

O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes

Trabalho realizado para o
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Agosto de 2016

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho procura analisar um ponto central dos sistemas de atenção à saúde que é o acesso aos serviços. Um acesso mais qualificado poderá, em algumas circunstâncias, exigir um incremento da oferta, o que implica mais recursos. Contudo, conhecendo-se mais profundamente a natureza do problema do acesso aos serviços de saúde, pode-se entender que a sua melhoria deve ser feita por mecanismos concomitantes de racionalização da oferta e da demanda, muitos deles independentes de incrementos de recursos financeiros.

Por trás dos problemas de acesso está o modelo de gestão da oferta praticado nas organizações de saúde públicas e privadas brasileiras que pressupõe, equivocadamente, que os desequilíbrios entre oferta e demanda devem ser respondidos com foco no incremento da oferta. Essa forma de (des)organizar o acesso, muitas vezes respondendo aos interesses dos prestadores de serviços, leva a uma espiral de crescimento de serviços que aumenta a ineficiência e não impacta favoravelmente os níveis de saúde da população. Esse modelo fracassou no mundo inteiro e deve ser substituído por um modelo de gestão da saúde da população que procura responder às necessidades das pessoas usuárias e que propõe um equilíbrio da oferta e da demanda com ações do lado da demanda e da oferta, mas iniciando-se, sempre, pela racionalização da demanda.

Além disso, os problemas do acesso aos serviços de saúde são agravados pelo modelo de atenção fragmentada praticado nas organizações públicas e privadas que desconsidera a importância da integração de todos os serviços em redes de atenção à saúde. Ao estruturar, isoladamente, os diversos pontos de atenção como hospitais, centros de atenção ambulatorial especializada, unidades de pronto atendimento, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e atenção primária à saúde, vai se aprofundando a fragmentação e tornando o sistema mais inefetivo, menos eficiente e de menor qualidade.

É preciso entender que os problemas de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde dependem de um fortalecimento e qualificação da atenção primária que cumpre os papéis de responsabilização pela população, de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde e de coordenação dos fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de toda a rede de serviços.

Este trabalho procura contribuir para o preenchimento de um vazio na literatura sobre o acesso à atenção primária à saúde no SUS porque a produção mais relevante neste campo tem sido voltada para a equidade do acesso. Os aspectos operacionais são menos trabalhados, quantitativa e qualitativamente.

O trabalho tem uma parte inicial sobre o acesso aos serviços de saúde porque há elementos comuns a serem considerados no acesso a outros pontos de atenção à saúde e à atenção primária à saúde. Numa segunda parte consideram-se especificamente as singularidades do acesso à atenção primária à saúde, tendo como base a análise do que tem sido feito nesse campo no plano internacional e no SUS.

A revisão bibliográfica realizada permitiu identificar alguns pontos essenciais: há uma preocupação generalizada pela implantação de mecanismos de acesso mais racionais e que levem a uma atenção oportuna, mais eficiente e equitativa; os mecanismos de acesso baseados na gestão da oferta esgotaram-se; o acesso adequado deve envolver ações de racionalização da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e as demandas na atenção primária à saúde são previsíveis, mas prevalece, ainda, uma cultura dominante que considera inexorável a imprevisibilidade da demanda, o que dificulta a implantação de mecanismos de acesso mais efetivos e eficientes.

Além disso, identificaram-se, no plano internacional, quatro enfoques distintos de organização do acesso à atenção primária à saúde: o enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento, o enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares e o enfoque do acesso avançado. Entretanto tem sido utilizado mais frequentemente no plano internacional e, mais recentemente no SUS, o enfoque do acesso avançado. Os resultados da implantação desse enfoque estão baseados em avaliações realizadas por meio de evidências anedóticas (*anecdotal reports*) que apresentam pouca força de evidência capaz de sustentar as bases teóricas que o sustentam.

Ademais, como tem sido observado no SUS, o acesso avançado tem sido considerado, algumas vezes, como um novo modelo de organização da atenção primária à saúde, o que é um equívoco conceitual já que ele impacta, apenas, o atributo do primeiro contacto.

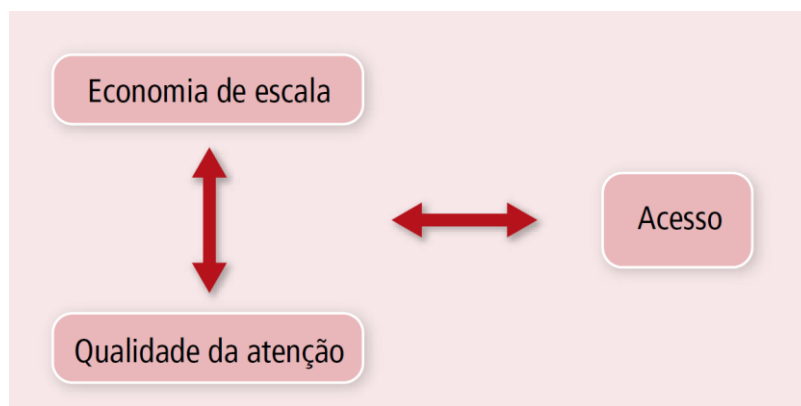
O texto fecha-se com uma proposição de um roteiro metodológico, construído a partir dos estudos de demanda e de oferta realizados na atenção primária à saúde do SUS (MENDES, 2015). Esse roteiro parte da premissa que um sistema racional de organização do acesso à atenção primária à saúde vale-se da sinergia que há entre os quatro enfoques analisados.

II. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. O acesso às redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. A razão é que o acesso, juntamente com a economia de escala e a qualidade dos serviços, estabelece a lógica do desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários. É o que se mostra na Figura 1.

Figura 1. A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários



Fonte: Mendes (2011)

Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional dos sistemas de atenção à saúde em redes nos diferentes territórios sanitários.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os

recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2002).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. A busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de atenção à saúde eficiente. Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostraram evidências de economias de escala em hospitais. Esses estudos revelaram que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS et al., 1997; ANDRADE et al., 2007).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que costuma haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam mais bem capacitados a realizar os serviços (BUNKER et al., 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade. Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA E BOS, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (FERGUSON et al., 1997). Nos Estados Unidos verificou-se que a escala, numa determinada condição de saúde, permitiu melhores resultados econômicos e sanitários, como é o caso St. Luke's Episcopal Hospital que já realizou mais de 100 mil cirurgias de revascularização do miocárdio e em que o efeito combinado de escala, experiência e aprendizagem geraram um círculo virtuoso que aumentou o valor dos serviços para as pessoas (PORTER E TEISBERG, 2007). Um seminário realizado para examinar as relações entre escala e qualidade concluiu que em 2/3 dos trabalhos examinados houve uma associação entre volume e qualidade e que o volume de serviços realizados é a melhor *proxy* disponível para a qualidade em grande parte dos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). No Rio de Janeiro, verificou-se

uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e as taxas de mortalidade por essas cirurgias (NORONHA et al., 2003).

