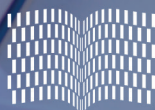


Paula Martina da Silva Araújo Nunes
Erno Harzheim
Alisia Helena Weis

**Manual de apoio para gerentes
da Atenção Primária à Saúde:
acesso de primeiro contato**



Editora da
UFCSPA

**Manual de apoio para gerentes da
Atenção Primária à Saúde:**
acesso de primeiro contato

Porto Alegre

2023

**Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre**

Reitora

Lucia Campos Pellanda

Vice-reitora

Jenifer Saffi

**Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e
Assuntos Estudantis (PROEXT)**

Mônica Maria Celestina de Oliveira

EDITORA DA UFCSPA

Diretora

Ana Rachel Salgado

Vice-diretor

Rodrigo de Oliveira Lemos

Conselho Editorial

Alberto Antônio Rasia Filho

Ana Luíza Pires de Freitas

Ana Rachel Salgado

Caroline Tozzi Reppold

Cláudia de Souza Libânio

Karin Viegas

Márcia Vignoli-Silva

Melissa Medeiros Markoski

Paulo Guilherme Markus Lopes

Revisão

Guilherme Lessa Bica Machado

Diagramação

Caroline Guedes Peracchi

Capa (arte original)

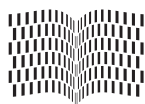
Caroline Guedes Peracchi

Foto da capa

Dandi Albuquerque

Paula Martina da Silva Araújo Nunes
Erno Harzheim
Alisia Helena Weis

**Manual de apoio para gerentes da
Atenção Primária à Saúde:
acesso de primeiro contato**



Editora da
UFCSPA

Porto Alegre
2023

É permitida a reprodução sem fins lucrativos apenas do texto escrito desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br/editora).

O presente livro foi avaliado e recomendado para publicação por pareceristas e aprovado pelo Conselho Editorial da Editora da UFCSPA para publicação.



**Associação Brasileira
das Editoras Universitárias**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N972m Nunes, Paula Martina da Silva Araújo.
Manual de apoio para gerentes da Atenção Primária à Saúde: acesso de primeiro contato [recurso eletrônico] / Paula Martina da Silva Araújo Nunes, Erno Harzheim e Alisia Helena Weis. – Porto Alegre : Ed. da UFCSPA, 2023.
Recurso on-line (84 p.).

Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>

ISBN 978-65-87950-70-9

1. Gestão em Saúde; 2. Saúde Pública. 3. Atenção Primária à Saúde; 4. Avaliação em Saúde; 5. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. I. Nunes, Paula Martina da Silva Araújo. II. Harzheim, Erno. III. Weis, Alisia Helena. IV. Título.

CDD 614

CDU 614

Elaborada por Elisete Sales de Souza - CRB 10/1441
Biblioteca Paulo Lacerda de Azevedo - UFCSPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

AUTORES:

Paula Martina da Silva Araújo Nunes
Erno Harzheim
Alisia Helena Weis

SUMÁRIO

Apresentação	9
Eixo I – Informações administrativas	19
Eixo II – Vinculação de pessoas às equipes	23
Eixo III – Avaliação e monitoramento	27
Eixo IV – Processo de trabalho	35
Eixo V – Organização da demanda	43
Eixo VI – Educação permanente/formação profissional	69
Eixo VII – Ferramentas digitais	71
Considerações finais	75
Referências	77

APRESENTAÇÃO

Este *Manual de apoio para gerentes da Atenção Primária à Saúde - acesso de primeiro contato* é fruto da dissertação do Mestrado Profissional de Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), defendida pela autora Paula Martina da Silva Araújo Nunes, contendo colaboração dos demais autores. O livro reúne um conjunto de orientações que poderão auxiliar os gerentes na abordagem sobre o acesso em uma unidade de saúde, cujo material foi construído após uma revisão integrativa da literatura, a qual mostrou que tal acesso é o atributo que requer a maior atenção, além de um fortalecimento na avaliação dos gerentes através do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool – PCAT).

Em seguida, buscou-se compilar estratégias, ferramentas e ações para a ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) através da análise documental de instituições como o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), além da busca por teses, dissertações e evidências em repositórios institucionais de universidades federais. A construção e a organização deste *Manual de apoio* ocorreram a partir da organização dos resultados em eixos,

utilizando como referência as proposições de Donabedian (estrutura, processo e resultado) e a abordagem de Starfield sobre capacidade e desempenho para a medição da Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificação dos serviços de saúde⁽¹⁾.

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

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

A APS oferta o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, sendo responsável pela atenção aos mais diversos problemas, comuns e pouco definidos. Isso garante o encaminhamento para os demais níveis de atenção, quando alcança sua capacidade de resposta. Starfield reconhece a APS através dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Um serviço provedor de APS deve apresentar os atributos essenciais de forma que a APS possa ser ainda mais qualificada quando apresentar também os atributos derivados⁽¹⁾.

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

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

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

Sobre este Manual

Qual o objetivo? Oferecer orientações aos gerentes de unidades de saúde da APS para a qualificação do acesso de primeiro contato.

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

A quem se destina? Aos profissionais gerentes da APS, que atuam na “ponta”, ou seja, estão exercendo diretamente suas funções nas uni-

dades de saúde da APS em atividades de gestão. Em algumas regiões brasileiras, esse profissional também é conhecido como coordenador ou diretor de unidade. Tais profissionais, fundamentais para a organização das equipes e para a ampliação do acesso, são atores importantes para um processo de mudança – o que é um desafio para a maioria dos gerentes que estão à frente das unidades de saúde.

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

Assim, este *Manual* foi organizado a partir de elementos essenciais e complementares, distribuídos em sete eixos, com base no componente “acesso do PCAT” (Figura 1). Os itens desse componente visam⁽³⁾:

1. conhecer se o serviço ou profissional de referência é o primeiro a ser procurado para consultas, a cada novo problema ou um novo episódio do mesmo problema;

2. conhecer se o serviço ou profissional de referência é o único meio de encaminhamento para um especialista ou demais níveis de atenção;

3. avaliar a capacidade do serviço de referência de atender as pessoas no mesmo dia;

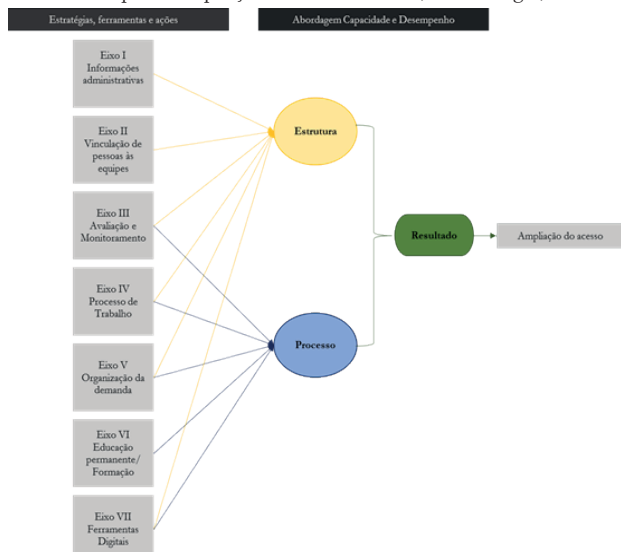
4. avaliar a capacidade do serviço de referência de oferecer orientações de forma rápida e não presencial (telefone, WhatsApp, Telegram, WeChat, Skype, Hangouts, *e-mail*);

5. avaliar a capacidade do serviço de referência de disponibilizar formas de contato não presencial com algum profissional do serviço, quando o serviço está fechado durante a noite ou final de semana;

6. avaliar a capacidade do serviço de oferecer marcação de consultas de revisão e acompanhamento;

7. avaliar a capacidade do serviço de oferecer prontamente uma consulta com médico ou enfermeiro, com tempo de espera inferior a 30 minutos.

Figura 1 – Abordagem Capacidade e Desempenho através de ações, estratégias e ferramentas para a ampliação do acesso na APS, Porto Alegre, 2020



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Elementos essenciais: os dez passos que contribuem para a ampliação do acesso na APS

1º Passo. Vincular as pessoas às equipes através do cadastramento e da lista de pacientes. Para o cadastro, é necessário o número do CPF ou o Cartão Nacional de Saúde (CNS) válido, emitido no portal do DATASUS. O cadastro rápido também é considerado válido e é feito apenas com o CPF do usuário. Organize a lista de pessoas que estão sob responsabilidade de cada equipe, levando em consideração critérios de vulnerabilidade social e a realidade local, além do quantitativo populacional, dados e informações epidemiológicas (Eixo II).

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

3º Passo. Assegurar que o modelo de agendamento tenha um equilíbrio entre consultas agendadas e demanda espontânea. Existem modelos de agendamento que não diferenciam consultas de urgência clínica de consultas de seguimento e de rotina. A adequação do modelo de agendamento está relacionada com o tamanho de painel e com a pressão assistencial do serviço. Procure adequar conforme sua realidade, priorizando o uso do modelo *carve-out*, com reserva de 50% de consultas para demanda espontânea ou acesso avançado, garantia de que o atendimento será realizado no dia ou em até 48 horas (Eixo V).

4º Passo. Ampliar o horário de funcionamento do serviço. Mantenha o serviço aberto durante todo o horário de funcionamento,

sem fechamento para almoços e reuniões de equipe. Inclusive, avalie a possibilidade de abertura durante a noite e no sábado/domingo⁽¹⁾. Para as unidades com horário ampliado ou Programa Saúde na Hora, a escala deve garantir a totalidade das categorias profissionais durante todo o horário e funcionamento, além de adequação da carga horária para abertura de cinco horas no sábado/domingo (Eixo V).

5º Passo. Disponibilizar formas de contato não presencial.

