende a Estratégia de Saúde da Família e o modelo tradicional, vem implantando o modelo de acesso avançado. Este trabalho de conclusão demonstra que esse tipo de agendamento de consultas médicas realizam um quantitativo maior de atendimentos em relação a outros tipos de agendamento, como por exemplo, o fluxo tradicional com agendamentos prévios (semanais, mensais, etc) e o modelo de sistema com vagas que estabelece um número de consultas de urgência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Agendamento de Consultas. Assistência Integral à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Consultas pré-agendadas e consultas agendadas em até 72h realizadas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS	24
Figura 2 - Consultas pré-agendadas e agendamentos telefônicos realizados no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS	25
Figura 3 - Absenteísmo no serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.....	27
Figura 4 - Encaminhamento para outras especialidades médicas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS .	28
Figura 5 - Encaminhamentos para serviços de emergência no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS	28
Figura 6 - Exames solicitados por consulta no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS	29
Figura 7 - Renovação de receitas médicas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS	30
Figura 8 - Consultas médicas e multiprofissionais no Serviço de Atenção Primária do HCPA – período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	08
1.2	JUSTIFICATIVA.....	09
1.3	OBJETIVOS	10
1.3.1	Objetivo Geral	10
1.3.2	Objetivos Específicos	10
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
2.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	11
2.2	CAMPO DE ESTUDO.....	11
2.3	PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS.....	12
2.4	FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	12
2.5	QUESTÕES ÉTICAS.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13
3.2	FORMAS DE AGENDAMENTO	15
3.3	AVALIAÇÃO DA APS	17
3.4	SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO HCPA.....	18
3.5	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO HCPA.....	20
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada do usuário para os serviços de saúde, deve proporcionar acompanhamento longitudinal, assim como cuidado integral e coordenado dentro da rede de atenção à saúde. Dessa forma, é imprescindível que a APS tenha esses atributos presentes e fortalecidos, ainda acrescidos, sempre que possível, de orientação familiar e comunitária e competência cultural. O modelo estruturante da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – apesar da existência de outros modelos concorrentes, tais como as unidades básicas tradicionais e, no caso de Porto Alegre, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira, a APS é estruturada com alto nível de descentralização e alcance, desenrolando-se muito próxima do cotidiano das pessoas (BRASIL, 2012a; STARFIELD, 2002). Um dos fundamentos da PNAB é o acesso global e regular a serviços de saúde eficazes (Brasil. Ministério da Saúde, 2012). O ingresso aos serviços de saúde pela APS é determinado por lei, conforme o decreto 7508 de 2011, que regulamenta a Lei 8080 de 1990. Nesse sentido, é crucial construir ferramentas para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O acesso aos serviços de saúde é um problema que atinge não apenas o Brasil (LIMA et al., 2015; GIOVANELLA et al., 2009), mas sim diversos países (NATIONAL PHYSICIAN SURVEY, 2007, 2008; SCHOEN et al., 2007; BELARDI et al., 2004). Diversas formas de agendamento têm sido desenvolvidas ao longo do tempo, as quais podem ser resumidas em: tradicional, na qual as consultas são previamente agendadas com atendimento para dali 30 dias ou mais, sistema com vagas que prevê um número de consultas de urgência por dia e “acesso avançado”, no qual os pacientes que chegam espontaneamente ao serviço de saúde são

atendidos no mesmo dia ou em até 72 horas, não importando a razão da consulta (MURRAY E TANTAU, 2000; SALISBURG et al., 2007).

O acesso avançado tem sido utilizado em diversos sistemas baseados na APS (BELARDI, et al., 2004; CAMERON et al., 2010; BUNDY et al., 2005; O'HARE e CORLETT, 2004; SALISBURY et al., 2007), mostrando resultados positivos, mas ainda incipientes. No serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (APS/HCPA) o acesso apresenta-se como um problema histórico devido à desproporção da população adscrita, com 40.000 pessoas para uma equipe de saúde composta por 26 médicos e quatro enfermeiras (além da equipe multiprofissional).

O serviço de APS/HCPA funciona na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, fundado em 2004, atende cerca de 3.000 consultas médicas por mês, entre consultas médicas e multiprofissionais, tais como enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, entre outras. O serviço de APS/HCPA tem quatro equipes de Saúde da Família que referenciam os pacientes para outros níveis de atenção, conforme a necessidade e conta com 17 consultórios, além das salas de acolhimento, vacina, procedimentos médicos, procedimentos de enfermagem e curativos.

No âmbito nacional, estadual e municipal, gestores públicos e privados, servidores, trabalhadores e usuários têm debatido as dificuldades no acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Com frequência, escutam-se frases como “não consigo marcar consulta médica”, “a consulta com o médico da minha unidade de referência foi marcada para daqui três meses” ou “fui no posto, mas não tinha mais consulta disponível”. Afinal, por que essa realidade acontece?

1.2 JUSTIFICATIVA

O acesso na APS ainda é um problema em grande parte dos sistemas de saúde (OLIVEIRA, 2007; CHOMATAS et al., 2013; CARSON et al., 2009; LIMA et al., 2015; GIOVANELLA et al., 2009; NATIONAL PHYSICIAN SURVEY, 2007, 2008; SCHOEN et al., 2007; BELARDI et al., 2004). Avaliar formas alternativas de acesso que possibilitem maior efetividade e alcance para a população são desafios constantes. Nesse sentido, merece análise a experiência do serviço de APS/HCPA,

que está implantando um sistema de acesso avançado. É importante verificar fragilidades, oportunidades, pontos fortes e desafios, com o intuito de qualificar o atendimento assistencial prestado aos usuários, além de adequar a rotina de trabalho dos profissionais a essa nova experiência.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação do Acesso Avançado (AA) no Serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (APS/HCPA) no período de janeiro de 2015 a abril de 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar o antes e o depois da implantação do AA.
- Mensurar o número de atendimentos diários: proporção entre consultas programáticas e acesso avançado (consultas agendadas e realizadas em até 72 horas).
- Quantificar o número de agendamento telefônicos.
- Analisar o nível de absenteísmo.
- Mensurar o número de encaminhamentos para emergência e outras especialidades.
- Quantificar o volume de atendimento multiprofissional.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa, como recurso formal e sistemático, tem por finalidade desenvolver o método científico e inclui uma preocupação teórica, segundo Gil (1999) e Roesch (2005). Neste capítulo são apresentados os métodos utilizados pela autora para atingir os objetivos pretendidos. Para tanto, a autora designa e justifica o tipo de pesquisa, as vertentes utilizadas e as técnicas de coleta e análise de dados utilizadas.

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo observacional, do tipo antes e depois. A população será composta pelos indivíduos que receberam atendimento médico no serviço de APS/HCPA no período de janeiro de 2015 a abril de 2018.

2.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo é realizado no serviço de APS/HCPA, que atende cerca de 1.500 pacientes do SUS por semana. O serviço de APS/HCPA possui 26 médicos, entre professores, contratados e residentes, quatro enfermeiras, 11 técnicos de enfermagem, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, duas nutricionistas, um psicólogo, um assistente social, um administrador, seis assistentes administrativos e uma secretária, além de estagiários nas profissões já citadas.

Para investigar a distribuição dos dados e mensurar a repercussão do AA como forma de atendimento aos pacientes do serviço de APS/HCPA, será utilizada a base de dados dos sistemas de informação do Serviço: o AGHUse.

2.3 PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS

Os sistemas de informação do Serviço APS/HCPA foram consultados para obtenção dos dados referentes ao quantitativo de consultas agendadas e realizadas, procedimentos médicos realizados, exames complementares solicitados, renovação de receitas médicas efetivadas e encaminhamentos para serviço de urgência e consultas especializadas no período de janeiro de 2015 a abril de 2018. Foram extraídos os dados necessários para avaliar os objetivos estabelecidos pela autora, relativos à implantação do AA, que foi comparado aos dois primeiros anos de modelo semanal/carve out com o atual.