O aumento da escala leva a um círculo virtuoso em que o rápido acúmulo de experiência leva ao aumento da eficiência que leva a melhores informações e dados clínicos que leva a equipes mais preparadas que leva a instalações mais especializadas que leva a crescente capacidade para a subespecialização que leva a melhores possibilidades no ciclo do atendimento que leva a inovações mais rápidas que leva a melhoria da reputação das unidades de saúde (PORTER e TEISBERG, 2007).

A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der - como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica -, o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso.

2. O conceito de acesso aos serviços de saúde

Para Donabedian (1973) o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis.

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; e a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Frenk (1985) desenvolveu o conceito de acesso através da complementaridade entre as características da oferta e da população, onde a acessibilidade é uma relação formal entre um conjunto de obstáculos para buscar e obter atenção (resistência) e as capacidades da população para processar e alcançar essa atenção (poder de uso), assumindo que vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis, num mesmo nível de acessibilidade.

Para o Institute of Medicine (1993) a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida efetividade, interessando saber se oportunidades de bons resultados (alteração positiva nas condições de saúde) estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. O acesso é definido por fatores individuais como: os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

Para Carr-Hill et al. (1997) o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde definiu acesso como uma medida da proporção da população que alcança serviços de saúde apropriados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; e não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos (MENDES, 2011).

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Travassos e Martins (2004) argumentaram que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso e que prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observaram uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Não obstante a tendência recente de empregar-se o conceito baseado em resultados, esses autores ressaltaram a importância de se manterem as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

Para o Institute of Medicine (2015) o acesso tem a ver com a questão “como podemos ajudá-lo hoje?”. Todas as pessoas gostam de ouvir essas palavras quando procuram atenção à saúde para si mesmas, para os seus familiares e para outras pessoas. Esse é o desejo e, também, a expectativa de todos. Os serviços de saúde que implementam essa filosofia de “como podemos ajudá-lo hoje?” praticam uma atenção centrada nas pessoas, tiram vantagem do que se aprendeu sobre estratégias de balancear oferta e demanda nos sistemas de atenção à saúde e estão sustentados por uma liderança comprometida com uma cultura de excelência dos serviços e de melhoria contínua da qualidade.

Vê-se que acesso tem sido conceituado de várias maneiras. Ainda que o acesso descreva fatores ou características que influenciam o contacto ou uso inicial dos serviços de saúde, em outras circunstâncias este conceito engloba o real processo de atenção à saúde prestada às pessoas (FRENK, 1992). Alguns autores encaram o acesso como um atributo dos serviços de saúde pelo fato de que os serviços podem ser acessados ou utilizados pelas pessoas que requerem cuidados (SALKEVER, 1976). Outros definem acesso como o uso dos serviços de saúde qualificado pelas necessidades de cuidados (WATERS, 2000). Outros veem o acesso como o descritor dos custos incorridos na prestação dos cuidados de saúde (CULYER e WAGSTAFF, 1993). Mooney (1983) entende o acesso em função das relações entre a oferta e a demanda; desse modo, o acesso é produto de fatores de oferta como a localização, a disponibilidade de recursos, o custo e a adequação dos serviços, bem como de fatores de demanda como o perfil epidemiológico, os conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde e as práticas de autocuidado (GULLIFORD et al., 2002). Isso está em concordância com os conceitos de fatores de utilização e de fatores predisponentes dos sistemas de atenção à saúde. Os fatores predisponentes incluem as percepções sobre as doenças e os fatores culturais, sociais e epidemiológicos da população; os fatores relativos ao

sistema de atenção à saúde englobam recursos, estruturas institucionais, procedimentos e regulações envolvidos na prestação dos serviços (SHENGELIA et al., 2003).

A desagregação do acesso em grandes dimensões tais como aspectos geográficos, sociais e econômicos, viabiliza medidas operacionais para o estudo de determinantes específicos e acesso aos serviços de saúde. Contudo, a medição do acesso é uma tarefa complexa quando se tenta incluir outras dimensões além da mera disponibilidade de serviços (LEVESQUE et al., 2013).

O acesso é muito percebido como sendo predominantemente um atributo dos serviços e determinado por fatores como a disponibilidade, preço e qualidade dos bens e serviços de saúde. Essa percepção deriva do fato de que esses fatores são suscetíveis aos aspectos políticos e organizacionais da atenção à saúde que podem ser manejados para melhorar o acesso. Entretanto, a utilização dos serviços, muitas vezes usada como uma *proxy* de acesso, é influenciada por fatores da oferta bem como da demanda por serviços, dentre eles atributos individuais como preferências, gostos e informações (MOONEY, 1983; LEVESQUE et al., 2013).

O acesso aos serviços de saúde vai além da disponibilidade de recursos. Um enfoque mais global de acesso considera fatores como a estrutura do sistema de atenção à saúde, fatores individuais, fatores processuais, fatores geográficos, aceitabilidade cultural, capacidade financeira e qualidade da atenção (DUTTON, 1986; SHENGELIA et al., 2003).

O conceito de acesso merece maior aprofundamento pelos pesquisadores para clarear alguns pontos ainda obscuros como acesso e utilização e sobre as dimensões do acesso. A crescente participação das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que as pessoas usuárias têm uma participação protagônica neste tipo de cuidado, indica a necessidade do acesso aos serviços incorporar propostas como a atenção centrada na pessoa e a gestão da saúde da população e dos novos modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2015). Não obstante, o acesso foi definido recentemente como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas de cuidado. Assim, o acesso resulta de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

O acesso tem sido visto como a possibilidade de identificar necessidades de atenção à saúde, de procurar serviços de saúde, de alcançar os recursos de atenção à saúde, de usar os

serviços de saúde e de realmente oferecer serviços apropriados para as necessidades de cuidados. O acesso permite às pessoas usuárias entrar em contacto e obter atenção à saúde. As variações no acesso expressam-se em diferenças nas percepções de necessidades de atenção, na procura e na obtenção de atenção à saúde e no tipo e intensidade dos serviços recebidos. Esses diferentes passos na sequência em busca do acesso representam transições fundamentais em que as barreiras ao acesso podem ser reveladas. Ou seja, o processo de acesso faz-se por passos: necessidades de atenção à saúde levam à percepção de necessidades e desejo de atenção que levam à demanda por serviços de saúde que levam à utilização de serviços de saúde que levam, finalmente, às consequências sanitárias, econômicas e de satisfação das pessoas (LEVESQUE et al., 2013).