Ferramentas como telefone, WhatsApp, Telegram, WeChat, Skype, Hangouts, *e-mail*, entre outras, devem estar disponíveis para se realizar consultas, oferecer orientações de forma rápida ou para assessorias urgentes quando o serviço está fechado durante a noite ou nos finais de semana. Ferramentas digitais contribuem para outras formas de agendamento e para a realização de teleconsulta, através da gestão da agenda, de planejamento e de pactuações com os profissionais que podem realizar consultas não presenciais (Eixo VII).

6º Passo. Avaliar e monitorar o sistema de agendamento, com flexibilização dos tempos de consultas conforme perfis de oferta e demanda na APS e na carteira de serviços. As agendas podem variar conforme a necessidade da população e a categoria profissional, e as consultas podem ser organizadas por tipo e tempo de acordo com a demanda, através de consultas programadas, rápidas, intermediárias e estendidas, com tempos de 5, 10, 20 ou 30 minutos (Eixo V).

7º Passo. Criar fluxogramas de direcionamento dos usuários dentro do serviço. Organize o fluxo de direcionamento das pessoas

¹ A PNAB orienta que “O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado”. Ainda, o Ministério da Saúde, através do programa Saúde na Hora (Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020), busca ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, por meio do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), em horário estendido, inclusive aos finais de semana.

que acessam o serviço e a definição dos papéis de cada profissional. É imprescindível que todos da equipe tenham conhecimento sobre o funcionamento da unidade (Eixo IV).

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

9º Passo. Reduzir o tempo de espera para marcação e realização de consultas com médico, enfermeiro e dentista. As consultas de revisão e acompanhamento não podem prejudicar as demais demandas por atendimento. O serviço deve ter capacidade de atendimento das pessoas no dia, ou no máximo agendadas para 15 dias (os casos não urgentes). O tempo de espera para realização de consultas² deve ser de no máximo 30 minutos, através da oferta de horários de atendimento, em substituição às senhas, permitindo que as pessoas façam outras coisas até a sua hora marcada (EixoV).

10º Passo. Conhecer os protocolos e fluxos de encaminhamento para especialistas e demais níveis de atenção. O serviço ou o profissional de referência da APS deve ser o primeiro a ser procurado para consultas, a cada novo problema ou um novo episódio do mesmo problema, e este deve estar organizado e integrado com a Rede de Atenção à Saúde (Eixo IV).

² De acordo com recomendação do PCAT, tal premissa é válida para as consultas espontâneas e para as agendadas. Pessoas com consultas agendadas não devem esperar mais que 30 minutos em casos de atrasos de atendimento. Já aquelas com horários de atendimento, em substituição às senhas, permitindo que as pessoas façam outras coisas até a sua hora marcada (Eixo V).

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

1º Passo. Manter a população informada. Próximo à entrada da unidade, disponibilize, de forma clara e de fácil visualização, informações sobre horário de funcionamento, mapa de abrangência e cobertura das equipes ou lista de pacientes, bem como o detalhamento da escala dos profissionais e a carteira de serviços (Eixos I e II).

2º Passo. Monitorar os cadastramentos e manter os dados e informações das pessoas atualizadas. Os cadastros válidos, assim como as inconsistências, podem ser verificados no e-Gestor (Eixo II).

3º Passo. Avaliar o desempenho e os resultados do serviço. A avaliação de indicadores e o “carteirômetro”, através do registro correto dos prontuários e sistemas de informação, possibilitam avaliar se o serviço está sendo resolutivo e medir as ações, os procedimentos realizados e a organização dos processos de trabalho (Eixo III).

4º Passo. Estimular o trabalho e o fortalecimento entre equipes. A equipe deve ser capaz de organizar a gestão do tempo dos atendimentos e o compartilhamento de atendimentos multiprofissionais através de protocolos clínicos (Eixos IV e VI).

5º Passo. Estimular a participação das pessoas que usam o serviço. É importante pactuar mudanças e discutir os processos de trabalho com as pessoas que realmente utilizam os serviços. Além disso, faz-se necessário informar diariamente para as pessoas que estão no serviço, enquanto aguardam atendimento, sobre o funcionamento e a organização do local (Eixo V).

EIXO I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

1.1 Próximo à entrada da unidade de saúde (Recepção)

Afixe em um local de fácil visualização e de forma clara e concisa:

- a identificação do serviço prestado;
- o horário de funcionamento;
- o mapa de abrangência com a cobertura de cada equipe ou lista de pacientes;
 - a carteira de serviços com a oferta de todas as ações, serviços e procedimentos que são disponibilizados na unidade de saúde;
 - a identificação do gerente/coordenador/diretor responsável pela unidade de saúde;
 - o detalhamento da escala de atendimento de cada equipe vinculada à unidade de saúde.

Carteira de Serviços

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

Informações importantes para o gerente

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

visualização, a oferta de serviços que a unidade que gerencia oferece para as pessoas.

Quadro 1 – Exemplo de divulgação de serviços ofertados, Porto Alegre, 2020

ESTA UNIDADE OFERTA OS SEGUINTE SERVIÇOS	
★	VIGILÂNCIA EM SAÚDE ✓ Elenque a relação de serviços acompanhados pela equipe. Ex.: investigação de óbito infantil, fetal e de mulheres em idade fértil, etc.
★	PROMOÇÃO DA SAÚDE ✓ Elenque a relação de serviços acompanhados pela equipe. Ex.: promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuado até dois anos ou mais, estímulo à adoção de hábitos saudáveis, etc.
★	ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NO ADULTO E NO IDOSO ✓ Cuidados e atenção à saúde da mulher. Ex.: assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, manejo de problemas ginecológicos, violência contra a mulher, rastreamento para câncer do colo do útero e da mama, etc. ✓ Cuidados e atenção à saúde do idoso. Ex.: atendimento domiciliar para pessoas idosas restritas ao lar, identificação e acompanhamento de pessoa idosa vulnerável, etc. ✓ Atenção e cuidados em saúde do adulto. Ex.: identificação, manejo e acompanhamento de pessoas com diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, tabagismo, etc.
★	ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE ✓ Ex.: acompanhamento de distúrbios nutricionais como baixo peso, desnutrição, obesidade e sobrepeso. ✓ Rastreamento em saúde da criança. Ex.: teste do Pezinho, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, etc.
★	PROCEDIMENTOS NA APS ✓ Elenque a relação dos procedimentos realizados na unidade de saúde que gerencia. Ex.: vacinas, coleta de citopatológico do colo uterino, curativos, sondagem vesical de demora e de alívio, etc.
★	ATENÇÃO E CUIDADOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL ✓ Divulgue os procedimentos clínicos e de promoção relacionados à Saúde Bucal. Ex.: aplicação tópica de flúor, escovação dental supervisionada, restaurações dentárias, radiografias, etc.
★	ATENÇÃO E CUIDADOS RELACIONADOS À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ✓ Informe para a população se a unidade de saúde oferta algum atendimento por outros profissionais além da equipe mínima, como fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

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

EIXO II - VINCULAÇÃO DE PESSOAS ÀS EQUIPES

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

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

2.1 Adscrição de pessoas às equipes (Cadastramento)

O cadastramento é o registro da pessoa no SUS e serve para ajudar a identificar as pessoas que estão vinculadas a uma unidade de saúde. Além disso, facilita a busca ativa dessas pessoas quando necessário.

► Informações importantes para o gerente

- Modalidades indicadas para registro das informações de cadastro:
 - ◆ Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS);
 - ◆ Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
 - ◆ ou sistemas próprios/terceiros.

Atenção: identifique qual o método de registro utilizado no seu município.

- Para o cadastro, é necessário o CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) válido, emitido no portal do DATASUS.
- Mantenha todos os dados atualizados, inclusive endereço e telefones.
- O cadastro rápido também é considerado válido e é feito apenas com o CPF do usuário.
- Estimule o cadastramento completo do cidadão pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por qualquer outro profissional da equipe, utilizando as fichas CDS ou o aplicativo e-SUS AB Território.
- Vincule o cidadão a uma equipe de saúde de sua escolha, independentemente do território que ele resida. A partir disso, a equipe será responsável pelo acompanhamento da pessoa.
- Acompanhe os cadastros inconsistentes no e-Gestor AB através dos relatórios que informam o motivo pelo qual o cadastro não subiu para a base federal do SISAB.
- Acompanhe os cadastros válidos através do painel na página do e-Gestor, dentro do SISAB: quantidade por município, unidade de saúde e por equipe.

➤ Cadastro individual/familiar

- Sobre o cadastramento do território no domicílio.
 - ◆ Utilize fichas de cadastro individual e domiciliar: são mais amplas e registram mais informações.
 - ◆ O ACS deve realizar o cadastramento de pessoas rotineiramente, durante visita de acompanhamento/monitoramento, a partir da identificação de uma nova pessoa que deseja se vincular ao serviço e que esteja dentro dos critérios definidos pela gestão municipal.
 - ◆ Os demais profissionais da equipe (médico, enfermeiro, dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem/Saúde Bucal) podem realizar o cadastramento de pessoas durante visita/atendimento domiciliar ou conforme organização da equipe e do serviço.
- Sobre o cadastramento do cidadão na unidade de saúde.
 - ◆ Pode ser realizado por qualquer profissional que tenha acesso à documentação necessária apresentada pela pessoa que deseja ser vinculada àquela equipe ou serviço, através da funcionalidade “Cadastro do Cidadão”, com informações individuais e simplificadas através do PEC.
 - ◆ O cadastramento individual e domiciliar também pode ser realizado na unidade de saúde.