2.4 FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva e o estudo exploratório foram utilizados para analisar os dados. Os resultados foram apresentados em planilhas, expressos como percentuais, prevalência e medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão).

Considerou-se nível de significância de 5% para todas as análises, as quais foram efetuadas utilizando o Statistical Package for the Social Sciences versão 18.

2.5 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo obedece às regras éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, que trata sobre as determinações praticadas em pesquisas de Ciências Humanas e Sociais, a qual cita que não serão relacionadas nem verificadas pelo sistema CEP/CONEP as análises com bancos de dados cujas informações são associadas, sem possibilidade de reconhecimento individual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Declaração de Alma-Ata, OMS, 1978, formulada durante a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabelece que esses cuidados devem ser alicerçados em práticas e tecnologias disponíveis de forma universal, com custo acessível a todos. Esses mesmos cuidados compõem o sistema de saúde do Brasil e simbolizam o primeiro nível de relação do indivíduo com a atenção à saúde. Esses conceitos se traduzem em uma definição ampla da APS, conceituada aqui como tanto como rol de serviços de saúde quanto como estímulo ao desenvolvimento integral, alcançado em parceria com as demais áreas da sociedade e pela cooperação com a população (KOLLING, 2008).

Starfield (2002) argumenta que uma atenção em saúde efetiva é aquela que leva em conta o contexto no qual a enfermidade acontece e no qual o paciente está inserido – ou seja, uma atenção que não se restringe à cura de uma doença. Além disso, uma moléstia dificilmente surge de maneira isolada, ainda mais quando aparece no decorrer do tempo e, por isso, os especialistas na APS precisam ajustar o foco para as diversas situações de saúde que as pessoas manifestam ao longo da vida.

Esses conceitos não estão isolados. Ao contrário, se relacionam de alguma forma com a Constituição Brasileira de 1988, que estabelece a saúde como direito social. Nesse cenário, a saúde pública no Brasil está identificada com uma política nacional de saúde, na qual técnicas sanitaristas se interligam para constituir uma assistência eficaz focada na coletividade e tendo como consequência a concepção e a normatização do SUS (NUNES, 2000).

Starfield (1992, 2002) organizou, ainda, a definição de APS, com conceituação dos elementos primordiais. Conforme essa autora, a esfera básica da assistência é identificada, fundamentalmente, pelos elementos descritos a seguir.

- Acesso de primeiro contato – indica que para cada situação nascente ou para cada nova ocorrência de problema já existente há disponibilidade e uso dos

serviços de saúde para acolher, avaliar e encaminhar situações de saúde novas e recorrentes.

- Longitudinalidade – presume uma atenção contínua, que perdura ao longo do tempo, com forte vínculo forte entre a população e os serviços de saúde, que repercute em colaboração recíproca entre os profissionais de saúde e a comunidade.

- Integralidade – estabelece que os locais de atendimento da atenção primária precisam planejar seus serviços de forma que estejam disponíveis para o paciente os diversos tipos de atendimento à saúde, independentemente de serem ou não disponibilizados dentro desses locais. Isso se refere ao direcionamento para serviços secundários e terciários para tratamento de situações peculiares.

- Coordenação – a unidade de saúde que trabalha com atenção primária precisa estar apta a unir todo o atendimento disponibilizado ao paciente, nas distintas esferas do sistema de saúde. A coordenação pressupõe o prosseguimento, o reconhecimento de problemas tratados em outras unidades de saúde e a vinculação dessa atenção com o zelo integral do paciente.

- Orientação familiar – indica a percepção dos indicadores familiares que estão vinculados ao surgimento e aos cuidados das doenças.

- Orientação Comunitária – indica a compreensão do serviço de atenção primária quanto às carências da população, de acordo com as informações epidemiológicas e do convívio rotineiro com a comunidade.

- Competência Cultural – abrange o diagnóstico das carências específicas dos subgrupos da comunidade que podem ocupar posição de destaque por questões raciais, étnicas ou outros indicadores sociais peculiares.

A dimensão e a ocorrência dessas características direcionam o rumo da APS, tornando possível a análise de sistemas ou serviços e a conexão entre indicadores individuais e/ou agrupados. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF), instituído pelo governo federal do Brasil em 1994, e renomeado em 2006 como Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgiu para assegurar a APS como fundamento do SUS, estabelecendo o território como base para delinear o acesso prioritário aos serviços de saúde.

Para assegurar a assistência à saúde de forma integral, as denominadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram constituídas para apoiar e reordenar a APS. Essas redes estabelecem uma conexão entre serviços com objetivos comuns,

sistematizados em práticas correlacionadas e solidárias entre si, oferecidos a uma determinada população e gerenciados pela APS. Uma rede integrada de serviços de saúde precisa demonstrar efetividade pelos seus frutos clínicos e financeiros, bem como pela situação de saúde da comunidade à qual ela presta assistência (MENDES, 2009, OPAS, 2008).

3.2 FORMAS DE AGENDAMENTO

Ao avaliar o serviço de Atenção Primária à Saúde, *Kaiser Permanente* na Califórnia, Murray e Tantau (2000) observaram que o paciente esperava 55 dias para atendimento; além disso, a probabilidade de esse paciente conseguir uma consulta com seu médico de referência era de 47%. Isso acontecia porque o serviço contava com mais de 100 médicos e mais de 400 profissionais de outras áreas para suprir a atenção de 250.000 pacientes adultos, aproximadamente. Para evitar essa situação, o fluxo de agendamento foi ajustado para garantir dois pontos-chave na relação médico-usuário: (1) continuidade do cuidado, assegurando que os usuários fossem atendidos pelo seu médico de referência, favorecendo a satisfação do paciente com o sistema de saúde; (2) capacidade da agenda de propiciar atendimento no mesmo dia, reduzindo o volume de consultas pré-agendadas e ampliando a capacidade para demandas imediatas do usuário.

Esse fluxo de agendamento permite que os usuários procurem o seu médico de referência para resolver diversas dificuldades de saúde, rotineiras, urgentes ou preventivas, e recebe o nome de “acesso avançado” (AA), “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”. O princípio desse sistema é “faça hoje o trabalho de hoje”. Após menos de 1 ano da implantação do AA, o tempo de espera por consulta caiu para 1 dia, elevando para 80% a probabilidade de o paciente ser atendido pelo seu médico de referência. Além disso, aumentou a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde do serviço e causou uma redução de 10% no número de consultas por paciente por ano.

Há três tipos de agendamentos associados à continuidade do acesso:

(1) Tradicional, no qual as consultas são pré-agendadas deixando a agenda cheia durante um período específico de tempo. Muitas vezes, esse sistema produziu

sobrecarga e aflição na equipe profissional, especialmente quando surgem casos urgentes que precisam ser encaixados. Murray e Tantau (2000) descrevem esse fluxo como “faço hoje o trabalho do último mês”.

(2) O sistema com vagas estabelece um número máximo de consultas de urgência por dia, que vai diminuindo ao longo da semana. Assim, a cada 10.000 usuários, as vagas de urgência podem ser 55 na segunda-feira, 50 na terça-feira e 45 na quarta-feira. Desse modo, os médicos ajustam seu fluxo de atendimento baseados nessa lógica. “Faça hoje parte do trabalho de hoje” é como Murray e Tantau (2000) chamam esse fluxo. Esse sistema também apresenta algumas dificuldades, tais como:

a) Usuários com situações consideradas não urgentes podem ter seu atendimento retardado e, dessa forma, o trabalho segue sendo adiado.

b) Esse fluxo propicia uma “terceira modalidade de agendamento”, isso porque alguns usuários podem não precisar de atendimento urgente, porém tampouco podem aguardar pela consulta marcada em determinado dia.

c) Existe sempre uma tensão entre as consultas rotineiras e as urgentes, pois é necessário equilibrar o número de consultas, já que esse método prevê reserva de vagas. Os horários “urgentes” podem não ser preenchidos e assim acarretar perda de vagas agendadas.

d) Nessa organização, os profissionais costumam orientar os usuários a voltarem em outro momento, o que pode prejudicar a demanda para os dias seguintes e causar desordem nos agendamentos futuros.

e) Por último, a tensão dos pacientes pode resultar na marcação de usuários não urgentes em horários de pacientes urgentes nos dias seguintes, fazendo crescer a listagem de pessoas, o que acaba por gerar, como no modelo tradicional, um excesso de lotação.