Levesque et al. (2013) identificam cinco dimensões de acessibilidade: capacidade de aproximação, aceitabilidade, disponibilidade, capacidade de pagamento e capacidade de apropriação. Essas cinco dimensões relacionam-se com as habilidades das pessoas interagirem com as dimensões de acessibilidade para gerar acesso efetivo e que são: habilidade de perceber, habilidade de procurar, habilidade de obter, habilidade de pagar e habilidade de engajar. A capacidade de aproximação relaciona-se com o fato das pessoas identificarem alguma forma de serviço existente que possa ser buscado e que tenha impacto na saúde. A aceitabilidade relaciona-se com os fatores culturais e sociais que determinam as possibilidades das pessoas aceitarem os serviços ofertados e julgá-los apropriados. A disponibilidade é constituída pela existência física e recursos com capacidade suficiente para produzir os serviços. A capacidade de pagamento reflete a capacidade econômica das pessoas em despendar recursos e tempo para usar os serviços de saúde apropriados, envolvendo custos diretos e custos de oportunidade. A capacidade de apropriação é o alinhamento entre os serviços e as necessidades das pessoas, sua oportunidade temporal, a quantidade de cuidado gasto na avaliação dos problemas de saúde e na determinação do tratamento e na qualidade do relacionamento interpessoal entre as pessoas e os profissionais de saúde. A habilidade de perceber relaciona-se com o letramento sanitário, com as crenças sobre a saúde e com as expectativas das pessoas. A habilidade de procurar relaciona-se com os valores pessoais e sociais, cultura, gênero e grau de autonomia. A habilidade de obter relaciona-se com os ambientes de vida, com o transporte, com a mobilidade e com o suporte social. A habilidade de pagar relaciona-se com a renda, com o sistema de proteção social e o com o capital social. A habilidade engajar relaciona-se com o empoderamento, com a adesão, com a informação e com o suporte das equipes de saúde (LEVESQUE et al., 2013).

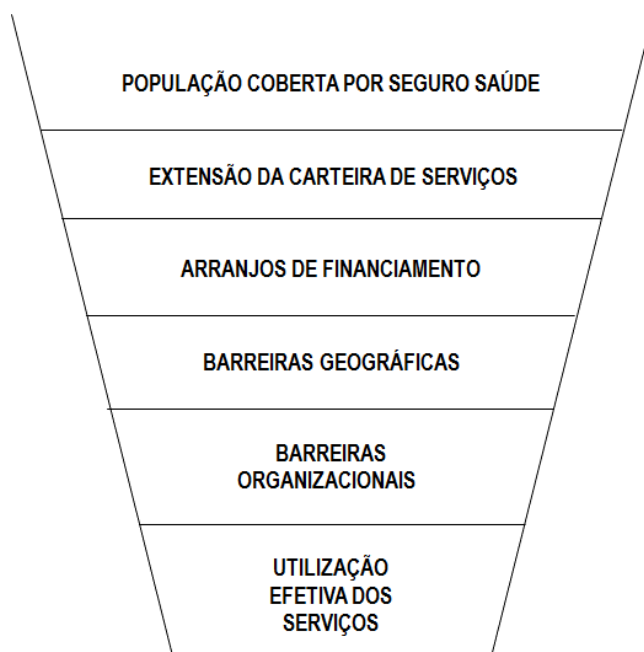
3. Universalismo, acesso e barreiras ao acesso aos serviços de saúde

Os sistemas públicos universais e a proposta mais recente da Organização Mundial da Saúde de cobertura universal em saúde, ainda que apresentem diferenças substantivas entre si, sugerem que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde com serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade (TASCA, 2014).

As doutrinas dos sistemas universais e da cobertura universal em saúde, muitas vezes, dão a entender que cobertura universal e acesso são conceitos idênticos. Contudo, esses conceitos são diferentes porque nos sistemas universais ou naqueles de cobertura universal o acesso pode ser dificultado pela existência de barreiras ao acesso. Essas dificuldades tendem a serem maiores na proposta de cobertura universal em saúde que nos sistemas públicos universais. É comum que essas barreiras obstruam o acesso de pessoas a serviços de saúde por várias razões: alguns serviços não estão cobertos na carteira de serviços; alguns serviços são formalmente cobertos, mas não estão disponíveis; alguns serviços exigem copagamentos que impossibilitam o acesso dos mais pobres; e há dificuldades de acesso a alguns serviços por razões geográficas, de gênero, culturais, socioeconômicas e administrativas (BUSSE et al, 2006).

As principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde são, como se mostra na Figura 2, a população coberta por seguro saúde, a extensão da carteira de serviço, os arranjos de financiamento, as barreiras geográficas, as barreiras organizacionais e a utilização efetiva dos serviços. As duas primeiras barreiras são essenciais; as demais são barreiras derivadas e sua importância relativa decresce da terceira até a sexta como sugere a Figura 2.

Figura 2. As barreiras ao acesso aos serviços de saúde



Fonte: Busse et al. (2006)

A primeira barreira refere-se à extensão da cobertura por seguro saúde da população. Essa barreira varia segundo as propostas dos sistemas públicos universais (beveridgeanos e bismarckianos), dos sistemas de cobertura universal e dos sistemas segmentados, com tendência a ser menor nos sistemas públicos universais e maior nos sistemas segmentados.

A segunda barreira, muito associada à primeira, consiste na extensão da carteira de serviços estabelecida por cada sistema de atenção à saúde. Essas carteiras, em geral, são estabelecidas de formas diferenciadas: carteira indefinida, mas bem ampla; carteira definida por categorias gerais como atenção hospitalar, atenção ambulatorial especializada, atenção primária à saúde e outras; e carteira estabelecida por listas de benefícios para áreas de cuidados.

A terceira barreira consiste na imposição de arranjos de financiamento que implicam copagamentos por parte das pessoas usuárias. Essa é uma tendência cada vez mais presente, mesmo em países com sistemas públicos universais que, frequentemente, exigem copagamentos para certos serviços e para medicamentos ainda que, em alguns casos, haja

proteção para os muito pobres, para as crianças, para as gestantes e para as pessoas idosas (JEMIAI et al., 2004). Essa barreira, muitas vezes, funciona, na prática, como um mecanismo perverso de controle da demanda, gerando iniquidade.

A quarta barreira é de natureza geográfica e se manifesta em grandes distâncias aos serviços de saúde, especialmente em situações de baixa densidade demográfica. Uma situação especial pode ser dada pelo fechamento de fronteiras sanitárias entre países, entre estados e entre municípios de um mesmo país. No Brasil, as barreiras geográficas se manifestam, de forma mais incisiva, nos estados da Região Norte. Uma forma indireta de medir essas barreiras está na definição de tempos máximos de atenção à saúde desde a ocorrência do evento até o início do cuidado na unidade de saúde indicada. É o caso, por exemplo, dos tempos de atendimentos máximos para infartos agudos do miocárdio e acidente vascular encefálico. A consideração dessa barreira é um elemento fundamental na territorialização da saúde, especialmente na definição das regiões sanitárias.