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

➤ Lista de pacientes

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

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

EIXO III - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O Eixo III oferece orientações sobre como conhecer, avaliar e monitorar a oferta e a demanda dos serviços e o tamanho de painel, monitorar as ações e processos de trabalho das equipes através da avaliação do desempenho e indicadores. A avaliação do serviço pode ser realizada por meio da construção de indicadores e dados epidemiológicos locais, assim como pela utilização de instrumentos que possibilitam a avaliação do mesmo, como o PCAT (Primary Care Assessment Tool).

3.1 Oferta e demanda do serviço

Estimar a oferta e a demanda do serviço é fundamental para a ampliação do acesso e adequação da carga de trabalho. Conhecer o tamanho do painel das pessoas sob responsabilidade de cada profissional, contribui para o planejamento do cuidado, pois mostra a demanda dos usuários e identifica se problemas de acesso estão relacionados com o desempenho do profissional⁽¹⁶⁾.

No Brasil, o novo modelo de financiamento da APS sugere um quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe, de acordo

com a classificação geográfica do município, conforme o IBGE⁽¹⁴⁾.
Veja o quadro a seguir:

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

Classificação do município segundo o IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Saúde da Família (eSF)	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Atenção Primária (eAP) modalidade I-20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de Atenção Primária (eAP) modalidade II-30h
1 – Urbano	4.000	2.000	3.000
2 – Intermediário adjacente e rural adjacente	2.750	1.375	2.063
3 – Intermediário remoto e rural remoto	2.000	1.000	1.500

Fonte: Ministério da Saúde, 2019 (adaptado).

O quantitativo potencial serve para nortear a quantidade de cadastramentos por equipe. Uma equipe, no entanto, pode ter mais ou menos pessoas cadastradas, desde que não extrapole o teto do município. Ex.: um município urbano com 12 mil habitantes pode ter até três eSF com cobertura de 100% da população. Digamos que a Equipe 1 tenha 3.750 pessoas e a Equipe 2 tenha 4.000 pessoas. Nessas condições, a Equipe 3 pode ter até 4.250 pessoas, para não extrapolar o teto de 12 mil.

► Informações importantes para o gerente

- Identifique o quantitativo potencial de pessoas vinculadas por equipe da unidade de saúde que gerencia, conforme tipologia do município classificada pelo IBGE.

- Estime a oferta e a demanda por consultas da unidade de saúde que gerencia.
- Conheça o tamanho de painel de atendimentos das equipes da unidade de saúde que gerencia.
- Realize o cálculo de atendimentos das equipes, utilizando o método de cálculo do tamanho de painel para uma equipe mínima (Item B).
- Avalie e monitore o sistema de agendamento.

➤ Como estimar a oferta e a demanda por consultas

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

- Pressão assistencial: número médio de consultas ofertadas por dia = nº de consultas realizadas em um período de tempo/nº de dias trabalhados.

- Rotação: número de usuários novos atendidos diariamente pelo profissional de saúde = nº de consultas por dia/intensidade de uso repetido.

► **Método para cálculo do tamanho de painel para uma equipe mínima de Saúde da Família⁽¹⁸⁾**

Painel = (pressão assistencial do médico × dias trabalhados pelo médico por ano) + (pressão assistencial do enfermeiro × dias trabalhados pelo enfermeiro por ano)/intensidade de uso repetido.

Exemplo: o ano de 2020 teve 251 dias úteis, considerando as férias do profissional (30 dias, em um ano de trabalho). A média de consultas por usuário/anos 2,5 (RIPSA) é arredondada para 3. Número de atendimentos médicos/dia de 28 pessoas e atendimentos enfermeiros/dia de 20.

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

OU

Para conhecer o real painel atendido pela sua equipe, faça os cálculos das medidas de mensuração de demanda, conforme descrito anteriormente.

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

- Conheça a demanda não atendida da unidade de saúde, ou seja, o número de pessoas que deixaram o serviço semanalmente porque não conseguiram agendamento em data oportuna.

- ◆ Solicite que a recepção identifique e registre esse dado a cada pessoa orientada a retornar em outra data por falta de atendimento.

- ◆ Solicite que o profissional que realiza a primeira escuta ou acolhimento, identifique e registre esse dado a cada pessoa orientada a retornar em outra data por falta de atendimento.

- Realize periodicamente pesquisa de satisfação com as pessoas que utilizam o serviço, colhendo informações acerca da satisfação na marcação de consultas do serviço. Ex.: NPS (Net Promoter Score), que interpreta a avaliação do serviço na perspectiva dos usuários, ou PCAT (Primary Care Assessment Tool), que possibilita avaliar os atributos da APS, em especial o acesso de primeiro contato.

- Avalie a média de tempo de permanência das pessoas no serviço, desde a chegada até a saída.

- Trace estratégias para otimização do tempo quando há atrasos nos atendimentos, devido à queda de sistemas e *softwares*.

- Administre a agenda médica, de enfermagem e odontologia.
 - ◆ Priorize o tempo do médico para atendimento clínico direto, reduzindo demandas administrativas que podem ser realizadas por outros profissionais.

- ◆ Priorize o atendimento clínico do enfermeiro para condições crônicas, conforme estabelecido por protocolos institucionais.

- ◆ Priorize o atendimento odontológico para condições que requerem maior atenção, como as sinalizadas nos indicadores do pagamento por desempenho do Previner Brasil.

3.2 Avaliações do desempenho e resultados

➤ “Carteirômetro”

O “carteirômetro” é uma ferramenta que possibilita medir as ações e os procedimentos realizados nas unidades de saúde da APS.

Esta aferição é possível através dos dados que são registrados no e-SUS AB. É imprescindível que o gerente consiga analisar essas informações. Com base na relação de serviços da Carteira de Serviços disponíveis, organize o “carteirômetro”.

- Elenque a relação de serviços que deseja mensurar.
- Defina a frequência com que os dados serão analisados. Ex.: semanal, mensal, trimestral.
- Estimule e capacite os profissionais para que registrem de forma correta no e-SUS (PEC ou CDS) os códigos das respectivas ações e procedimentos predefinidos.
- Analise as principais ações/procedimentos por Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
 - ♦ Ex.: atendimento de pré-natal por médico e enfermeiro, Teste do Pezinho pelo técnico de enfermagem, visita domiciliar pelo ACS, primeira consulta odontológica pelo dentista, etc.

► Definição de indicadores que auxiliam na avaliação do processo de trabalho

A seguir, alguns exemplos que expressam o desempenho dos processos durante um determinado período, embora não sejam limitantes:

- o tempo médio de espera para agendamento e realização da consulta;
- a proporção entre as diferentes ofertas de agendamento (ações programáticas e demandas espontâneas);
- a proporção de faltosos às consultas agendadas;
- a proporção de usuários que chegam atrasados às consultas agendadas.

► Monitoramento dos indicadores relacionados ao financiamento da APS

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

- Estimule o registro adequado das informações no e-SUS AB.
- Acompanhe com frequência a introdução de novos indicadores de pagamento por desempenho pelo Ministério da Saúde. Em 2020, havia sete indicadores iniciais⁽¹⁹⁾.

- ◆ Indicador 1: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.

- ◆ Indicador 2: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

- ◆ Indicador 3: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

- ◆ Indicador 4: cobertura de exame citopatológico.

- ◆ Indicador 5: cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente.

- ◆ Indicador 6: percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.

- ◆ Indicador 7: percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

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

EIXO IV – PROCESSO DE TRABALHO

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

4.1 Reuniões

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

► Informações importantes para o gerente

- Evite reuniões longas e pouco eficientes.

- Não faça reuniões nos dias ou turnos de maior procura pela unidade.
 - Evite fechar a unidade por longos períodos para realizar reuniões. Ex.: fechar todo um turno de trabalho, com longos períodos sem atendimento à demanda espontânea.
 - Articule com uma equipe estratégias para manter o serviço em funcionamento, enquanto outra equipe realiza reuniões para discussão de casos, visitas domiciliares, etc.
 - Defina a frequência e a duração para reuniões gerais com a participação de todos os funcionários.
 - ♦ A cada 15 dias, realizar reuniões com duração de duas horas. Sugestão 1: das 10h às 12h. Sugestão 2: das 13h às 15h. Sugestão 3: das 15h às 17h.
 - ♦ Uma vez por semana, realizar reuniões com duração de uma hora. Sugestão 1: das 11h às 12h. Sugestão 2: das 13h às 14h. Sugestão 3: das 16h às 17h.
 - ♦ Obs.: agende as reuniões nos horários em que há menor fluxo de pessoas no serviço.
 - Defina a frequência e a duração para reuniões de equipe.
 - ♦ Reunião semanal com duração de uma hora.
 - Equipe 1: terça-feira, das 11h às 12h.
 - Equipe 2: quarta-feira, das 11h às 12h.
 - Equipe 3: quinta-feira, das 11h às 12h.
 - ♦ Reunião quinzenal com duração de duas horas.
 - Equipe 1: terça-feira, das 10h às 12h.
 - Equipe 2: quarta-feira, das 10h às 12h.
 - Equipe 3: quinta-feira, das 10h às 12h.
 - ♦ Para unidades com mais de três equipes e horário estendido, intercale horários para reuniões de equipes no mesmo dia.
 - Equipe 1: terça-feira, das 10h às 12h.
 - Equipe 2: terça-feira, das 14h às 16h.