(3) O “acesso avançado” exige uma mudança de concepção por parte dos profissionais de saúde; as consultas rotineiras e as de urgência não são mais diferenciadas. Para tanto, é necessário que, na segunda-feira, a proporção de horários sem agendamento na segunda-feira seja de 65% a 75%. Os horários pré-agendados são destinados para pacientes que não puderam ser acolhidos na sexta-feira ou para pacientes com retorno marcado pelo próprio médico. Os usuários que chegam espontaneamente ao serviço de saúde são atendidos no mesmo dia, não importando a razão da consulta. A procura não é ilimitada, como boa parte dos

médicos acredita. A demanda da população é igual ao volume de usuários vistos rotineiramente, mesmo em sistemas conturbados. Então, no momento em que o médico nota que a disponibilidade da agenda e a procura estão proporcionais, é viável realizar o trabalho do dia no mesmo dia.

3.3 AVALIAÇÃO DA APS

Em estudos internacionais, as características ou atributos da APS estão vinculados à equidade da atenção e à eficácia. Entretanto, estudos de base populacional e/ou com públicos vulneráveis mostram que essa relação muitas vezes inexistente (BLUMENTHAL, 1995).

A importância dos estudos de avaliação de serviços em saúde vem aumentando e alcançando posição importante nas agendas de saúde. A mensuração pode ocorrer de diferentes formas: através de estudo junto aos provedores do serviço, por auditorias ou por ferramentas elaboradas para esse fim.

Na literatura brasileira, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) é uma ferramenta de autoavaliação desenhada pelo Ministério da Saúde do Brasil com o intuito de mensurar especificamente a ESF. Esse instrumento de avaliação inclui cinco formulários orientados ao gestor, coordenador municipal e trabalhadores de base, objetivando a obtenção de informações sobre provisão dos serviços e adequabilidade da estratégia à prática real. Contudo, essa ferramenta não alcança a experiência dos pacientes, parte fundamental do desenvolvimento do cuidado.

Na literatura internacional, para mensurar a presença e a extensão de cada um dos atributos da APS, uma das práticas de avaliação da ESF ocorreu através da aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), um instrumento de avaliação e mensuração da Atenção Primária elaborado por Starfield e colaboradores (https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html). Esse instrumento analisa as características essenciais e derivadas da APS por meio de perguntas sobre os serviços de saúde respondidas por pacientes, profissionais ou gestores. No desenvolvimento da comprovação desse instrumento, diferentes perspectivas dos

atributos individuais (tais como “acessibilidade” e “utilização”, no caso do atributo “acesso”, por exemplo) representam os elementos “processo” e “estrutura” empregados por Starfield conforme o referencial de Donabedian na descrição e avaliação de cada característica dos serviços de saúde (KOLLING, 2008). (KOLLING, 2008).

No Brasil, várias pesquisas que utilizaram o PCATool constataram que o acesso, e principalmente a “acessibilidade”, era a característica com pior funcionamento. Na cidade de Petrópolis (RJ), um estudo que utilizou o PCATool versão *Facility/Provider Survey*, ajustado e traduzido para profissionais da APS, englobando ESF e unidades básicas de saúde (UBS), observou que a característica acesso foi baixa nos dois modelos (ESF e UBS) (MACINKO et al, 2004). Em Porto Alegre (RS), apenas 40% da população em estudo na região de adscrição declararam utilizar como serviço preferencial aquele da sua região (OLIVEIRA, et al, 2007). Na pesquisa utilizando o PCATool com profissionais médicos e de enfermagem na APS em Porto Alegre (RS), Castro (2009) percebeu que o acesso de primeiro contato foi a característica que obteve as menores pontuações em todos os serviços estudados. Na pesquisa que avaliou a percepção dos profissionais de saúde e pacientes sobre a APS na região Centro-Oeste do Brasil, Van Stralen et al. (2008) verificaram baixos índices de acesso, tanto na percepção dos trabalhadores quanto na dos pacientes, seja nos clássicos centros de saúde, seja nos centros de saúde da família. Escore et al. (2005) estudaram 10 centros urbanos, com consulta a profissionais e gestores e, em oito centros, consulta também a pacientes amostrados aleatoriamente. O acesso foi narrado como complicado pelos pacientes: de 30 a 67% dos usuários com problemas crônicos afirmaram não conseguir qualquer tipo de atendimento; tampouco havia acompanhamento de 12 a 20% dos pacientes que se declararam como hipertensos e de 16 a 33% das crianças até 2 anos.

3.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO HCPA

O serviço de APS/HCPA funciona na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, situada na Rua São Manoel, 543, em Porto Alegre (RS). O serviço iniciou

em outubro de 2004, através de um convênio entre a Prefeitura de Porto Alegre e o HCPA. Os profissionais que atuam na Unidade são contratados pelo HCPA, com exceção dos agentes comunitários de saúde, vinculados à Prefeitura.

A UBS Santa Cecília atende cerca de 6.000 consultas por mês, entre consultas médicas, de enfermagem, nutrição e outras. As áreas de atuação do serviço incluem promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais prevalentes na população, grupos de apoio, atividades comunitárias e coletivas, vacinação, procedimentos médicos e de enfermagem, pequenos procedimentos cirúrgicos, atenção farmacêutica e visita domiciliar para pacientes acamados.

Esses atendimentos são prestados por uma equipe multidisciplinar, que está capacitada a resolver os problemas de saúde mais prevalentes. É uma unidade de ensino, ou seja, uma parte significativa dos atendimentos é realizada por estudantes de graduação de várias áreas (medicina, nutrição, farmácia, enfermagem, etc.) e por médicos residentes, todos sob supervisão.

O serviço conta com quatro equipes de Saúde da Família que referenciam os pacientes para outros níveis de atenção, conforme a necessidade. O critério adotado em toda a cidade de Porto Alegre para atendimento de saúde é o local de moradia. Essa determinação tem o objetivo de garantir um atendimento de boa qualidade com atribuição de responsabilidade à equipe pelas ações de saúde e de vigilância naquela área, objetivo esse que seria difícil de alcançar com um regime de “portas abertas”, ou seja, com atendimento indiscriminado e sem seguimento. A alternativa para esse sistema fechado, que é o território, seriam as listas de pacientes por profissional, utilizadas amplamente em diversos países, como Inglaterra, Espanha e Canadá, e também na saúde suplementar.

A estrutura do serviço compreende 17 consultórios, uma sala de acolhimento, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos médicos, uma sala de procedimentos de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala dos agentes comunitários de saúde, duas salas de apoio, uma recepção administrativa e uma farmácia básica.

3.5 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO HCPA

A UBS do serviço de APS/HCPA é uma Unidade Escola. Nessa unidade, desde 2004 a população é atendida por professores da Faculdade de Medicina e de outros cursos da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os professores supervisionam alunos de graduação, em especial do internato de Medicina de Família e Comunidade (MFC), médicos residentes em MFC e residentes multiprofissionais, em conjunto com equipes assistenciais permanentes. A unidade possui quatro equipes mistas da ESF e atende áreas sem cobertura por agentes comunitárias, mas cujos territórios são de responsabilidade de cada equipe mista, com população de 40 mil habitantes, dos quais 33 mil estão cadastrados (FALK et al., 2010).