A quinta barreira é de ordem organizacional. Mesmo que as pessoas usuárias estejam cobertas por uma carteira de serviços generosa, estejam protegidas em relação a copagamentos injustos e que haja uma oferta de serviços geograficamente adequada, pode haver barreiras organizacionais ao acesso. As mais relevantes são as listas e os tempos de espera por serviços. Essas barreiras administrativas não conseguiram ser superadas mesmo em países desenvolvidos. No Brasil e no SUS em particular, essas barreiras manifestam-se em extensivas filas por serviços ambulatoriais especializados, exames complementares e serviços hospitalares que são, juntamente com a imposição de cotas às unidades prestadoras, formas perversas que o sistema utiliza para se equilibrar adequando a oferta e a demanda.

A sexta barreira consiste na utilização efetiva dos serviços de saúde. Para compreender essa barreira é necessário fazer uma distinção entre disponibilidade dos serviços e utilização efetiva dos serviços. A disponibilidade constitui uma propriedade potencial, mas não garante o acesso. A utilização efetiva faz-se de acordo com algumas características da população, como renda, gênero, escolaridade, idade e fatores de risco (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas).

A característica socioeconômica influencia a utilização, como em países europeus em que o acesso a especialistas é maior nos ricos que nos pobres (van DOORSLAER E KOOLMAN, 2004). No Brasil, há vários estudos sobre desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde. A desigualdade social no acesso foi estudada para os serviços de saúde

em geral (ALMEIDA et al., 2000; VIACAVA et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2006; SZWARCOWALD et al., 2010; BAUMGARTEN et al., 2015) ou por tipos de cuidados: cuidado preventivos e curativos (CAMPINO et al., 1999; NERI e SOARES, 2002), cuidados ambulatoriais e hospitalares (TRAVASSOS et al, 2000; CASTRO et al., 2005; LEAL et al., 2005; NORONHA e ANDRADE, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; ANDRADE et al, 2013). Alguns estudos estratificaram a análise levando em consideração a oferta de serviços pelo sistema de saúde suplementar (TRAVASSOS et al, 2000; NUNES et al., 2001; NERI e SOARES, 2002; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; SZWARCOWALD et al, 2010; ANDRADE et al, 2013). Esses estudos mostraram as desigualdades no acesso aos serviços de saúde diminuíram nos últimos anos no País (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008) e entre regiões brasileiras (TRAVASSOS et al, 2006). Os estudos evidenciaram que a desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde foi maior nos cuidados preventivos em que as pessoas mais pobres procuraram menos esses serviços que as pessoas mais ricas. Em situações de morbidade severa que exigem serviços de maior densidade tecnológica as pessoas acessaram esses serviços independentemente da posição socioeconômica (VIACAVA et al, 2001; NERI e SOARES, 2002; SZWARCOWALD et al, 2010). Não se observaram evidências de desigualdades de acesso aos serviços hospitalares (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; CASTRO et al, 2005; NORONHA e ANDRADE, 2005) e à atenção primária à saúde em relação aos cuidados pré-natais, aos exames complementares deste período de gestação, à imunização de crianças e à triagem neonatal no estado de Minas Gerais (ANDRADE et al, 2013). Em duas capitais brasileiras constatou-se uma baixa prevalência de discriminação relacionada aos serviços de saúde, suas motivações e fatores associados (BAUMGARTEN et al, 2015). Em Minas Gerais observou-se que a utilização de serviços preventivos entre as mulheres de idade reprodutiva como mamografia, exame clínico das mamas e exame de Papanicolau, apresenta desigualdades consideráveis (ANDRADE et al, 2013).

4. O impacto do acesso aos serviços de saúde

Em geral, as experiências de adequados acessos aos serviços de saúde estão associadas com maiores adesões aos tratamentos, com melhores resultados clínicos, com melhor qualidade dos cuidados e com menor utilização dos serviços (ANHANG PRICE et al., 2012).

Ao contrário, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde costumam resultar em resultados pobres em termos de morbidade, mortalidade e qualidade de vida em relação ao câncer (COATS, 1999), às doenças cardíacas (SOBOLEV et al., 2012), ao diabetes (PRIZER e PRENTICE, 2011), aos problemas ortopédicos (MOJA et al, 2012) e oftalmológicos (BOISJOLY et al, 2010), aos transtornos mentais (HOFFMAN et al, 2011) e às pessoas idosas (PRENTICE e PIZER, 2007).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde associam-se fortemente com a qualidade do cuidado (LLANWARNE et al., 2013) e com a satisfação das pessoas usuárias (BLEUSTEIN et al., 2014).

5. Um referencial para a discussão do acesso aos serviços de saúde: a atenção centrada na pessoa

Uma discussão relevante sobre o tema do acesso aos serviços de saúde deve estar referida pelo conceito de atenção centrada na pessoa.

O enfoque da atenção centrada na pessoa instituiu-se para a superação da atenção centrada na doença. Para isso, esse enfoque exige a substituição da pessoa-paciente, aquela que foi destituída de sua condição de agente e que recebe prescrições dos profissionais de saúde e as executa, pela pessoa-agente de sua própria saúde que interage proativamente com a equipe de saúde.

Um estudo de 1.000 consultas filmadas mostrou que as pessoas usuárias participaram das decisões clínicas em, apenas, 9% do tempo (BRADDOCK et al., 1999). Outro estudo evidenciou que 96% das pessoas prefeririam receber opções de escolhas e ter suas opiniões consideradas pelos médicos (LEVINSON et al., 2005).

A atenção centrada na pessoa reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de serem pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais da sua saúde (HOLMAN e LORIG, 2000).

O clássico relatório do Instituto de Medicina (2001) sobre o abismo da qualidade nos Estados Unidos definiu algumas características centrais de uma atenção à saúde centrada na pessoa: provê a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeita os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garante o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família.

O Instituto Picker estabelece oito princípios da atenção centrada na pessoa: respeito aos valores, às preferências e às necessidades definidas pelas pessoas; coordenação e integração da atenção; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade e transição; e acesso à atenção de qualidade (PICKER INSTITUTE, 2011).

A atenção centrada na pessoa opera com quatro conceitos-chave: dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração. Dignidade e respeito significam que as equipes de saúde ouvem e respeitam as perspectivas e as escolhas das pessoas e das famílias, bem como incorporam, nos planos de cuidados, os seus conhecimentos, valores, crenças e características culturais. Compartilhamento de informações implica a comunicação e a troca de informações completas e não viesadas entre a equipe de saúde e as pessoas, de maneira positiva; as pessoas devem receber informações amplas, oportunas e fidedignas para que possam participar efetivamente do processo decisório da saúde. Participação exige que as pessoas sejam encorajadas e apoiadas para participarem das decisões sobre a atenção à saúde em todos os níveis em que queiram. Colaboração se expressa numa relação cooperativa entre as pessoas, as famílias e a equipe de saúde para desenvolverem, implementarem e avaliarem os programas de saúde e a prestação dos serviços (JOHNSON, 2008).

A atenção centrada na pessoa coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste na construção de uma agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários. A aliança terapêutica estrutura-se com base num estilo

comunicacional efetivo e na construção de relações afetivas dinâmicas entre equipe de saúde e pessoas usuárias. Quando se institui a aliança terapêutica há uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários (SABA et al., 2006).