- Equipe 3: quarta-feira, das 10h às 12h.
 - Equipe 4: quarta-feira, das 14h às 16h.
 - Equipe 5: quinta-feira, das 12h às 14h.
 - Equipe 6: quinta-feira, das 14h às 16h.
- ♦ Para unidades com apenas uma equipe: uma hora semanal ou duas horas quinzenais dedicadas a reuniões de equipe; e uma hora semanal ou duas horas quinzenais para reuniões gerais.
- Sugestão 1: terça-feira, das 16h às 17h, reunião geral; quarta-feira: das 11h às 12h, reunião da equipe.
 - Sugestão 2: terça-feira, das 11h às 12h, reunião geral; quarta-feira, das 16h às 17h, reunião da equipe.
- Utilize as horas iniciais do turno da manhã e da tarde para atendimento à demanda espontânea.
 - Não realize as reuniões de equipe e as reuniões gerais na sequência, para que o serviço não permaneça fechado por longos períodos.
 - Evite reuniões nas segundas-feiras e sextas-feiras, pois são os dias nos quais normalmente há um maior acúmulo de demanda, devido ao fechamento da unidade durante o final de semana.
 - Analise quais os dias em que a unidade de saúde que gerencia tem maior demanda por atendimento, e adapte as sugestões dos horários conforme a realidade local, priorizando sempre manter os atendimentos nos horários em que há maior procura.
 - Informe à população em qual horário a unidade estará fechada para reunião geral e quais são os horários de reuniões de cada equipe.

► Reuniões gerais

- Permita a participação de todos os funcionários da unidade na reunião geral. Ex.: porteiros, higienização, profissionais da saúde e administrativos, etc.

- Organize previamente quais serão os principais assuntos que serão discutidos na reunião.
- Pactue previamente as regras e o contrato para organização e gestão do tempo da reunião.
- Analise quais temas e assuntos devem ser discutidos na reunião geral, conforme os exemplos a seguir:
 - ◆ reavaliar processos de trabalho;
 - ◆ rotinas da unidade;
 - ◆ informes;
 - ◆ planejamento de ações e reprogramação de atividades;
 - ◆ atualizações técnicas;
 - ◆ acolhimento;
 - ◆ planejamento de atividades educativas;
 - ◆ principais reclamações dos usuários;
 - ◆ fluxos internos da unidade.

► Reuniões de equipes

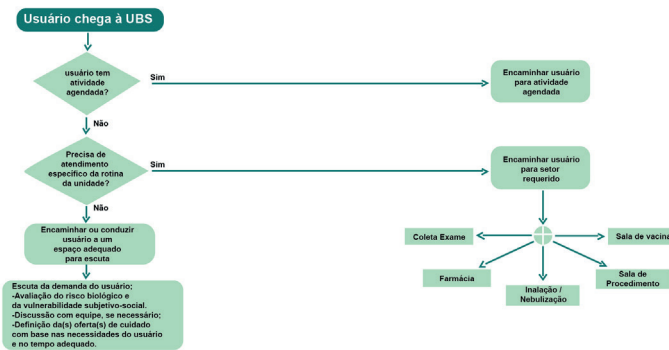
A seguir, apresentamos os assuntos que podem ser abordados nas reuniões de equipe:

- discussão de casos mais críticos e de grupos de risco e vulnerabilidade;
- análise de dados dos atendimentos: gestantes, crianças, hipertensos, etc;
- gerenciamento e organização da assistência;
- diagnóstico e análise da comunidade sob responsabilidade da equipe;
 - identificação de faltosos e organização de busca ativa;
 - análise dos indicadores;
 - supervisão e monitoramento das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

4.2 Fluxogramas de direcionamento dos usuários dentro do serviço

É importante que se defina, em conjunto com a equipe, o fluxo de direcionamento da pessoa que acessa o serviço e, de forma clara, os papéis de cada profissional. A seguir, há um exemplo de fluxograma de direcionamento dos usuários (Figura 2).

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



Fonte: Ministério da Saúde, 2011 (adaptado).

4.3 Trabalho em equipe

A seguir, apresentamos as ações que fortalecem o trabalho em equipe.

- Permita que os profissionais da mesma equipe atendam em salas próximas.
- Estimule o fortalecimento entre as equipes, para facilitar a gestão do tempo dos atendimentos e as alianças no processo de mudança. Assim, há o engajamento maior no clima de equipe, prática denominada “equipes-irmãs” e *team climate*.

- Estimule o compartilhamento de atendimentos multiprofissionais.
- Analise os principais motivos para consultas e identifique quais deles podem ser compartilhados com os demais profissionais (enfermeiro, dentista, equipe de enfermagem ou outros profissionais que componham a equipe), evitando que fiquem somente centrados no médico.
 - Conheça os protocolos multiprofissionais/clínicos que estão vigentes no município que atua.
 - ◆ Protocolos de enfermagem para ampliação clínica da consulta do enfermeiro nos atendimentos à demanda espontânea e a grupos prioritários.
 - ◆ Protocolos clínicos de solicitação de exames e prescrição de medicamentos por profissionais não médicos. Ex.: Practical Approach to Care Kit (PACK).
 - Organize o manejo e a eficácia do tempo.
 - ◆ Identifique atividades não assistenciais que demandam muito tempo e otimize o tempo dispensado. Ex.: matriciamento, atividades em grupo.
 - ◆ Reveja os tempos de consultas, estimulando atendimentos mais focados, reservando consultas mais longas para casos específicos. Ex.: saúde mental.
 - Avalie em conjunto com a equipe a possibilidade de manter o serviço ininterrupto, evitando fechamentos para horário de almoço. Para isso, divida os funcionários em duas equipes nos intervalos de almoço.
 - ◆ Equipe 1: almoço das 11h30 às 12h30.
 - ◆ Equipe 2: almoço das 12h30 às 13h30.
 - Conheça a Rede de Atenção à Saúde local.
 - ◆ Identifique profissionais especialistas que possam dar apoio aos profissionais da APS.

- ◆ Identifique serviços de urgência e emergência de referência para a unidade de saúde.

- ◆ Identifique o Centro de Referência de Assistência Social atrelado à unidade de saúde que gerencia.

- ◆ Conheça os protocolos e os fluxos de encaminhamentos para os demais níveis de atenção e rede ambulatorial.

EIXO V - ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

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

5.1 Acolhimento

O acolhimento é um dispositivo que possibilita a ampliação do acesso e que também está relacionado à satisfação do usuário. Ele está presente nos encontros entre profissionais e usuários, quando se recebem e se escutam as pessoas com construção de vínculo. O acolhimento pode ser uma postura, atitude e tecnologia do cuidado, e mecanismo de ampliação de acesso que exige uma reorganização do processo de trabalho. Todas as categorias profissionais devem estar capacitadas para escutar as pessoas e direcioná-las para local específico que possa atender à sua necessidade, independentemente se ela pertence a um grupo prioritário ou não, programando a agenda para o atendimento

da demanda espontânea. Isso exige reflexão da equipe sobre o conjunto de ofertas que atenda às necessidades da população⁽²⁰⁾.

5.2 Modelos de agendamento

Realizar mudanças no sistema de agendamento das unidades de saúde é um dos maiores desafios para a ampliação do acesso no Brasil. Há uma ampla nomenclatura na literatura internacional relacionada ao tema, mas foram identificados os cinco principais modelos de agendamento, divididos em duas categorias⁽¹⁸⁾.

- Modelos que diferenciam consultas de urgência clínica e consultas de rotina e seguimento^(16, 21, 22).

- ◆ Tradicional.

- Todas as vagas da agenda médica são preenchidas com consultas previamente agendadas, em sua maioria, solicitadas pelos usuários. No primeiro horário do dia, a agenda médica já se encontra cheia, “saturada”. Durante o dia, chegam casos de demanda espontânea que são inseridos na agenda, em forma de agendamento duplo (*double-booking*). O *slogan* deste sistema é: “fazer o último trabalho do mês, hoje”.

- ◆ *Carve-out*.

- Sistema de agendamento com reserva de vagas para consultas de urgência. Recomenda-se que sejam reservadas aproximadamente um terço das vagas diárias para cuidados agudos em saúde. O profissional de saúde pode ainda mensurar o número ideal de vagas a serem reservadas diariamente, conforme apresentado na organização da agenda médica. Nesse sistema, as consultas pré-agendadas são realizadas pelo médico de família e pela comunidade de referência do usuário. Já as consultas agendadas para o mesmo dia podem ser realizadas por outros médicos, de acordo com a disponibilidade na agenda desses profissionais. Dessa forma, as condições agudas são compartilhadas de modo

flexível entre os integrantes da equipe médica de um mesmo serviço. O *slogan* desse sistema é: “faça parte do trabalho de hoje, hoje”.

- Modelos em que não se diferenciam consultas de urgência de consultas de rotina ou seguimento^(16,21,22).

- ◆ Agendamento-dia.

- Nesse sistema, todas as consultas disponíveis são oferecidas para aquele dia. Os usuários não podem marcar a consulta com antecedência. Há um pico de marcação de consulta no período da manhã. Se o usuário solicita agendamento e não há mais vagas naquele dia, é orientado a tentar no dia seguinte.

- ◆ Acesso aberto.

- Não existem consultas agendadas. Os usuários chegam e aguardam até serem atendidos, podendo esperar por horas. Algumas adaptações são propostas para gerenciar situações inconvenientes e negativas, tais como: um sistema de ordenamento que ofereça aos usuários uma estimativa do horário de atendimento, permitindo que eles façam outras coisas e voltem no horário estimado; telefonar ou usar outra forma de comunicação para avisar o usuário da proximidade de seu horário de consulta; estabelecer estratégias para garantir a longitudinalidade do cuidado, com o médico de referência.

- ◆ Acesso avançado.

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

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

► Informações importantes para o gerente

- Identifique qual modelo de agendamento funciona atualmente na unidade de saúde que gerencia.
- Articule com a gestão municipal possibilidades de mudança no modelo de agendamento para viabilizar a ampliação do acesso.
- Discuta estratégias com as equipes para realizar a transição do modelo de agendamento vigente, de forma que o agendamento possibilite as condições descritas a seguir:
 - ◆ atendimento presencial na unidade a qualquer momento;
 - ◆ consultas oferecidas no mesmo dia, se for o desejo da pessoa;
 - ◆ redução do tempo de espera para o atendimento;
 - ◆ garantia do acompanhamento de demanda programada, ex.: pré-natal, puericultura;
 - ◆ possibilitar outras formas de agendamento que não sejam exclusivamente presenciais;
 - ◆ disponibilizar no mínimo 70% das consultas para demanda espontânea e 30% para consultas de demanda programada, para o caso de acesso avançado;
 - ◆ disponibilizar no mínimo 50% das consultas para demanda espontânea e 50% para demandas agendadas, para o caso de *carve-out*.