Responder às necessidades e demandas dessa população, equivalente à de um município de pequeno porte, em uma unidade-escola, exige uma organização de fluxos e processos muito complexa. Deve-se considerar o tamanho da equipe assistencial, suas cargas de trabalho variáveis (professores e médicos residentes com três a quatro turnos de atendimento supervisionado, médicos assistentes com cinco a seis turnos de atendimento), a troca periódica de alunos e residentes em fase inicial da curva de aprendizado, crescente procura por campo de estágio em APS, afastamentos de professores em suas outras atividades universitárias e ambiente com estrutura física limitada – sempre com foco na segurança dos pacientes e na excelência no cuidado.

Historicamente, o Serviço vem procurando adequar sua estrutura e processos de trabalho em direção a uma maior orientação aos atributos essenciais da APS. Nesse sentido, identificou-se que o acesso e a longitudinalidade são os atributos mais frágeis, em sintonia com dados da literatura nacional. Enquanto o acesso é o atributo pior avaliado em todas pesquisas nacionais que utilizaram o PCATool para avaliar a APS, também a longitudinalidade é muito comprometida pela rotatividade dos profissionais ou falta de organização que valorize o cuidado continuado.

Em julho de 2014, quando iniciou o funcionamento do prontuário eletrônico no Serviço, passou-se a ter maior capacidade de gerir processos e monitorar a

oferta de consultas. Nesse período, a entrada do paciente no Serviço acontecia das seguintes formas:

- Demanda espontânea ou originada no paciente por marcação de reconsulta com o médico de referência ou médico da equipe com antecedência de 1 mês até 60 dias (na primeira quinta-feira útil do mês era aberta a agenda para todo o mês seguinte, pois usualmente as consultas daquele mês já estavam ocupadas).

- Paciente com demandas espontâneas consideradas urgentes ou que desejassem ser avaliados eram passados para o “acolhimento”, onde o técnico de enfermagem, supervisionado por enfermeiro e com apoio de médico, determinava quais pacientes teriam a consulta por médicos de sobreaviso no turno.

- Primeiras consultas eram agendadas na mesma semana.

- Idosos e portadores de deficiência poderiam agendar consultas por telefone uma tarde por semana, também com antecedência de 1 mês.

- Médicos também podiam marcar consultas de revisão ou programáticas com até 3 meses de antecedência.

- Gestantes e crianças tinham agendas protegidas, com consultas programáticas geralmente marcadas na recepção ou por outros profissionais para dali a 1 ou 2 semanas. As gestantes e crianças costumavam sair de uma consulta com a seguinte já marcada.

Nesse sistema, as consultas eram divididas em urgentes e eletivas (consultas programadas). Nas eletivas, o paciente era avaliado nas questões crônicas e usualmente era atendido para problemas novos não urgentes. Muitas vezes, com a longa espera por consulta, os problemas não existiam mais no momento do atendimento.

Outra característica desse sistema eram as longas filas, que se formavam desde a madrugada para conseguir consulta com o médico de referência. Mesmo quando se garantia o atendimento do paciente com demanda espontânea no mesmo dia, frequentemente o paciente era atendido por um profissional sem vínculo, restringindo a longitudinalidade aos registros de prontuário.

Já os médicos residentes e assistentes se queixavam de que frequentemente seus pacientes acabavam sendo vistos por outros médicos em agendas eletivas e nas suas agendas eram marcados pacientes desconhecidos e mesmo de outras equipes (moradores de fora do seu território de responsabilidade). Diante de um paciente que tinha grande dificuldade de agendar consulta, cada

encontro vinha com uma grande lista de queixas a ser trabalhada na mesma consulta. Por vezes, os médicos se viam sem alternativa a não ser agendar retornos extras para garantir a revisão de pacientes com condições graves ou que necessitassem de reavaliação breve. Os professores tinham uma dificuldade ainda maior de estabelecer vínculo com os pacientes – além do limitador de ser o aluno o principal interlocutor do paciente, professores e pacientes raramente se reencontravam.

Os pacientes que conseguiam acessar o serviço recebiam um cuidado integral satisfatório e geralmente saíam da consulta com os retornos marcados pelos próprios médicos, para não se perderem do acompanhamento, o que gerava retornos programáticos com pequenos intervalos (até 3 meses). Com isso, formou-se um pequeno grupo de pacientes privilegiados no cuidado das condições crônicas.

Para pensar em como melhorar essa situação, em um dos planejamentos periódicos da unidade, formou-se um grupo de trabalho para melhoria do acesso. Dentro das discussões, elegeu-se a necessidade de criar listas de pacientes por médico e reduzir o intervalo de marcação de consulta. Posteriormente, o grupo entrou em contato com os conceitos do AA, identificando a necessidade de mudar a diferenciação entre consultas do dia e consultas eletivas, evitando reservar espaços programáticos, salvo para gestantes e crianças menores de 2 anos, e reduzindo a proporção de consultas de revisão marcadas pelo próprio médico.

Algumas tentativas de reduzir o intervalo de consultas foram sendo implementadas, mas sem mudar o conceito que separava consultas eletivas de consultas “urgentes”. Com isso, embora tenha ocorrido a migração de agendamentos mensais para quinzenais e posteriormente para semanais, os pacientes continuavam sem atendimento pelos seus médicos e o cuidado continuava sendo transferido para um profissional em sobreaviso, ou adiado para a próxima semana de marcação.

Gradualmente, discutindo possibilidades, chegou-se a um modelo de atendimento e supervisão em que tanto professores, como residentes e equipe permanente, teriam atendimentos com consultas para o mesmo dia e uma menor proporção de retornos agendados pelo próprio médico ou marcados com 7 dias de antecedência.

No mês de agosto de 2017, iniciou-se uma campanha de divulgação, informando que, a partir de setembro, não haveria mais um dia único de