A participação da pessoa na atenção à saúde envolve a compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam; o autodiagnóstico e o manejo de certos sintomas menores; a seleção, em parceria com os profissionais de saúde, dos tratamentos; o uso apropriado das tecnologias de tratamento e de medicamentos; o monitoramento dos sintomas e da evolução do tratamento; a consciência sobre a segurança das tecnologias sanitárias utilizadas; e a adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. Para que isso possa ocorrer, a atenção centrada na pessoa utiliza-se de três estratégias fundamentais: a atenção colaborativa com a equipe de saúde, o letramento sanitário e o autocuidado apoiado (COULTER et al., 2008).

Há vários trabalhos que produzem evidências sobre os resultados positivos da atenção centrada na pessoa (STEVENSON et al., 2004; GRIFINN et al., 2004; WETZELS et al., 2004; EPSTEIN et al., 2005; PICKER INSTITUTE, 2011).

A atenção centrada na pessoa repercute no campo do acesso aos serviços de saúde quando as pessoas usuárias e suas famílias são convocadas a participar nos processos de análise e compreensão da demanda e, desta forma, a contribuir para as ações de balanceamento da demanda e da oferta. Simplesmente implementar um novo sistema de acesso não significa que ele seja centrado nas pessoas a menos que ele estreite as relações entre profissionais e pessoas usuárias, promova o aumento da confiança recíproca e facilite o envolvimento das pessoas (DAVIS et al, 2005).

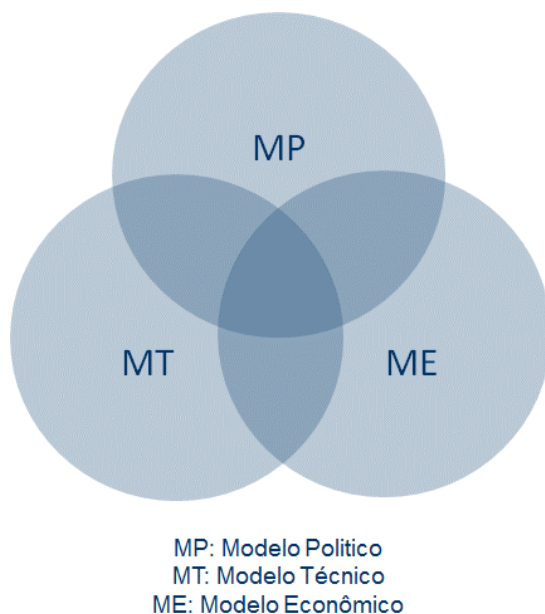
As áreas que as pessoas usuárias podem colaborar na melhoria do acesso aos serviços de saúde podem incluir a definição de preferências, a exploração de estratégias alternativas de acesso, a participação em projetos piloto de melhoria do acesso e de estratégias de comunicação. Além disso, deve-se prover uma comunicação mais transparente que envolva uma publicação contínua sobre tempos de espera e sobre os sistemas de acesso (BRANDENBURG et al, 2015; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A racionalização do acesso aos serviços de saúde não deve ser somente um trabalho de técnicos que dominam metodologias potentes e necessárias. Há que se colocarem nas equipes que irão propor mudanças no acesso representantes das pessoas usuárias, especialmente aquelas que fazem parte dos Conselhos Locais.

6. Acesso e modelos de gestão

Os sistemas de atenção à saúde estruturam-se em diferentes modelos conforme se mostra na Figura 3: o modelo político, denominado modelo de gestão; o modelo econômico, denominado modelo de financiamento; e o modelo técnico, denominado modelo de atenção à saúde (TOBAR, 2002). Esses três modelos devem guardar coerência entre si e estarem alinhados uns com os outros.

Figura 3. Os modelos dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Tobar (2002)

O modelo de gestão é um marco de referência para a administração de uma organização com a finalidade de desenvolver políticas e ações que levem aos resultados desejados. Assim, em organizações públicas como o SUS, os modelos de gestão devem levar, necessariamente, à geração de valor para seus beneficiários, em termos econômicos, sanitários e de equidade.

Um problema que dificulta a organização do acesso aos serviços de saúde é o modelo de gestão praticado hegemonicamente pelos sistemas de atenção à saúde e pelo SUS, o modelo de gestão da oferta.

O modelo de gestão da oferta é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. Isso decorre do fato de que o modelo da gestão de oferta tem uma preocupação fundamental na organização dos serviços de saúde com foco nas instituições prestadoras e não nas pessoas usuárias.

O modelo da gestão da oferta opera com indivíduos não estratificados por riscos. Além disso, esse modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo.

O modelo da gestão da oferta não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde e a importância dos mecanismos de racionalização da demanda.

Há vários problemas que decorrem da utilização do modelo da gestão da oferta.

Um problema do modelo da gestão da oferta é o critério populacional. Nesse modelo a população é um somatório de indivíduos, normalmente definida pelas projeções demográficas do IBGE. Além disso, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Ou seja, na prática social, não são estratificados os riscos sanitários, nem estabelecidas as desigualdades no acesso aos serviços.

Mais, o modelo da gestão da oferta opera com uma população que é uma soma de indivíduos, não cria vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, não estabelece registros potentes das pessoas usuárias e não estabelece parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

Outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias. Os parâmetros de oferta, muitas vezes, expressam-se em número de atividades por

população ou habitantes e não guardam relação com as reais necessidades das pessoas usuárias. Em sua construção parte-se de um raciocínio equivocado: a oferta de serviços deve ser assim hoje porque foi assim no passado; e deverá ser assim no futuro porque é assim no presente.

Essa lógica perversa de construção dos parâmetros de oferta assenta-se em percursos históricos singulares, muitas vezes estruturados por razões culturais, pelo poder político concentrado em determinados prestadores de serviços e/ou por representações de interesses da indústria da saúde. De outra parte, os parâmetros são acolhidos na premissa do *ceteris paribus*, ou seja, mantidas inalteradas todas as outras coisas, especialmente os modelos de gestão e de atenção à saúde.

Como parâmetros de oferta, utilizados internacional e nacionalmente, podem ser citados: número de leitos por mil pessoas, número de médicos por mil pessoas, número de enfermeiros por mil pessoas, número de odontólogos por mil pessoas, número de exames de patologia clínica por pessoa, número de consultas médicas de generalistas por pessoa, número de consultas médicas de especialistas por pessoa, número de consultas de enfermagem por pessoa, número de consultas odontológicas por pessoa e outros tantos.