- Realize, em conjunto com as demais categorias profissionais (enfermeiro e dentista), a escala diária dos funcionários para: recepção, escuta inicial, procedimentos, atividades administrativas, atividades em grupo e visitas domiciliares.

- Identifique profissionais e qualifique-os para a primeira escuta e identificação das necessidades, direcionando para o profissional da respectiva equipe, e que consiga ser resolutivo à necessidade da pessoa.

- Todas as equipes devem estar preparadas para o atendimento das pessoas sob a sua responsabilidade e, em casos de necessidade, para o atendimento das pessoas sob responsabilidade das demais equipes.

- Caso esgote a capacidade de atendimento de uma determinada equipe, direcione a pessoa para a equipe que estiver disponível no momento, se o usuário desejar.

- Todas as equipes devem estar preparadas para atender todas as pessoas, independentemente de a demanda exigir atendimento imediato ou não.

- Estabeleça em conjunto com a equipe quais os atendimentos que deverão ter agendamento de consulta de retorno, lembrando que as demais pessoas devem retornar por demanda espontânea em momento oportuno. Ex.: gestantes, crianças menores de dois anos, idosos, portadores de deficiência.

- Não estabeleça dias específicos para atender determinados grupos e procedimentos. Possibilite que, em todos os dias, sejam oferecidos todos os serviços da sua carteira. Ex.: coleta de citopatológico, testes rápidos para ISTs, pré-natal, etc.

- Tenha instrumentos (planilhas, sistemas) que possibilitem a identificação de pessoas que devem realizar acompanhamento de seguimento e que não procuraram o serviço. Ex.: hipertensos, diabéticos, rastreamento de câncer de colo e de mama, etc.

- Em caso de impossibilidade de atendimento no mesmo dia.

♦ **Acesso avançado:** agende a pessoa para no máximo 48 horas ou oriente que retorne no dia que deseja atendimento. Reserve horários específicos para estas situações, dentro dos 30% de horários reservados.

♦ **Carve-out:** agende a pessoa para a semana seguinte ou para no máximo 15 dias.

- Se a pessoa não quiser ou não puder ser atendida no horário estabelecido, agende-a para até 48 horas/até 15 dias, conforme organização local do modelo de agendamento.

- Caso no dia estejam disponíveis os horários reservados para demanda programada, disponibilize-os para as demais pessoas que procuram o serviço no dia.

- Oferte horários de atendimento às pessoas, em substituição às senhas, permitindo que elas façam outras coisas até o horário do seu atendimento.

- Organize a escala de forma que tenha sempre alguém da equipe disponível, trabalhando com o apoio das demais equipes (equipes-irmãs) para as situações em que profissionais estejam dedicados às atividades não assistenciais, como reuniões, capacitações, atendimentos fora da unidade, etc.

- Organize o serviço para atender a população, assim como eventuais novos usuários do serviço de saúde, garantindo o cumprimento da demanda da pessoa (demanda externa) ou do profissional da saúde (demanda interna).

► Sugestões de formas de organizar as equipes

- Unidades com uma equipe.

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

♦ Para equipes com apenas um técnico/auxiliar de enfermagem, inclua outros profissionais na escuta inicial. Ex.: ACS, dentista, auxiliar/técnico em Saúde Bucal, enfermeiro, médico.

♦ Garanta a retaguarda do médico e do enfermeiro para apoio na escuta inicial.

- Unidades com duas ou mais equipes.

♦ Adequar o exemplo do tópico anterior, incluindo outras equipes para as unidades com mais de três equipes.

♦ Garanta a retaguarda do médico e do enfermeiro para apoio na escuta inicial.

Quadro 2 – Legenda dos quadros 3-7 com sugestões de organização do processo de trabalho, Porto Alegre, 2020

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 3 – Organização do processo de trabalho para equipes duplas sem Saúde Bucal, com horário de funcionamento das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, Porto Alegre, 2020

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Quadro 4 – Organização do processo de trabalho para unidades com duas equipes ou mais, com Saúde Bucal, com horário de funcionamento das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, Porto Alegre, 2020

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

► Unidades com horário estendido ou Programa Saúde na Hora

- USF 60h ou USF ou UBS 60h simplificado: com funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais.

♦ Opção 1: atendimento de 12 (doze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis na semana.

♦ Opção 2: atendimento de 11 (onze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 5).

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

USF 60 HORAS OU USF E UBS 60 HORAS SIMPLIFICADO- 7h às 18h							
ESCALA DA EQUIPE	CBO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA - FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 1 (7H-16H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT+ RE, 10h-12h	AT + OA tarde	AT, 7h-11h	AT
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT+ RE, 10h-12h	AT+ OA manhã	AT, 7h-11h	AT
	TE/AE	EI	EI+ RG, 11h-12h	EI até às 9h + VAC + RE, 10h-12h	EI	PRO, 7h-11h	VAC
	ACS	REC	VD+ RG, 11h-12h	VD+ RE, 10h-12h	REC	VD, 7h-11h	REC
eSF 2 (8H-17H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT	AT+ RE, 15h-17h	AT + OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT	AT+ RE, 15h-17h	AT + OA manhã	
	TE/AE	PRO + VAC até às 9h	VAC + PRO durante RE3 + RG, 11h-12h	PRO + VAC durante RE1	REC, 15h-17h	EI	
ACS	VD	REC+ RG, 11h-12h	VD	REC + RE, 15h-17h	REC		
eSF 3 (9H-18H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	AT	AT	AT + OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	AT + EI durante RE 1	AT	AT + OA manhã	
	TE/AE	VAC	EI+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	EI	PRO + VAC durante RE 2	VAC + PRO após às 11h	
	ACS	VD	VD+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	REC	REC	VD	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

• USF 60h com Saúde Bucal: funcionamento mínimo de 60 (sessenta) horas semanais.

♦ Opção 1: 12 (doze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis na semana.

♦ Opção 2: 11 (onze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 6).

- Informações importantes.

- ◆ Organize a escala dos profissionais de forma que, durante todos os horários de funcionamento da unidade, a totalidade das categorias profissionais esteja atendendo.

- ◆ Discuta e organize a escala com as equipes para abertura no final de semana.

- ◆ Avalie se há necessidade de todas as equipes trabalharem no sábado/domingo. Caso não tenha necessidade, reduza cinco horas da carga horária, de segunda a sexta-feira, das equipes escaladas para o final de semana, para que não ultrapassem 40 horas semanais.

Quadro 6 – Modelo de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 60 horas com Saúde Bucal, Porto Alegre, 2020

ESCALA DA EQUIPE	USF 60 HORAS COM SAÚDE BUCAL - SEG a SEX, das 7h às 18h, e SÁB ou DOM, das 8h às 13h						
	CBO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA - FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO OU DOMINGO
eSF 1 (7H-16H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT+ RE, 10h-12h	AT+ OA tarde	AT, 7h-11h	AT
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h		AT+ OA manhã	AT, 7h-11h	AT
	TE/AE	EI	EI+ RG, 11h-12h	EI até às 9h + VAC + RE, 10h-12h	EI	PRO, 7h- 11h	VAC
	ACS	REC	VD+ RG, 11h-12h	VD+ RE, 10h-12h	REC	VD, 7h-11h	REC
eSF 2 (8H-17H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT	AT+ RE, 15h-17h	AT+ OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h	AT	AT+ RE, 15h-17h	AT+ OA manhã	
	TE/AE	PRO + VAC até às 9h	VAC + PRO durante RE3 + RG, 11h-12h	PRO + VAC durante RE 1	VAC RE, 15h-17h	EI	
	ACS	VD	REC+ RG, 11h-12h	VD	REC + RE, 15h-17h	REC	
eSF 3 (9H-18H)	MÉDICO	AT	AT+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	AT	AT	AT+ OA tarde	
	ENFERMEIRO	AT	AT+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	AT + EI durante RE 1	AT	AT+ OA manhã	
	TE/AE	VAC	EI+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	EI	PRO + VAC durante RE 2	VAC + PRO após às 11h	
	ACS	VD	VD+ RG, 11h-12h + RE, 15h-17h	REC	REC	VD	
eSB 1 cobre as eSF 1 e 2 (7h-16h)	DENTISTA	AT	AT+ RG, 11h- 12h	AT+ 30 min RE1	AT+ 30 min RE 2 + OA tarde	AT até às 11h	AT
	TSB/ASB	AT	EI + RG, 11h - 12h	AT+ 30 min RE1	AT+ 30 min RE 2 + OA tarde	AT até às 11h	AT
eSB 2 cobre as eSF 2 e 3 (9h-18h)	DENTISTA	AT	AT+ RG, 11h- 12h + 30min RE3	AT+ OA tarde	AT+ 30 min RE 2	AT	
	TSB/ASB	AT	EI + RG, 11h - 12h + 30 min RE3	AT+ OA tarde	AT+ 30 min RE 2	AT	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

- USF 75h com Saúde Bucal: funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais.

- ◆ Opção 1: 15 (quinze) horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira, durante 5 (cinco) dias úteis na semana.

- ◆ Opção 2: 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 7).

- USF 75h com Saúde Bucal: funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais.

- ◆ Opção 1: 15 (quinze) horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira, durante 5 (cinco) dias úteis na semana.