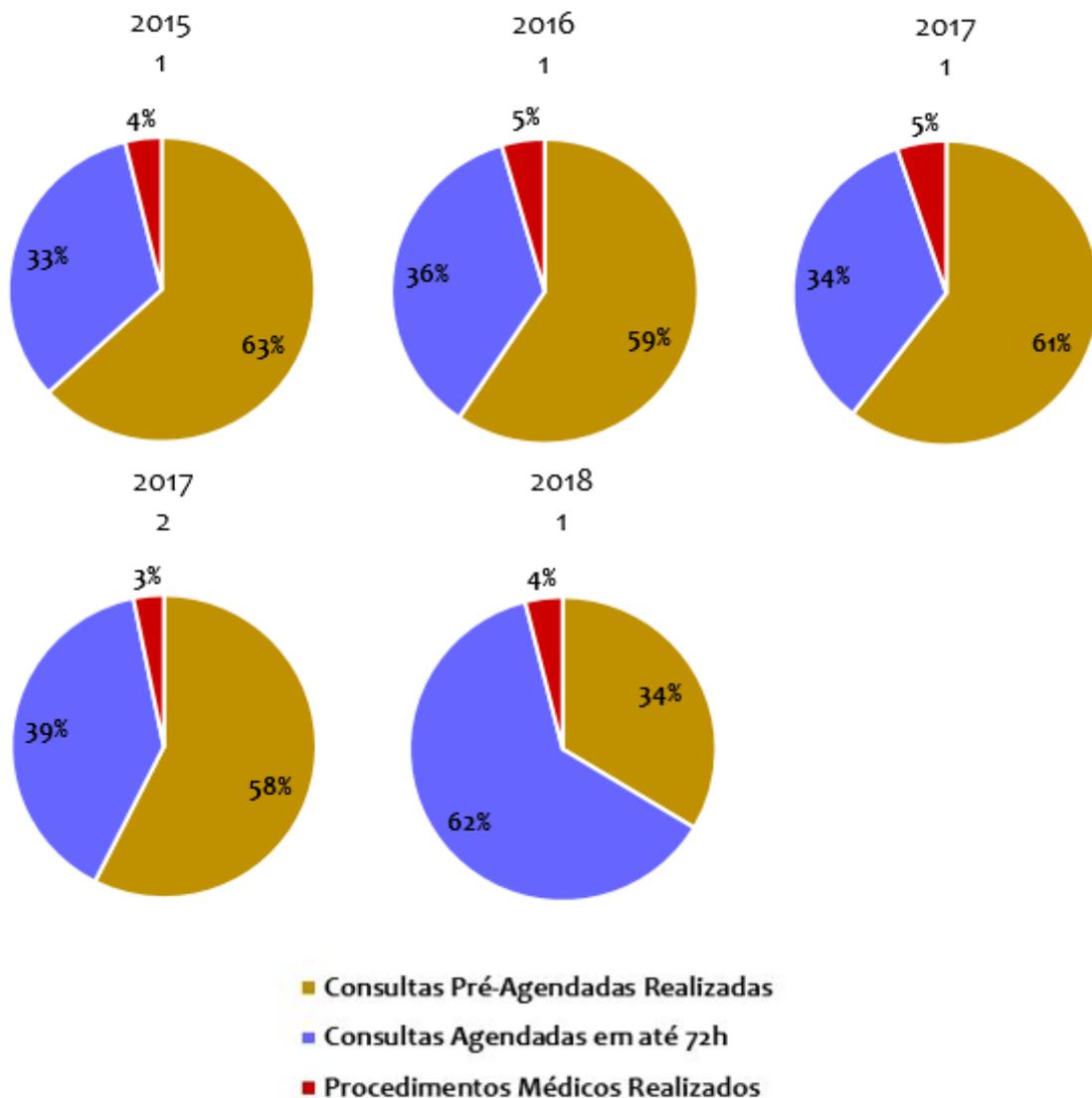
agendamento; haveria consultas para o mesmo dia todos os dias, com um percentual menor marcado com até 72 horas de antecedência. Em janeiro de 2018, o período de antecedência de consultas foi reduzido para 3 dias úteis, e aumentada a proporção de consultas de demanda espontânea, que passaram a perfazer de 65 a 75% das agendas.

Mesmo com o aumento na oferta de consultas, a equipe de retaguarda, que atenderia apenas urgências clínicas, seguiu mantendo uma agenda de retaguarda, sem vínculo do médico com paciente. Essa agenda passou a atender quem chegava à tarde, já que a maioria das consultas do dia, e mesmo as antecipadas, se esgotava pela manhã, indicando que a oferta de consultas ainda estava insuficiente. Em parte, essa situação se agravou com uma combinação de licenças de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

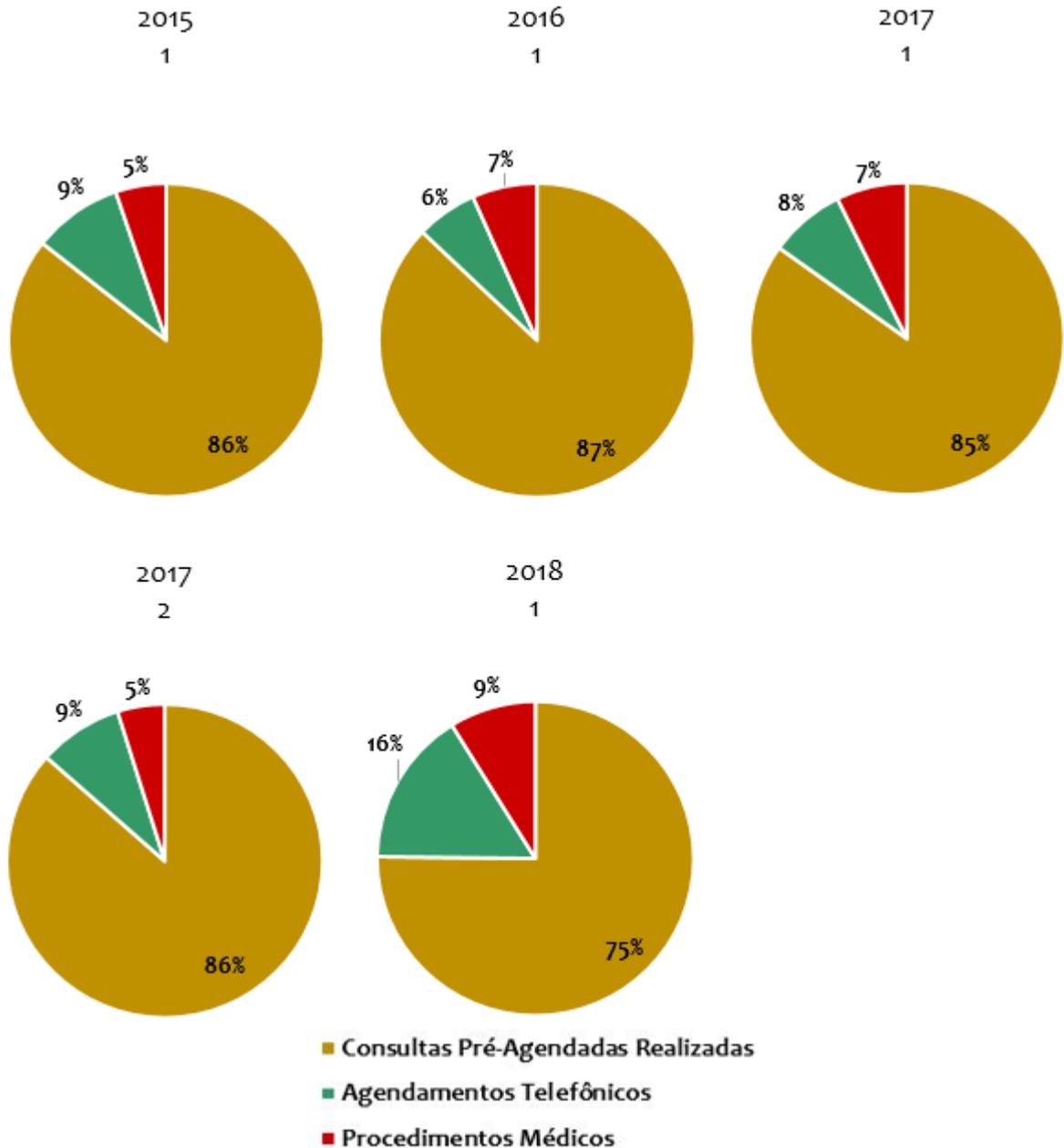
A partir da extração de dados dos sistemas de gerenciamento do serviço de APS/HCPA – AGHUse – são apresentados a seguir os resultados obtidos. Foram extraídos dados brutos de janeiro de 2015 a abril de 2018, totalizando 10 quadrimestres, sem qualquer identificação de profissionais ou pacientes, proporcionando a verificação de possíveis cenários a respeito da implantação do formato de AA no serviço.

Figura 1 – Consultas pré-agendadas e consultas agendadas em até 72h realizadas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

Figura 2 – Consultas pré-agendadas e agendamentos telefônicos realizados no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

As figuras 1 e 2 esboçam, por quadrimestre, o aumento percentual das consultas marcadas e realizadas em até 72h e dos agendamentos realizados por telefone, evidenciando a implementação da proposta de AA no Serviço do HCPA.