Como exemplo paradigmático de parâmetro de oferta tem-se o número de médicos por mil habitantes, no que cabe a pergunta: que validade tem esse parâmetro para orientar a definição de políticas de saúde? Dados da OECD mostram que o número de médicos por mil habitantes varia fortemente nos países membro em relação a um valor médio de 3,4: Grécia, 6,2; Áustria, 4,9; Suécia, 3,9; Dinamarca, 3,5; Estados Unidos, 3,4; França, 3,3; Reino Unido, 2,8; Irlanda, 2,7; Polónia, 2,2; Turquia, 1,7. Esses números indicam que a Grécia tem mais que o dobro de médicos por mil habitantes que o Reino Unido e quase o dobro que os Estados Unidos (OECD, 2014). É difícil associar esses números com os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, alcançados por esses diferentes países. Esses valores médios na relação médicos por mil pessoas escondem variações intrapaíses muito significativas. Nos Estados Unidos, a Kaiser Permanente, uma operadora de planos de saúde que cobre aproximadamente 10 milhões de pessoas, opera com uma relação de 1,8 médicos por mil beneficiários, valor bem inferior à média daquele país de 3,4 e muito próximo do valor prevalecente, hoje, no Brasil (KAISER PERMANENTE, 2013; OECD, 2014). Não obstante apresentar um valor próximo à metade da média nacional, a KP apresenta resultados sanitários e econômicos muito melhores em relação às médias nacionais em termos de

internações hospitalares, controle do tabagismo, rastreamento de câncer de mama e de câncer colorretal, vacinação de crianças, controle de pressão arterial, controle da glicemia, controle de colesterol, controle oftalmológico de pessoas com diabetes, controle de asma; e controle de insuficiência cardíaca (HAM et al, 2003; PORTER, 2007).

Os melhores resultados da Kaiser Permanente se dão apesar de uma relação médico por mil habitantes baixa nos padrões internacionais em países desenvolvidos. A razão está nos modelos de gestão e de atenção à saúde praticados por essa instituição que permitem obter excelentes resultados com menos médicos por mil pessoas (MENDES, 2015).

Com relação ao acesso, o modelo de gestão da oferta, além de desconsiderar as desigualdades no acesso, dificulta o balanceamento da demanda e da oferta porque pressupõe, erroneamente, que esse desequilíbrio é determinado pela escassez de oferta, o que leva a desconsiderar as ações imprescindíveis de racionalização da demanda. É certo que há problemas de restrições do lado da oferta, mas, também, sempre há problemas de excesso de demanda que podem ser racionalizados por diferentes estratégias.

Essas distorções estão muito presentes no SUS. Muitas vezes, diante do problema de uma fila que transparece um desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços de saúde, os gestores buscam aumentar a oferta, sem considerar ações racionalizadoras do lado da demanda que podem ser muito eficazes.

O modelo da gestão da oferta fracassou universalmente e esse fracasso foi assim expresso por Porter e Teisberg (2007): *“a revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias desses sistemas”*. O modelo de gestão da oferta é construído na lógica dos interesses dos prestadores de serviços e não das necessidades da população.

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população. Esse novo modelo estrutura-se com base no conceito de saúde da população.

Há na literatura, várias definições de saúde da população. Frank (2002) define-a como uma nova estratégia de pesquisa para compreender a saúde das populações. Health Canada (1998) afirma que o objetivo global de um enfoque de saúde da população é manter ou melhorar a saúde de uma população inteira e reduzir as desigualdades em saúde entre grupos populacionais. Kindig e Stoddart (2003) admitem três possibilidades ao considerar a saúde da

população: ela somente diz respeito às variáveis independentes, ou seja, aos múltiplos determinantes (sistema de atenção à saúde, comportamentos individuais, ambiente social, ambiente físico e genética); ela somente diz respeito às variáveis dependentes, ou seja, aos resultados sanitários (mortalidade, morbidade e qualidade de vida); e ela diz respeito, comumente, à definição e à medida dos resultados sanitários e aos papéis dos determinantes. Essa terceira alternativa é a mais correta e leva à definição que esses autores fazem de saúde da população como os resultados sanitários de um grupo de indivíduos, incluindo a distribuição desses resultados dentro desse grupo, o que envolve os resultados sanitários, os padrões dos determinantes da saúde e as políticas e intervenções que os ligam.

A Organização Mundial da Saúde expressa o conceito de saúde da população como *“um enfoque que conscientemente adota as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades e que os vê, ao mesmo tempo, como participantes e beneficiários de sistemas de saúde que respondem às suas necessidades e preferências de maneira humana e holística”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As populações podem ser expressas por regiões geográficas, como nações ou comunidades, mas podem ser outros grupos como empregados de empresas ou categorias profissionais, grupos étnicos, pessoas com deficiência, pessoas pertencentes a movimentos sociais, beneficiários de uma empresa de saúde etc. Tais populações são de relevância para formuladores de políticas e podem ser divididas em populações definidas geograficamente e populações discretas de abrangência de um sistema de atenção à saúde. As populações discretas são grupos de indivíduos que recebem cuidados de uma organização de atenção à saúde às quais estão filiadas, independentemente de sua localização geográfica; é o caso mais comum de populações vinculadas a sistemas privados de atenção à saúde. As populações definidas geograficamente são populações inclusivas por seu pertencimento a um espaço geográfico determinado como estado, município, região etc. São mais comumente usadas em sistemas públicos de atenção à saúde e estão ligadas, nestes sistemas, à ideia da regionalização da atenção à saúde (LEWIS, 2014).

O conceito de saúde da população implica algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como se relacionam e estabelecer

prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos (STOTO, 2013).

Esse conceito amplo de saúde da população tem sido mais aplicado no Canadá, país em que foi desenvolvido originalmente. A partir dali o conceito vem se aplicando em outros países europeus e nos Estados Unidos, de uma forma mais ou menos abrangente, mas com variações conceituais significativas. Nos Estados Unidos o conceito de saúde da população, numa versão que se aproveita do conceito elaborado por Evans e Stoddart (1990), foi disseminado pela proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement* e denominada de Tripla Meta (*Triple Aim*). Essa proposta sugere que os sistemas de atenção à saúde devem ser orientados para obterem, simultaneamente, três metas: a melhoria da saúde da população; a melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos; e a redução ou controle do gasto per capita (BERWICK et al, 2008). Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população, mas o conceito de população é interpretado como uma população afiliada a um sistema de atenção à saúde com uma vinculação sanitária e não meramente financeira. Essa população deve receber cuidados seguros, efetivos, oportunos, centrados nas pessoas e equitativos, providos com custos eficientes (STIELF e NOLAN, 2012). As mudanças recentes na legislação sanitária dos Estados Unidos, estabelecidas pelo *Obamacare* ou *Affordable Care Act*, parecem estar reforçando a utilização do conceito de saúde da população neste país (STOTO, 2013).

A aplicação do conceito de saúde da população gerou o modelo da gestão da saúde da população. Esse conceito tem sido utilizado crescentemente nos Estados Unidos e Lewis (2014) o associa ao desenvolvimento do modelo de atenção crônica de Wagner (1998). A Organização Mundial da Saúde utiliza esse conceito articulado com os sistemas integrados ou redes de serviços de saúde.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e de acesso (DUBOIS et al, 2008).