- ♦ Opção 2: 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 7).

- SF 75h com Saúde Bucal: funcionamento mínimo de 75 (setenta e cinco) horas semanais.

- ♦ Opção 1: 15 (quinze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante 5 (cinco) dias úteis na semana.

- ♦ Opção 2: 14 (quatorze) horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 (cinco) dias úteis da semana, e 5 (cinco) horas aos sábados ou domingos (Quadro 7).

Quadro 7 – Modelo detalhado de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 75h com Saúde Bucal, Porto Alegre, 2020

USF 75 HORAS COM SAÚDE BUCAL - SEG a SEX, das 7h às 21h, e SAB ou DOM, das 8h às 13h																							
		SEGUNDA-FEIRA				TERÇA-FEIRA				QUARTA-FEIRA				QUINTA-FEIRA				SEXTA-FEIRA			SÁBADO OU DOMINGO		
		INTERVALO DE HORAS																					
EQUIPE	CBO	7h-12h	12h-15h	15h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-15h	15h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-10h	10h-12h	12h-14h	14h-16h	16h-21h	7h-12h	12h-16h	16h-21h	8h-13h
EQUIPE 1	MÉDICO	AT	AT	AT	RE	AT	OA			AT	AT	RG	AT		AT	OA	AT	AT*		AT			AT
	ENFERMEIRO	AT	AT	AT	RE	AT	AT			AT	OA	RG	AT		OA	AT	AT	AT*		AT			AT
	TE/AE	EI	EI		PRO	RE	PRO	PRO		VAC	EI	RG	VAC		EI	EI	EI	EI*		PRO			EI
	ACS	REC	REC		VD	RE	VD	VD		REC	REC	RG	VD		VD	VD	VD			REC			REC
EQUIPE 2	MÉDICO	AT	AT	AT	AT	AT	RE			AT	OA	RG	AT		AT	AT	OA	OA*		AT			AT
	ENFERMEIRO	AT	AT	AT	OA	AT	RE			AT	AT	RG	AT		AT	OA	AT	AT*		AT			AT
	TE/AE	PRO	PRO		EI	EI	EI	RE		PRO	VAC+PRO	RG	PRO		VAC	VAC	VAC	VAC*		EI			PRO + VAC
	ACS	REC	REC		VD	VD	VD	RE		REC	REC	RG	VD		REC	REC	VD	EI*		VD			VD
EQUIPE 3	MÉDICO	AT	AT	OA	AT	AT	AT			AT	RE	RG	OA		AT	AT	AT	AT		AT	AT		
	ENFERMEIRO	AT	AT	AT	AT	AT	AT			AT	RE	RG	EI		AT	AT	AT	AT		AT	AT		
	TE/AE	VAC	VAC		VAC	VAC+PRO	VAC	EI		EI	RE	RG	EI		PRO	PRO	PRO	PRO		VAC	VAC		
	ACS	VD	VD		REC	REC	VD	REC		VD	RE	RG	VD		REC	REC	VD	VD		REC	VD		
EQUIPE 4	MÉDICO		AT	AT		AT	OA	AT							RG	RE	AT			AT	OA	AT	
	ENFERMEIRO		AT	AT		AT	AT	OA+AT							RG	RE	AT			AT	AT	AT	
	TE/AE		EI	EI		VAC	VAC	VAC							RG	RE	PRO			VAC	EI	EI	
	ACS		VD	REC		VD	VD	VD							RG	RE	VD			REC	REC	REC	

(cont.)

Quadro 7 – Modelo detalhado de organização do processo de trabalho para equipes com Saúde na Hora, USF 75h com Saúde Bucal, Porto Alegre, 2020 (conclusão)

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

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

1º Passo. Conhecer a população que acessou o serviço nos últimos 18 meses (no mínimo, 60% da população). Estima-se que uma pessoa tenha de três a nove encontros por ano com o médico. Se não houver cuidado, 80% das consultas serão destinadas a 20% da população, que normalmente corresponde às pessoas que menos precisam⁽¹⁷⁾.

2º Passo. Calcular a demanda diária de atendimentos e moldar a demanda à capacidade do serviço.

3º Passo. Identificar o tamanho de painel à realidade local.

4º Passo. Desenvolver um plano de contingência.

- Identifique profissionais folguistas.
- Identifique profissionais que podem realizar hora extra.
- Identifique residentes que podem ser realocados. Algumas unidades possuem programas de residência. Verifique a possibilidade

de esses profissionais auxiliarem em casos de necessidade, ou articule a inclusão de residentes no serviço que gerencia.

5º Passo. Buscar apoio para a transição com a coordenação local da APS, com usuários e profissionais.

6º Passo. Definir os casos que farão parte da agenda protegida.

7º Passo. Organizar a agenda de transição.

8º Passo. Reduzir o acúmulo de trabalho negativo (atendimentos que são agendados para outros dias).

9º Passo. Classificar os atendimentos em apenas dois tipos: demanda espontânea e demanda programada.

10º Passo. Estabelecer uma data para que no mínimo 70% dos atendimentos sejam por demanda espontânea. Comece com 30% e vá aumentando gradualmente para 50% e 70% de atendimentos por demanda espontânea.

5.4 Organização da agenda

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

A gestão do tempo contribui para o uso racional e conhecimento da demanda, através do cálculo da intensidade de uso, da intensidade de uso repetido, da extensão de uso, da rotação e da pressão assistencial da população assistida, com controle da agenda e dos tempos de consulta (Eixo III). É imprescindível que isso ocorra, para evitar que se atenda

em maior quantidade quem menos precisa, garantindo, assim, o atendimento daqueles que mais precisam e que menos acessam o serviço⁽¹⁷⁾.

► Informações importantes para o gerente

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

► Sugestões para organização da agenda

A organização da agenda é um desafio para os profissionais da APS. Mendes caracterizou perfis de oferta e demanda na APS, através da identificação dos problemas mais frequentes e da oferta por meio da carteira de serviços⁽²⁶⁾. A partir disso, foram construídos tempos de consultas para cada tipo de perfil de demanda, conforme quadro a seguir ilustra:

Quadro 8 – Tempos de consultas relacionados aos perfis de oferta e demanda na APS, Porto Alegre, 2020

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

Fonte: MENDES, 2015, adaptado pelos autores.

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

Dessa forma, é imprescindível que toda a equipe adeque diariamente o tipo de consulta conforme a necessidade das pessoas, com o

objetivo de aumentar o acesso e a resolutividade da APS. Isso significa que consultas rápidas podem se transformar em consultas intermediárias, e estas, em consultas estendidas. Da mesma forma, consultas estendidas podem se transformar em consultas intermediárias, e estas, em consultas rápidas.

Um estudo mostrou que a quantidade de atendimentos teve um aumento significativo utilizando essa classificação (consultas rápidas, intermediárias e estendidas), além de ampliar a quantidade de atendimentos da enfermagem em 120% e mudar o perfil de consultas, passando para 99% de consultas no dia⁽²⁵⁾.

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

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

A seguir, há sugestões de agendas por categoria profissional que podem ser adaptadas conforme as características do serviço, respeitando a premissa do acesso avançado: “façam todo o trabalho de hoje, hoje”. Essas foram construídas com base em evidências.

- Em torno de 0,7 e 0,8% da população solicita atendimento diário por demanda espontânea⁽¹⁷⁾.

- Há uma estimativa de que, a cada 1.000 pessoas, 25% buscam atendimento médico mensalmente^(18,25):

- ♦ painel de 4.000 pessoas \times 0,8, estimativa de 32 consultas/dia e 1.000 consultas/mês;

- ♦ painel de 2.750 pessoas \times 0,8, estimativa de 22 consultas/dia e 687 consultas/mês;

- ♦ painel de 2.000 pessoas \times 0,8, estimativa de 16 consultas/dia e 500 atendimentos/mês.

- A estimativa de consultas/mês pode ser dividida com o enfermeiro, uma vez que, com a ampliação da clínica desse profissional, através de protocolos de enfermagem, muitas demandas podem ser resolvidas por ele.

- Os painéis não consideram o percentual da população que tem planos de saúde médico ou odontológico (28,5%)⁽²⁷⁾. Logo, se reduzirmos esse percentual, o quantitativo de consultas/dia diminuirá conforme perfil da população local.

As sugestões de agenda nos itens a seguir referem-se a um dia de trabalho integral e levam em consideração o período de férias. Porém, ajustes podem ser realizados conforme realidade local e contrato de trabalho, como liberações para estudos, capacitações e reuniões, entre outros. Os modelos de agenda sugeridos têm como objetivo facilitar a organização das atividades do gerente junto às equipes, e não excluem as atividades preventivas, de grupo ou de promoção da saúde. As equipes podem organizar atividades em grupo conforme perfil e demanda da população, respeitando o trabalho multiprofissional, com ênfase no cuidado centrado na pessoa.

5.5 Agenda médica

Conforme o exemplo a seguir, que considera o limite máximo de atendimentos do médico no dia, em um turno de oito horas de trabalho, podem-se realizar até 32 consultas para um painel de 4.000 pessoas. Desse total, 22% são reservados para demanda programada e 78% para demanda espontânea. As consultas médicas podem variar entre 28 e 32 consultas por dia para locais com painéis maiores, reforçando a importância de divisão das demandas com o enfermeiro, através de protocolos, o que reduz a pressão assistencial sobre o médico. Na agenda médica, é possível que um maior número de consultas seja rápido e intermediário, o que pode mudar conforme o tipo de demanda, tanto para mais quanto para menos. Isso garante também as consultas estendidas e programadas.

Para painéis menores, adapte o exemplo a seguir, diminuindo o número de consultas.