Nos dados da figura 1, aplicando-se o teste do qui-quadrado de aderência, a distribuição de consultas agendadas em até 72h não se mostrou constante ao longo dos quadrimestres (valor- $p < 0,001$), sugerindo variação no número de consultas agendadas entre os quadrimestres. Pontualmente, observa-se um aumento gradual

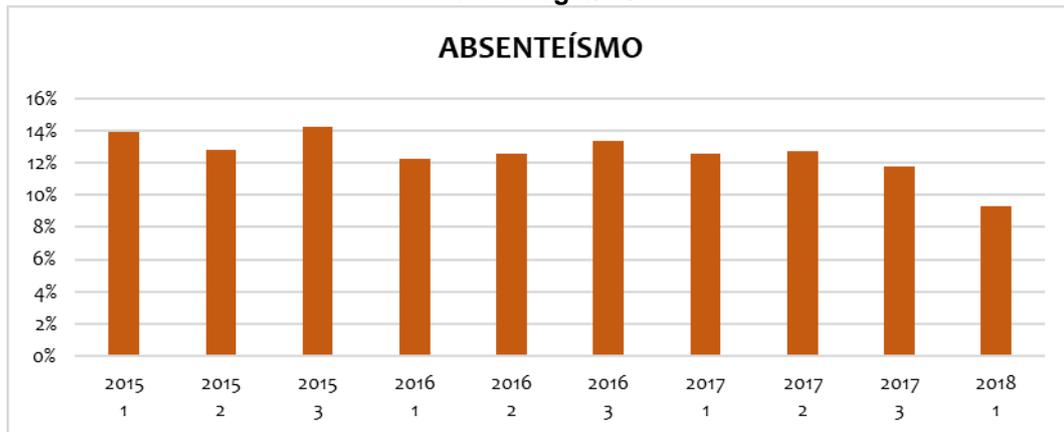
e consistente, principalmente ao longo dos últimos três quadrimestres, na direção de uma maior disponibilidade de consultas em até 72h, o que aproxima o serviço do modelo descrito por Murray et al (2000).

Nos dados da figura 2, relativos aos agendamentos telefônicos ao longo do tempo, o resultado sugere distribuição não uniforme (valor $p < 0,001$), evidenciando variações para os agendamentos telefônicos ao longo do tempo. Na comparação da porcentagem de agendamentos telefônicos com a porcentagem no primeiro quadrimestre em estudo, somente o segundo quadrimestre de 2016 não foi significativamente diferente (valor- $p=0,065$). Isso sugere que houve diferença estatisticamente significativa ao longo do período, no sentido de ampliar o acesso de agendamento à população de maior vulnerabilidade (idosos e portadores de necessidades especiais).

Ampliar o acesso e tornar a APS a principal porta de entrada para o paciente oportuniza prevenção e cuidado (NORMAN; TESSER, 2015). Centrar a atenção nos pacientes adscritos, e não em adoecimentos ou patologias, e facilitar o acesso possibilitam uma compreensão mais ampla da aflição da população, especialmente das pessoas mais desamparadas. Além disso, essas ações permitem um retorno efetivo às demandas de saúde das pessoas (NORMAN; TESSER, 2015).

Em 1999, a implantação do agendamento de acesso aberto em uma clínica de medicina de família e comunidade vinculada a uma faculdade de medicina na cidade de Houston, EUA, evidenciou que a prática é viável e que oportuniza vantagens para todas pessoas envolvidas no processo (STEINBAUER et al., 2006). No mesmo ano, a *Allina Medical Clinic* constatou que o agendamento de acesso aberto permitiu que mais pacientes tivessem contato com o seu próprio médico; as visitas ou consultas médicas se tornaram mais produtivas, houve diminuição do uso de serviços de urgência e aumentou a satisfação dos pacientes (O'HARE, CORLETT, 2004).

Figura 3 – Absenteísmo no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

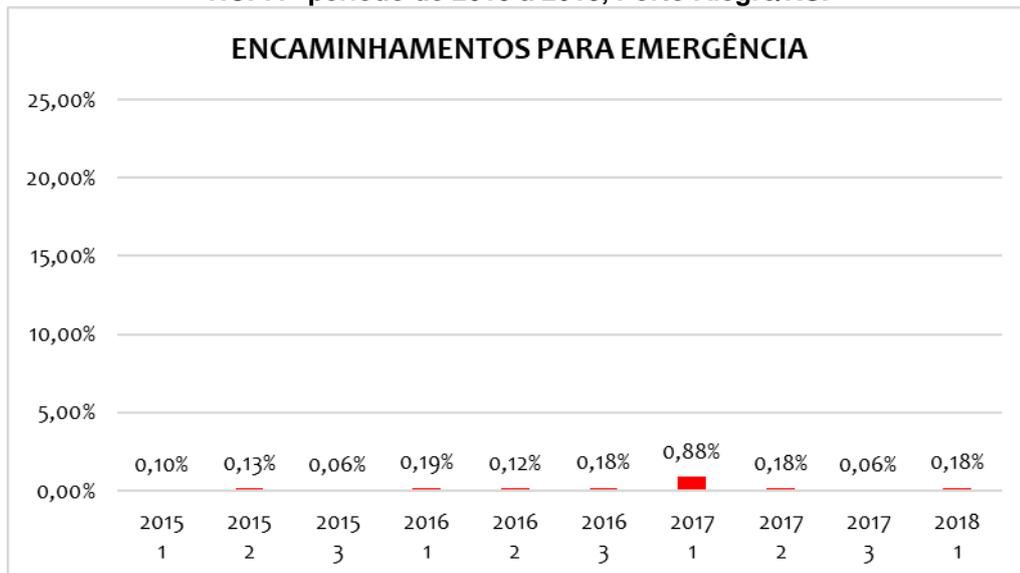
Aplicando-se o teste do qui-quadrado de aderência e o teste binomial, não foi observada regularidade do absenteísmo ao longo dos quadrimestres (valor- $p < 0,001$), sugerindo quadrimestres com percentual de absenteísmo “diversificados”. Na comparação do absenteísmo com o percentual no primeiro quadrimestre em estudo, houve diferença significativa para praticamente toda a série histórica ($p < 0,05$), à exceção do terceiro quadrimestre de 2015. Entretanto, nota-se uma redução significativa no primeiro quadrimestre de 2018, o que reflete possivelmente impacto da mudança no sistema de agendamento, com períodos mais curtos entre agendamento e consulta, mudança está também evidenciada em uma UBS do Ceará após a implantação do agendamento aberto (ASFOR et al., 2014; ROSE et al., 2011).

Figura 4 – Encaminhamento para outras especialidades médicas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

Figura 5 – Encaminhamentos para serviços de emergência no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

As figuras 4 e 5 demonstram que, mesmo com a implantação do AA, o percentual de encaminhamentos para outras especialidades, bem como o percentual de encaminhamentos para emergência, apresentou variações pequenas, excetuando-se o primeiro quadrimestre de 2017. De qualquer modo, é importante salientar que há uma limitação importante nessa informação, tendo em vista que os dados de encaminhamentos são preenchidos de forma variada e não padronizada

pela equipe médica, o que pode ser demonstrado pelo baixo número de registros (<4%).

Uma pequena diminuição de encaminhamentos para especialidades (entre o primeiro e segundo quadrimestre de 2017) pode ser também consequência da vinculação médico-paciente proporcionada pelo AA, no qual a efetividade do contato com o médico de referência faz com que o paciente procure primeiramente a APS e não serviços especializados.

Em 2004, nos EUA, O'Hare e Corlett (2004) constataram diminuição do uso de serviços de urgência com a prática do AA. Entretanto, esse resultado não pôde ser constatado em nosso serviço, devido à inconsistência em sua notificação, apesar de ter havido uma pequena diminuição de encaminhamentos para especialidades (entre o primeiro e segundo quadrimestre de 2017).

Figura 6 – Exames solicitados por consulta no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.