A gestão da saúde da população tem este nome porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Essa população é determinada, e não

uma população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado.

Na perspectiva das redes de atenção à saúde, o seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. A população dessas redes tem um espaço de vinculação qualificado que é a atenção primária à saúde. Nesse sentido, a população de responsabilidade das redes de atenção à saúde não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma equipe de cuidados primários. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011). O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população, elemento essencial das redes de atenção à saúde.

O objetivo da gestão da saúde da população é gerar valor para as pessoas usuárias de modo a melhorar a saúde definida de forma ampla, o que vai além da ausência de doenças, incluindo o bem-estar físico, mental e social (McALEARNEY, 2002).

A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

A gestão da saúde da população envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações; ter um centro de comunicação na atenção primária à saúde; conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários; integrar em redes as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde; operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde e sobre os determinantes biopsicológicos individuais; desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas; dividir a população em subpopulações segundo estratos de risco; estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos; definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos; buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os

resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; implantar sistemas efetivos de informações em saúde; operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados; e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado (McALEARNEY, 2002; LEWIS, 2014).

A gestão da saúde da população exige a utilização de parâmetros assistenciais com ela coerentes. Por isso, é necessário superar os parâmetros de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às redes de atenção à saúde. É fundamental que esses parâmetros sejam construídos com base em evidências científicas.

No campo da organização do acesso a gestão da saúde da população, obrigatoriamente, convoca, além do exame da oferta, a racionalização da demanda por meio da aplicação de parâmetros de necessidades construídos por riscos para as diferentes condições de saúde.

A organização do acesso aos serviços de saúde implica a busca de um equilíbrio entre ações concomitantes que devem ser realizadas no lado da oferta e da demanda. Contudo, o predomínio do modelo de gestão da oferta diminui a importância relativa que devem ter as ações de racionalização da demanda. Assim, a emergência do modelo de gestão da saúde da população permite superar essa limitação vigente ao colocar como foco dos sistemas de atenção à saúde as necessidades de uma população adstrita a uma rede de atenção à saúde. Daí a centralidade da racionalização da demanda para o equilíbrio entre as estruturas da oferta e da demanda.

O Quadro 1 estabelece as diferenças entre o modelo de gestão da oferta e de gestão da saúde da população.

Quadro 1. As diferenças entre o modelo de gestão da oferta e o modelo de gestão da saúde da população

MODELO DE GESTÃO DA OFERTA	MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Tem foco nos prestadores de serviços • Opera com indivíduos não estratificados por risco • É estruturado para responder a demandas de indivíduos isoladamente • Opera com parâmetros construídos por meio de séries históricas • Os parâmetros são construídos com a premissa da manutenção dos modelos de atenção e de gestão convencionais • Não incorpora os determinantes sociais da saúde • Enfrente o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços com um viés de aumento da oferta 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem foco na população • Opera com a população vinculada a uma rede de atenção à saúde estratificada por risco • É estruturado para responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por uma população determinada, vinculada à atenção primária à saúde • Opera com parâmetros construídos a partir das necessidades da população • Os parâmetros são construídos com a premissa da incorporação de modelos de atenção e de gestão inovadores • Incorpora os determinantes sociais da saúde • Enfrente o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar a demanda, racionalizar a oferta e, se necessário, aumentar a oferta

7. Acesso, oferta e demanda por serviços de saúde e os *backlogs*

O acesso resulta de uma relação entre a oferta e a demanda por serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período de tempo e se concretiza numa agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos os seus profissionais e diferentes formas de encontros clínicos como consultas individuais face a face, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados a grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância e outros (MENDES, 2012). A oferta real é o número de

peessoas que, num período determinado de tempo, buscam e recebem atenção dos profissionais (MURRAY, 2015).

A demanda refere-se ao total das pessoas que buscam atendimento num período determinado de tempo por telefone, por correio eletrônico e presencialmente nas unidades de saúde (demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna). A demanda independe da capacidade de oferta porque inclui pessoas que não podem ser atendidas num período de tempo gerando *backlogs* ou trabalhos acumulados expressos em listas de espera ou em filas.

É importante qualificar bem a demanda porque ela costuma variar entre os dias da semana, entre as horas do dia e entre os meses ou as estações do ano. Nos Estados Unidos demonstrou-se que a demanda por serviços varia segundo os dias da semana (MURRAY e TANTAU, 2000). Estudo realizado em Betim, Minas Gerais, mostrou que a demanda por consultas médicas na atenção primária à saúde é maior nas segunda e sexta feiras das semanas (LANDSBERG et al, 2012). Sabe-se, também, que a demanda tende a se concentrar no início da manhã. E há variações sazonais que explicam um aumento de demanda por dengue no verão e por doenças do aparelho respiratório superior no inverno (GUSSO, 2009). Além disso, um pequeno grupo de pessoas hiperutilizadoras pressiona a demanda por serviços de saúde (SMITS et al, 2008; TAKEDA, 2012).

Uma questão central no acesso aos serviços de saúde está no balanceamento entre demanda e oferta. Quando há um desequilíbrio entre demanda e oferta, com a demanda superando a oferta, surgem os *backlogs*.

Os *backlogs* constituem-se dos atendimentos agendados para o futuro que geram uma demanda represada no presente. Ele pode ser subdividido em *backlogs* maus e bons. O mau *backlog* é o trabalho de hoje posposto para o futuro, por falta de agenda, gerando acumulação de demanda; o bom *backlog* envolve dois tipos de pessoas: as que não desejam ser atendidas no mesmo dia e aquelas com atendimentos com retornos programados pela equipe da atenção primária à saúde, definidos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências (MURRAY e TANTAU, 2000; MURRAY, 2015).

A racionalização da espera implica a eliminação do mau *backlog* acumulado. Sem eliminar o mau *backlog* não é possível balancear demanda e oferta por serviços de saúde. Esse é um ponto crítico na organização do acesso aos serviços de saúde.

8. A definição de padrões de utilização dos serviços de saúde estabelecidos em diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas

Dentre os fundamentos mais importantes da racionalização da demanda, alguns são básicos como a necessidade de utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência.

A organização do acesso aos serviços de saúde implica a busca de um equilíbrio entre ações concomitantes que devem ser realizadas no lado da oferta e da demanda. Contudo, o predomínio do modelo de gestão da oferta diminui a importância relativa que devem ter as ações de racionalização da demanda. Assim, a emergência do modelo de gestão da saúde da população permite superar essa limitação vigente ao colocar como foco dos sistemas de atenção à saúde as necessidades de uma população adstrita a uma rede de atenção à saúde. Daí a centralidade da racionalização da demanda para o equilíbrio entre as estruturas da oferta e da demanda.

O desequilíbrio entre oferta e demanda, em situações comuns em que a demanda efetiva supera a capacidade de oferta dos serviços de saúde, acaba por gerar maus *backlogs* ou demandas por serviços agendadas para o futuro. Nesses casos os sistemas de atenção à saúde costumam adotar estratégias perversas de equilíbrio, especialmente as filas e as listas de espera. É o que acontece com o SUS em determinados serviços, especialmente na atenção ambulatorial especializada, nos exames especializados e em certas cirurgias.