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

AGENDA MÉDICA – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8h	8h às 8h20	Consulta Programada	Puericultura
	8h20 às 8h25	Consulta Rápida	Aguda
	8h25 às 8h30	Consulta Rápida	Aguda
	8h30 às 8h50	Consulta Estendida	Enfermidades
	8h50 às 9h	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 9h	9h às 9h20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	9h20 às 9h30	Consulta Intermediária	Administrativas
	9h30 às 9h50	Consulta Estendida	Atenção preventiva
	9h50 às 10h	Consulta Intermediária	Generais e inespecíficas
Bloco das 10h	10h às 10h15	Pausa	
	10h15 às 10h20	Consulta Rápida	Aguda
	10h20 às 10h30	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	10h30 às 10h40	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	10h40 às 11h	Consulta Programada	Pré-natal
Bloco das 11h	11h às 11h10	Consulta Intermediária	Generais e inespecíficas
	11h10 às 11h30	Consulta Programada	Pré-natal
	11h30 às 12h	Consulta Programada	Autocuidado apoiado
12h às 13h	Intervalo para almoço	Almoço	

Quadro 10 – Sugestão de modelo de agenda para médico com painel de 4.000 pessoas, Porto Alegre, 2020 (continuação)

AGENDA MÉDICA – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
TARDE			
Bloco das 13h	13h às 13h20	Consulta Programada	Puericultura
	13h20 às 13h30	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	13h30 às 13h40	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	13h40 às 13h50	Consulta Intermediária	Enfermidades
	13h50 às 13h55	Consulta Rápida	Hiperutilizadores
	13h55 às 14h	Consulta Rápida	Aguda
Bloco das 14h	14h às 14h20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	14h20 às 14h30	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	14h30 às 15h	Administrativo	
Bloco das 15h	15h às 15h10	Pausa	
	15h10 às 15h20	Consulta Programada	Pré-natal
	15h20 às 15h25	Consulta Rápida	Aguda
	15h25 às 15h30	Consulta Rápida	Aguda
	15h30 às 15h40	Consulta Intermediária	Administrativas
	15h40 às 16h	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
Bloco das 16h	16h às 16h10	Consulta Intermediária	Enfermidades
	16h10 às 16h30	Consulta Estendida	Enfermidades
	16h30 às 17h	Demanda Programada	Autocuidado apoiado
	17h	Encerramento	

(cont.)

Quadro 10 – Sugestão de modelo de agenda para médico com painel de 4.000 pessoas, Porto Alegre, 2020 (conclusão)

AGENDA MÉDICA – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total de consultas manhã	Consulta Programada	4 consultas	16 consultas
	Consulta Rápida	3 consultas	
	Consulta Intermediária	6 consultas	
	Consulta Estendida	3 consultas	
Total de consultas tarde	Consulta Programada	3 consultas	16 consultas
	Consulta Rápida	4 consultas	
	Consulta Intermediária	6 consultas	
	Consulta Estendida	3 consultas	
Total de consultas dia	Consulta Programada	7 consultas	32 consultas
	Consulta Rápida	7 consultas	
	Consulta Intermediária	12 consultas	
	Consulta Estendida	6 consultas	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

5.6 Agenda do enfermeiro

Na agenda do enfermeiro, em um turno de oito horas de trabalho diário, podem-se realizar no máximo 29 consultas de enfermagem, sendo 24% das consultas reservadas para demanda programada e 76%, para demanda espontânea. Na rotina de trabalho desse profissional, é possível que o maior número de consultas seja de intermediárias e estendidas, devido à possibilidade de aumento dos atendimentos para condições crônicas e para programas do Ministério da Saúde, conforme protocolos locais. Esse número de consultas pode variar conforme o tipo de demanda, tanto para mais quanto para menos, garantindo também espaço para as consultas rápidas e programadas. Logo, o número pode ser reduzido para 20 consultas por dia, dependendo

da demanda por consultas estendidas e programadas para locais com grandes painéis.

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

AGENDA ENFERMEIRO – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8h	8h às 8h20	Consulta Programada	Puericultura
	8h20 às 8h25	Consulta Rápida	Aguda
	8h25 às 8h30	Consulta Rápida	Aguda
	8h30 às 8h50	Consulta Estendida	Atenção Preventiva
	8h50 às 9h	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 9h	9h às 9h20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	9h20 às 9h30	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	9h30 às 9h50	Consulta Estendida	Atenção Preventiva
	9h 50 às 10h	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
Bloco das 10h	10h às 10h15	Pausa	
	10h15 às 10h20	Consulta Rápida	Aguda
	10h20 às 10h40	Consulta Intermediária	Crônicos não agudizados
	10h40 às 11h	Consulta programada	Pré-natal
Bloco das 11h	11h às 11h10	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	11h10 às 11h30	Consulta Programada	Pré-natal
	11h30 às 12h	Consulta Programada	Autocuidado apoiado
12h às 13h	Intervalo para almoço	Almoço	
TARDE			
Bloco das 13h	13h às 13h20	Consulta Programada	Puericultura
	13h20 às 13h30	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	13h30 às 13h40	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	13h40 às 13h50	Consulta Intermediária	Enfermidades

(cont.)

Quadro 11 – Sugestão de agenda para enfermeiro, com painel de 4.000 pessoas, Porto Alegre, 2020 (continuação)

AGENDA ENFERMEIRO – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Bloco das 13h	13h50 às 13h55	Consulta Rápida	Hiperutilizadores
	13h55 às 14h	Consulta Rápida	Aguda
Bloco das 14h	14h às 14h20	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	14h20 às 14h30	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	14h30 às 15h	Administrativo	
Bloco das 15h	15h às 15h10	Pausa	
	15h10 às 15h20	Consulta Programada	Pré-natal
	15h20 às 15h40	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	15h40 às 16h	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
Bloco das 16h	16h às 16h10	Consulta Intermediária	Enfermidades
	16h10 às 16h30	Consulta Estendida	Enfermidades
	16h30 às 17h	Demanda Programada	Autocuidado apoiado
	17h	Encerramento	
Total de consultas manhã	Consulta Programada	4 consultas	15 consultas
	Consulta Rápida	3 consultas	
	Consulta Intermediária	5 consultas	
	Consulta Estendida	3 consultas	
Total de consultas tarde	Consulta Programada	3 consultas	14 consultas
	Consulta Rápida	2 consultas	
	Consulta Intermediária	5 consultas	
	Consulta Estendida	4 consultas	

(cont.)

Quadro 11 – Sugestão de agenda para enfermeiro, com painel de 4.000 pessoas, Porto Alegre, 2020 (conclusão)

AGENDA ENFERMEIRO – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total de consultas dia	Consulta Programada	7 consultas	29 consultas
	Consulta Rápida	5 consultas	
	Consulta Intermediária	10 consultas	
	Consulta Estendida	7 consultas	

Fonte: elaborado pelos autores.

5.7 Agenda do dentista

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

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

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

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

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

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

Considerando que um mês tem 24 dias úteis e considerando os 30 dias de férias do profissional, o que corresponde a 264 dias/ano (24 dias/mês \times 11 meses). Além disso, considerando que a equipe atendesse 1,5 pessoa/ano, teríamos o seguinte cenário:

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

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

Quadro 13 – Sugestão de agenda para Saúde Bucal com painel de 2.750 pessoas, Porto Alegre, 2020

AGENDA DENTISTA – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
MANHÃ			
Bloco das 8h	8h às 8h20	Demanda Programada	Gestante
	8h20 às 9h	Consulta Estendida	Autocuidado apoiado
Bloco das 9h	9h às 9h20	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
	9h20 às 10h	Demanda Programada	Criança
Bloco das 10h	10h às 10h10	Pausa	
	10h10 às 10h20	Consulta Rápida	Demanda administrativa
	10h20 às 11h	Consulta Estendida	
Bloco das 11h	11h às 11h20	Consulta Intermediária	Demanda por enfermidades
	11h20 às 12h	Consulta Estendida	Atenção domiciliar
12h às 13h	Intervalo para almoço	Almoço	
TARDE			
Bloco das 13h	13h às 13h20	Demanda Programada	Criança
	13h20 às 14h	Consulta Estendida	Demandas por enfermidades
Bloco das 14h	14h às 14h40	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	14h40 às 15h	Consulta Intermediária	Crônicos agudizados
Bloco das 15h	15h às 15h10	Pausa	
	15h10 às 15h20	Consulta Rápida	Demanda preventiva
	15h20 às 16h	Demanda Programada	Gestante
Bloco das 16h	16h às 16h20	Consulta Intermediária	Gerais e inespecíficas
	16h20 às 17h	Consulta Estendida	Crônicos não agudizados
	17h	Encerramento	

(cont.)

Quadro 13 – Sugestão de agenda para Saúde Bucal, com painel de 2.750 pessoas, Porto Alegre, 2020 (conclusão)

AGENDA DENTISTA – UNIDADE COM FUNCIONAMENTO DAS 8H ÀS 17H			
Bloco de hora	Tempo de consulta	Oferta	Tipo de demanda
Total de consultas manhã	Consulta Programada	2 consultas	8 consultas
	Consulta Rápida	1 consulta	
	Consulta Intermediária	2 consultas	
	Consulta Estendida	3 consultas	
Total de consultas tarde	Consulta Programada	2 consultas	8 consultas
	Consulta Rápida	1 consulta	
	Consulta Intermediária	3 consultas	
	Consulta Estendida	2 consultas	
Total de consultas dia	Consulta Programada	4 consultas	16 consultas
	Consulta Rápida	2 consultas	
	Consulta Intermediária	5 consultas	
	Consulta Estendida	5 consultas	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

5.8 Participação das pessoas que usam o serviço

O serviço de saúde deve instituir a participação ativa das pessoas na tomada de decisões e na organização das ações. Apresentamos a seguir alguns exemplos que estimulam essa lógica participativa.