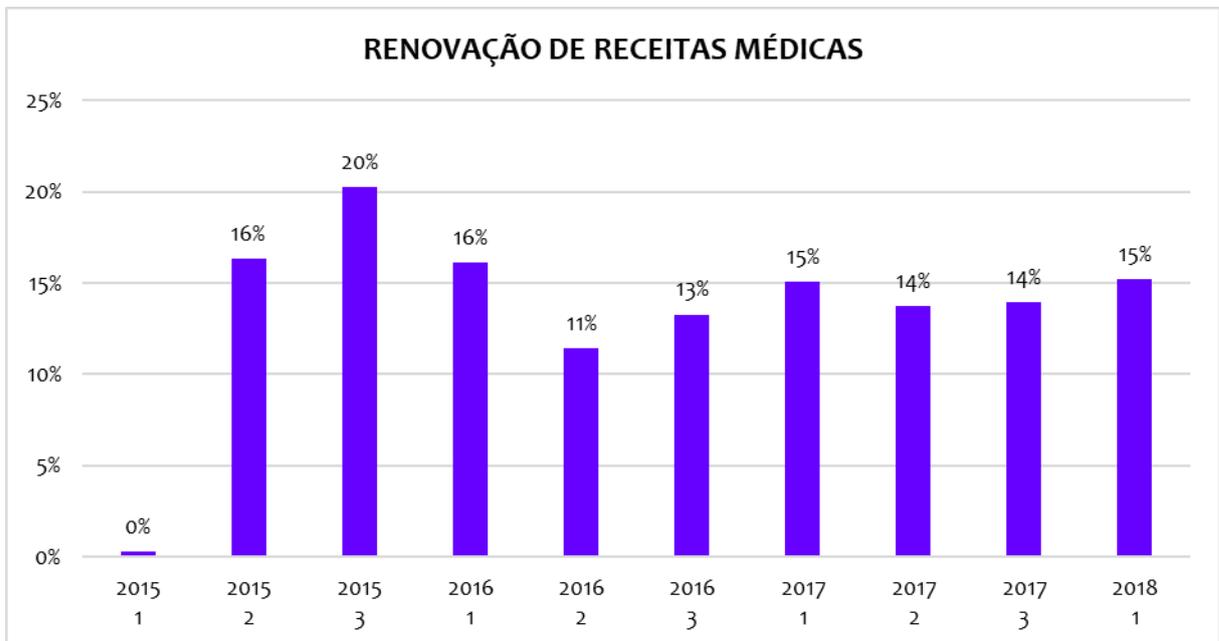


Fonte: produzido pela autora.

De acordo com a figura 6, pode-se notar que o número de exames solicitados por consulta realizada se manteve praticamente constante durante os 10 quadrimestres – de 2 a 2,4 exames solicitados por consulta médica. Capilheira e Santos (2006), em um estudo realizado com 3.100 adultos moradores da cidade de Pelotas (RS), verificaram que mais de 65% das pessoas que consultaram tiveram algum exame solicitado, e que mais de 70% relataram pedido de exame com coleta de sangue. Além disso, nesse estudo, o sexo feminino expressou probabilidade 3%

maior de ter exame requisitado, enquanto que o avanço da idade gerou maior número de solicitações de exames.

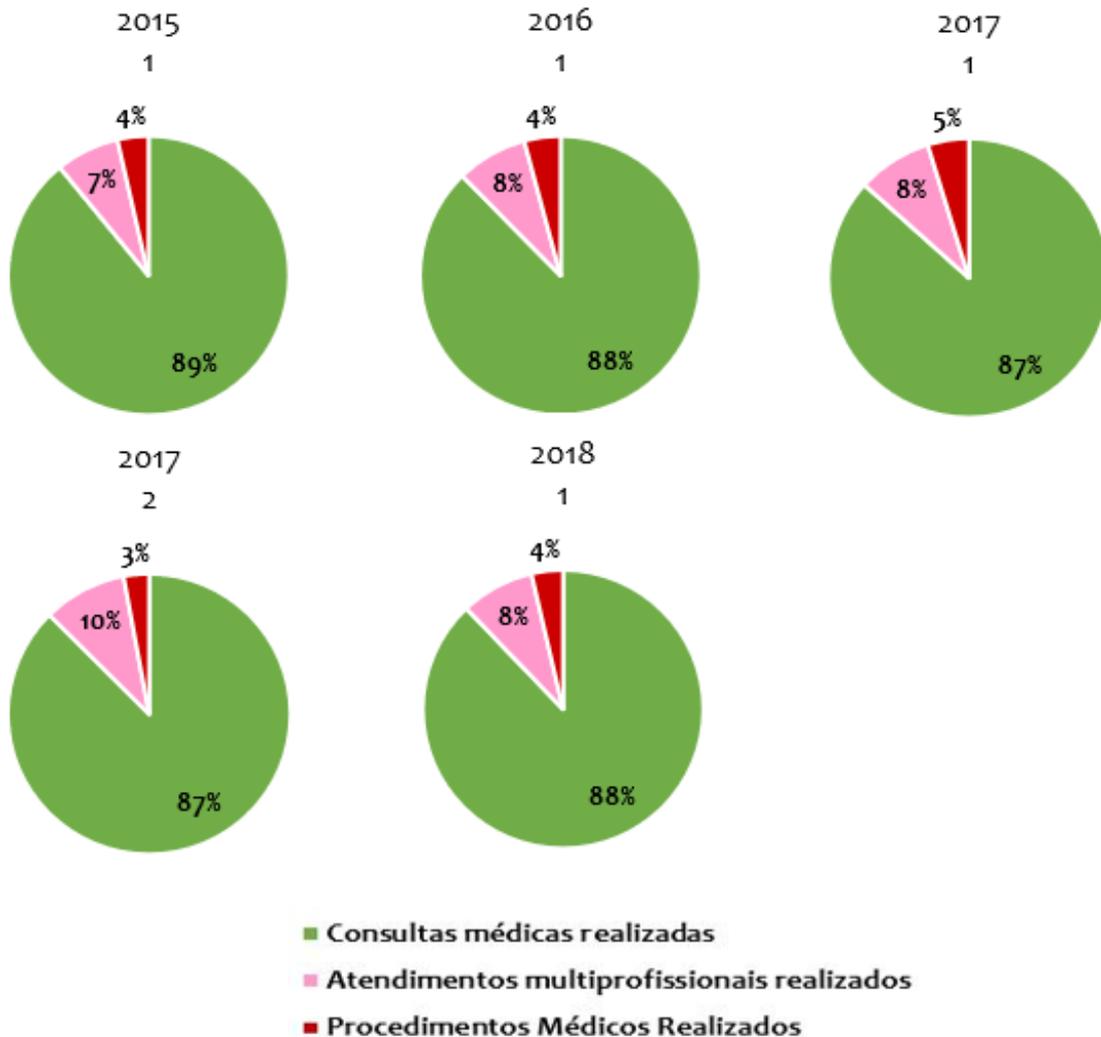
Figura 7 – Renovação de receitas médicas no Serviço de Atenção Primária do HCPA - período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

A figura 7 mostra que, além de consultas, o atendimento contempla também a renovação de receitas médicas de pacientes em uso de medicação contínua. Esse atendimento para renovação de receitas facilita o acesso do paciente e evita novas consultas médicas. Além disso, através da renovação de receitas, os médicos conseguem monitorar os pacientes, sem gerar descompensações no tratamento de saúde. Ao mesmo tempo, é possível uma busca ativa dos pacientes que estão há mais de 6 meses sem consultar o seu médico.

Figura 8 – Consultas médicas e multiprofissionais no Serviço de Atenção Primária do HCPA – período de 2015 a 2018, Porto Alegre/RS.



Fonte: produzido pela autora.