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

- Estimule a participação das pessoas atendidas nas pesquisas de opinião.
 - Informe sobre a existência da ouvidoria para registrar dúvidas, elogios ou reclamações.
 - Mantenha ativo o conselho local de saúde, estimulando a participação das pessoas.

EIXO VI - EDUCAÇÃO PERMANENTE/ FORMAÇÃO PROFISSIONAL

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

6.1 Qualificação/capacitação profissional

Realize ações de educação permanente relacionadas ao acesso, conforme a avaliação dos indicadores estabelecidos na unidade de saúde. Além disso, crie as condições para que os profissionais realizem capacitações para o fortalecimento do acesso.

6.2 Programas de residência médica e multiprofissional e de pós-graduação

O Ministério da Saúde oferece um incentivo financeiro de custeio adicional para a inclusão de residentes nas equipes, através do novo financiamento da APS. Algumas unidades da APS funcionam como campo de atuação dos programas de residência e pós-gradua-

ção. Diante disso, iniciativas que fortaleçam a formação desses profissionais são fundamentais, sendo importante que a unidade adeque alguns processos de trabalho para que desenvolvam suas atividades com qualidade. Apresentamos na sequência algumas orientações para análise do gerente.

- Discuta com a gestão municipal a possibilidade de receber residentes na unidade de saúde que gerencia.

- Vincule os residentes às equipes de Saúde da Família ou Saúde Bucal da unidade.

- Pactue juntamente com os profissionais a inclusão dos residentes para atendimento da população.

- Avalie junto com a gestão da APS a possibilidade da inclusão de alunos de pós-graduação em geral, inclusive de mestrado profissional, por meio de convênio entre as instituições.

EIXO VII - FERRAMENTAS DIGITAIS

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

7.1 Marcação não presencial de consultas

► Informações importantes para o gerente

- Organize com a equipe formas de marcação não presencial de consultas para os grupos estabelecidos previamente, conforme descrito no acesso avançado.
- Defina um quantitativo de agendamentos não presencial para consultas no mesmo dia, principalmente para idosos e portadores de deficiência.
- Identifique ferramentas que possibilitem esse agendamento.
Ex.: *e-mail*, telefone, WhatsApp, aplicativos, etc.

- Através do módulo “Agendamento online”, disponível no PEC do e-SUS AB a partir da versão 3.1, e do aplicativo Meu DigiSUS, o cidadão poderá agendar a sua consulta através do seu *smartphone*.

- ♦ *Para este tipo de agendamento, é necessário que a pessoa esteja cadastrada e vinculada à unidade de saúde.*

- Pactue previamente com a equipe uma estratégia de abertura para um formato de agendamento.

- Defina em conjunto com a equipe quais os horários que podem estar disponíveis para este tipo de agendamento, considerando os demais tipos de agendamento do serviço.

- Disponibilize horários de forma gradual.

- Informe à população sobre a possibilidade desse tipo de agendamento.

7.2 Teleconsulta

A teleconsulta é a consulta remota mediada pela tecnologia, na qual o profissional e o paciente estão em espaços físicos e geográficos diferentes. O atendimento pode ser síncrono (simultâneo) ou assíncrono (não simultâneo). Embora a teleconsulta apareça nas evidências como uma forma de ampliação do acesso, a modalidade ainda não é regulamentada no Brasil. Há várias discussões para a sua regulamentação no país. Durante a pandemia da Covid-19, inclusive, a portaria GM/MS nº 467 autoriza de forma provisória a sua prática.

Este material oferece orientações para a implementação da teleconsulta na APS. Porém, cabe aos profissionais obedecerem às recomendações dos seus respectivos conselhos para a sua operaciona-

lização, e a decisão para a teleconsulta deve fazer parte da gestão da clínica³ da sua equipe.

► Informações importantes para o gerente

- Realize o planejamento e as pactuações com todos os profissionais da unidade, durante a reunião de equipe.
- Defina quais profissionais da equipe farão teleconsulta.
- Organize o processo de trabalho e a gestão da agenda para as teleconsultas.
- Identifique os recursos tecnológicos existentes que devem ser exclusivos para teleconsulta:
 - ◆ linha de telefone convencional;
 - ◆ videochamadas.
- Utilize telefone celular ou computador com câmera.
- Tenha uma conexão com internet de banda larga ou conexão 3G/4G para telefonia móvel.
- Crie um *e-mail* específico para a unidade de saúde, que pode ser utilizado como referência para o envio de fotos e documentos.
- Utilize o WhatsApp, preferencialmente o Business, para troca de informações, esclarecimento de dúvidas, além do compartilhamento de fotos e documentos.
- Organize um material no qual constem as seguintes informações definidas em conjunto com a equipe:
 - ◆ situações em que a teleconsulta pode ser usada;
 - ◆ situações em que a teleconsulta não pode ser usada;

⁴ Segundo Mendes (2015, p. 155) “a Gestão da Clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinada a prover uma atenção à saúde de qualidade. Constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera”.

- ♦ quando utilizar a teleconsulta;
- ♦ plano de contingência para consulta presencial, diante de urgências e emergências;
- ♦ acesso ao prontuário eletrônico do paciente.
 - Garanta o registro, no prontuário do paciente, de todas as informações trocadas durante a consulta.

Saiba mais em: Manual de Teleconsulta a APS, na Biblioteca Virtual da Saúde de Porto Alegre (BVAPS POA). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

7.3 Comunicação dos profissionais

Identifique formas não presenciais de comunicação interna entre os profissionais para evitar interrupções frequentes das consultas. Ex.: WhatsApp, *Hangouts*, Google Talk, etc.

7.4 Agenda/avaliação e monitoramento

- Utilize instrumentos digitais para organização da agenda, caso a unidade que gerencia ainda não faça uso do PEC. Ex.: planilhas compartilhadas no Google Drive.
 - Inclua na sua rotina e na dos demais profissionais a análise dos relatórios disponíveis no e-SUS.
 - Crie instrumentos digitais, como estratégias de monitoramentos de casos prioritários.
 - Para as unidades de saúde com difícil acesso à internet: fazer uso das informações das fichas CDS e criar instrumentos de registros manuais para acompanhamento das condições de saúde prioritárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Manual de Apoio para Gerentes da APS - Acesso de Primeiro Contato* tem como propósito qualificar as ações dos gerentes da APS para o fortalecimento do atributo “acesso de primeiro contato”. Os estudos encontrados relataram as ações, as estratégias e as ferramentas citadas como fundamentais para a ampliação do acesso, e o PCAT avalia a capacidade dos serviços para o cumprimento desses elementos, considerados essenciais para qualificação do acesso. Além disso, o *Manual de apoio* é uma ferramenta com sugestões que podem subsidiar esses profissionais, adequando-se à sua realidade local.

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

Embora a acessibilidade aos serviços de saúde vivenciada pelas pessoas com deficiência não tenha sido abordada nessa publicação, é

importante lembrar das barreiras existentes para essa população, sejam elas de deslocamento, estrutura, entre outras.

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

REFERÊNCIAS:

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
2. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate*. 2018;42(1):361-78.
3. Santos CMJ, Harzheim E, Hauser L, Faller Lda, Pinto LF, Gonçalves M, et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil In: SAPS, DEFS, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. p. 273.
4. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SLd. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev esc enferm USP*. 2016;50(2):335-45.
5. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ETd, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* 2017;22(6):1881-93.
6. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1772-84.

7. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. *Rev Bras Enferm* 2020;73(3):1-7.
8. Bresick G, Sayed A-R, Grange CI, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):1057.
9. Bresick G, Presentin KBv, Mash R. Evaluating the performance of South African primary care: a cross-sectional descriptive survey. *South African Family Practice*. 2019;61(3):109-16.
10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior ÁE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):633-41.
11. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
12. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFF, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-9.
13. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde

e gestores. In: SAPS, DESF, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. p. 83.

14. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

15. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. OPAS/OMS BRASIL; 2018.

16. M MM, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50.

17. Gervás J, Comunitaria LFFIPceMFy. Geestión de la Consulta: ¿Cómo lograr motivación en toda situación clínica? mediante la autogestión en la consulta diaria. *Práctica clínica en Medicina Familiar y Comunitaria.* 2017:1-25.

18. Vidal TB. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da Atenção Primária à Saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2018.

19. Brasil. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. ASSUNTO: Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

20. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. nº 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Knight A, Lembke T. Appointments - getting it right. Australian family physician. 2011;40(1-2):20-3.
22. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. Managed care quarterly. 1999;7(3):45-55.
23. Aragón MG. Desafios à Ampliação do Acesso na Atenção Primária à Saúde [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2018.
24. Pereira NVS. A Implantação do Acesso Avançado no Serviço de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 2018.
25. Lima RS, Brandão IC. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2021.
26. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. In: (CONASS) CNdSdS, editor. Brasília; 2015. p. 194.
27. Brasil. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) CdTeR, editor. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020. p. 85.

28. Brasil. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: SAS, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

29. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. In: SAS, DAB, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

30. Brasil. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

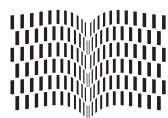
31. Brasil. Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012, Acesso aos serviços, ações de saúde e participação do usuário nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

32. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

33. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.

34. Rewa T. APS forte para o SUS: acesso universal: Formas de reorganização dos processos de trabalho para a ampliação do acesso na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019.

35. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
36. Brasil. Orientações sobre o financiamento da Atenção Primária. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-sobre-o-financiamento-da-atencao-primaria/>. Acesso em 07 de setembro de 2020.
37. Brasil. e-SUS AB. Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão – PEC (versão 3.2). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
38. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre; 2019.
39. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de teleconsulta na APS. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS): Porto Alegre; 2020.



Editora da
UFCSPA