Na figura 8 pode-se observar que o percentual de atendimentos multiprofissionais realizados (atendimentos em enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia), assim como as consultas e os procedimentos médicos realizados, se mantiveram constantes, entretanto com valores bastante distintos entre si. Isso demonstra a necessidade de uma maior oferta de consultas multidisciplinares associadas à implementação de protocolos assistenciais, para que seja compartilhado o cuidado não apenas da saúde materno-infantil, mas também das doenças crônicas não transmissíveis. Existem dificuldades tanto do ponto de vista estrutural (número de salas), quanto de recursos humanos, com períodos de

descontinuidade nos atendimentos devido aos afastamentos por licença saúde e maternidade, além de reduzida equipe de enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de APS/HCPA vem, desde setembro de 2017, implementando mudanças na forma de agendamento, com implantação do AA. Esse novo formato tem possibilitado um maior número de consultas agendadas em um período de até 72 horas, por telefone, e reduzido o absenteísmo, o que leva a uma otimização dos recursos disponíveis.

Outro aspecto avaliado neste estudo foram os “indicadores de balanço”, ou seja, indicadores que podem vir a ser desequilibrados pela mudança proposta, no caso, o acesso avançado. Foram utilizados como indicadores balanço os encaminhamentos para outras especialidades e para os serviços de emergência e o número de exames complementares solicitados por consulta médica. É difícil avaliar os dois primeiros indicadores, devido ao formato de coleta (heterogênea e não padronizada). Entretanto, o indicador relacionado aos exames complementares mostrou-se inalterado, o que aponta para um menor risco de sobreinvestigação e sobrediagnóstico decorrente de uma possível perda de longitudinalidade no cuidado, aspecto importante a ser considerado, principalmente em uma população cadastrada com 40.000 pessoas.

Outro ponto a ser salientado é a diferença percentual nas consultas ofertadas pelas diversas profissões de saúde no serviço de APS/HCPA. Existe uma necessidade premente de aumentar o atendimentos multidisciplinar, não só nos programas de saúde materno-infantil, coleta de Papanicolaou, mas também e, fundamentalmente, para o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, os quais apresentam uma prevalência importante na área de atuação do serviço de APS/HCPA.

Por fim, os desafios para qualificar o acesso aos serviços de APS são gigantescos, como mostram as avaliações nacionais e internacionais (OLIVEIRA et al., 2007; HARZHEIM, 2007; HARZHEIM et al., 2007; BELARDI et al., 2004; BUNDY et al., 2005; CAMERON et al., 2010; CHOMATAS et al., 2013). Propor o redesenho de entradas das pessoas pelo acesso avançado é uma tarefa árdua, principalmente em áreas com grande população. Constituir lista de pacientes, readequar oferta de

consultas e equipes de saúde, utilizar recursos de telemedicina, desenvolver protocolos assistenciais para um atendimento multidisciplinar efetivo são alguns dos desafios interpostos, os quais devem ser superados de forma planejada, sistemática e com apoio local e dos gestores dos diversos níveis.

REFERÊNCIAS

ASFOR, Ana Tereza Parahyba; SHINKI, Michelle Prudencio; CAVALLARI, Ana Beatriz; FREITAS, Hermany Capistrano; SHINKAI, Hiroki. **Implantação do acesso avançado como medida resolutive ao absenteísmo às consultas programadas**. Gramado, 2014. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1664>>.

BELARDI FG; WEIR S; CRAIG FW. **A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center**. Fam Med, 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129381>>.

BLUMENTHAL, D, Mort E, Edwards J. **The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups**. Health Service Research 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (acesso em 16-01-2018).

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. **Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, 2002.

BUNDY DG; RANDOLPH GD; MURRAY M; ANDERSON J; MARGOLIS PA. **Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project**. Pediatrics, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15995036>>.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística - Princípios e Aplicações**. São Paulo: ArtMed, 2004.

CAMERON S; SADLER L; LAWSON B. **Adoption of open-access scheduling in an academic family practice**. Can Fam Physician, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939120>>.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná S. **Population-based study of the epidemiology of diagnostic test ordering**. Rev. Saúde Pública vol.40 no.2 São Paulo Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000200015&script=sci_arttext&tlng=en>.

CARSON D; CLAY H; STERN R; McIntosh K; **Urgente-care – a practical guide to transforming same-day care in general practice**. Lewes: Primary Care Foundation, 2009. Disponível em: <

https://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/Reports_and_Articles/Urgent_Care_Centres/Urgent_Care_May_09.pdf>.

CASTRO RCL. de. **Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre** [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia; 2009.

CHOMATAS, Eliane; VIGO, Alvaro; MARTY, Inês; HAUSER, Lisiane; HARZHEIM, Erno. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba**, 2013. Disponível em: <
<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/828/587>>.

SCOREL S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Magalhães R, Senna M de CM. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados**. 2nd ed. Brasília: MS; 2005.

FALK, Maria Lúcia R; FALK, João Werner; OLIVEIRA, Francisco Arsego; MOTTA, Marta Silvana. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde**. 2010. Disponível em:
<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (acesso em 16-01-2018).

GIOVANELLA L; SCOREL S; MENDONÇA MHM de. **Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório final Florianópolis**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369041>>.

HARZHEIM E; DUNCAN BB; OLIVEIRA MMC; AGOSTINHO M. **Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária -PCATool-Adulto**, 2007. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>.

HARZHEIM E. **Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária – Sua utilização no Brasil**. Entrevista. Brasília: Revista Brasileira de Saúde da Família – Ministério da Saúde, 2007.

KOLLING, João Henrique Godinho. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base** [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2008. Acessível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira; SILVA, Maria Rejane Ferreira; CARVALHO, Eduardo Maia Freese; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; BRITO, Ederline Suelly Vanini; BRAGA, João Paulo Reis. **Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife**, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>>.

MACINKO J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. **Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil**. Int J Health Plann Manage, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MURRAY M, TANTAU C: **Same-Day appointments: exploding the access paradigm**. Fam Pract Manag 2000.

NATIONAL PHYSICIAN SURVEY, 2007. **National results by Province**. Disponível em: <<http://nationalphysiciansurvey.ca/surveys/2007-survey/2007-results/>>.

NATIONAL PHYSICIAN SURVEY. **Same-day care for patients with urgent problems**. Can Fam Physician, 2008.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanele: **Access to healthcare in the family health strategy: balance between same day access and prevention/health promotion**. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/en_0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>.

NUNES, E.D. **Sobre a história da Saúde Pública: ideias e autores**. Ciênc. Saúde Colet., n.5, 2000.

O'HARE, C. Dennis; CORLETT, John. The outcomes of Open-Access Scheduling. Fam Pract Manag, 2004. Disponível em: <<https://www.aafp.org/fpm/2004/0200/p35.html>>.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; HARZHEIM, Erno; RIBOLDI, João. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

OMS. Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Acessível em: <https://www.opas.org.br/>.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

ROSE KD; ROSS JS; HORWITZ LI. **Advanced access scheduling outcomes: a systematic review.** Arch. Intern. Med., 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518935>>.
SALISBURY C; BANKS J; GOODALL S; BAXTER H; MONTGOMERY A; POPE C, et al. **An evaluation of Advanced Access in general practice: final report.** Bristol: NHS, 2007. Disponível em: < http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1310-070_V01.pdf>.

SCHOEN C; OSBORN R; DOTY MM; BISHOP M; PEUGH J; MURUKUTLA N; **Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries,** 2007. Health Aff (Millwood). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978360>>.
SMOLLER M. **Telephone calls and appointment requests. Predictability in an unpredictable world.** HMO Pract, 1992. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10119852>>.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; 2002.
STARFIELD, Barbara. **Primary Care: concept, evaluation and policy.** New York: Oxford University Press, 1992.

STEINBAUER, Jeffrey R. **Implementing Open-Access Scheduling in an Academic Practice.** Fam Pract Manag, 2006. Disponível em: <<https://www.aafp.org/fpm/2006/0300/p59.html>>.

VAN STRALEN CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2008.

VIDAL, Tiago Barra. **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.

<https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html>