Em boa parte, essa situação crítica pode ser solucionada ou atenuada por meio da introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências, especialmente as linhas-guia (*guidelines*). Assim, a racionalização da demanda começa por questionar se toda demanda gerada está calcada em evidências científicas e se as pessoas indicadas para os serviços demandados efetivamente se beneficiarão deles.

Uma clássica pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que menos da metade dos adultos que buscaram atenção à saúde receberam os cuidados estabelecidos em diretrizes clínicas baseadas em evidências; em muitas condições de saúde esse padrão foi inferior a 30%, o que representa uma grande ameaça à saúde dessas pessoas (GLYNN et al, 2003).

Além desses baixos padrões de qualidade da atenção, outros fenômenos se somam.

Há tempo Illich (1977) chamava atenção para os perigos da iatrogênese clínica. Cinco livros publicados nos Estados Unidos, abandonando a visão culturalista illichiana e pautando-se em evidências científicas, alertam para certos exageros da medicina contemporânea que parecem transgredir o princípio hipocrático de “primeiro não causar danos”. Brownlee (2008) reflete sobre o excesso de tratamentos; Welch et al. (2011) advertem sobre os problemas que podem advir do excesso de diagnósticos; Welch (2015) discorre sobre os sete pressupostos que conduzem a muita atenção médica e mostra as verdades perturbadoras sobre eles; Prasad e Cifu (2015) examinam o fenômeno da reversão médica que expressa as dificuldades de abandonar procedimentos médicos inefetivos ou danosos; e Gawande (2015) trata das dificuldades da medicina contemporânea em lidar com a velhice e a inexorabilidade da morte.

O excesso de diagnósticos é diferente de erro de diagnóstico. O erro diagnóstico é definido como a falha em estabelecer uma oportuna e acurada explicação de um problema de saúde de uma pessoa ou a falha na comunicação desta explicação a uma pessoa (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE, 2015). O excesso de diagnósticos diz respeito a diagnósticos de condições de saúde realizados, mas que nunca causarão sintomas sérios ou mortes às pessoas no decorrer de suas vidas. Ainda que o excesso de diagnóstico represente um grande desafio à qualidade dos sistemas de atenção à saúde ele não constitui um erro de diagnóstico. O excesso de diagnóstico só é detectável em análises populacionais. Contudo, melhorando-se os processos de diagnóstico pode-se evitar o excesso de diagnósticos.

O excesso de diagnósticos ainda que tenha um valor per se é, também, um dos fatores determinantes do excesso de tratamentos que como resultado de intervenções médicas desnecessárias pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres. Essa contradição está expressa no próprio título do livro que mostra que os Estados Unidos gastam com intervenções médicas injustificadas 30% a 50% do seu gasto total em saúde, o que significou entre 500 a 700 bilhões de dólares num ano e que esses procedimentos não indicados são responsáveis por 30 mil mortes anuais, a terceira maior causa de mortes naquele país (BROWNLEE, 2008).

O exemplo das tomografias computadorizadas é emblemático. Trata-se de um recurso diagnóstico que representou enorme avanço na medicina contemporânea. Nos Estados Unidos fizeram-se, em 2000, aproximadamente 40 milhões de tomografias computadorizadas; em 2005 mais de 76 milhões; e, em 2010, mais de 100 milhões, o que representou, em média,

um exame para cada três americanos. Parte significativa dessas tomografias é injustificável e levou a mais procedimentos e submeteu as pessoas a radiações desnecessárias (BROWNLEE, 2008).

Outro exemplo são as cirurgias de coluna. No Hospital Albert Einstein, em São Paulo, apenas 40% dos das pessoas que ali chegam com indicação de cirurgia de coluna são, de fato, elegíveis para a realização deste procedimento; esse processo de racionalização da demanda foi possível pela elaboração de protocolos clínicos e padrões cirúrgicos por aquele hospital (LOTTENBERG, 2015). No SUS, em alguns lugares, as indicações equivocadas de cirurgia de coluna podem chegar a 65% e como não há um filtro por protocolos clínicos muitas delas são realizadas apesar de não indicadas.

9. O uso de critérios de riscos populacionais na organização do acesso aos serviços de saúde

É inerente ao processo de racionalização da demanda aos serviços de saúde os processos de classificação de riscos dos eventos agudos e de estratificação de risco das condições crônicas não agudizadas.

A organização desses processos de classificação e estratificação de riscos é fundamental para a racionalização do acesso aos serviços de saúde porque tornam possível prestar a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno e com o custo certo, um pressuposto das redes de atenção à saúde. A introdução desses critérios contribui para a melhoria da efetividade e da qualidade dos serviços e para o aumento da eficiência das redes de atenção à saúde.

Os eventos agudos são uma somatória de condições agudas como doenças infecciosas e doenças inflamatórias de cursos curtos e traumas e de condições crônicas agudizadas. A resposta social a esses eventos agudos pode ser feita por ações episódicas, reativas e integradas.

O modelo de atenção aos eventos agudos estrutura-se em quatro níveis (nível 1, promoção da saúde; nível 2, prevenção das condições de saúde; nível 3, classificação de risco; e nível 4, gestão da condição de saúde) e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, o risco, o tempo resposta e os recursos necessários (MENDES, 2015).

No nível 3 desse modelo faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. A classificação de risco permite estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo, tendo impacto, também, no custo das redes de atenção às urgências e às emergências.

O objetivo de um processo de classificação de risco é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco como parte intrínseca de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de riscos. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale - ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com a gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index - ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage - MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de classificação de risco (Manchester Triage System - MTS) que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa e no Brasil (MACKWAY-JONES et al., 2010).

A utilização da classificação de risco numa rede de urgência e emergência tem um impacto positivo na efetividade, na eficiência e na qualidade da atenção à saúde. A partir da

classificação de risco estabelecem-se o tempo-resposta e o local adequado do atendimento que poderá ser um hospital, em seus diferentes tipos, uma unidade de pronto atendimento ou uma unidade de atenção primária à saúde. É comum encontrarem-se nas unidades hospitalares de urgência pessoas cujos riscos não justificam estarem ali. A demanda excessiva de pessoas de baixos riscos em unidades hospitalares piora a qualidade da atenção e aumenta os custos do sistema. Da mesma forma, muitas pessoas que poderiam ter seu evento agudo resolvido na unidade de atenção primária à saúde, por sua equipe de referência, são atendidas nas unidades de pronto atendimento, rompendo-se o princípio da longitudinalidade e pressionando desnecessariamente os custos da atenção.

Os modelos de atenção às condições crônicas são distintos.

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes, sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura); as enfermidades não catalogáveis como doenças na Classificação Internacional de Doenças como sintomas medicamente não explicáveis, os transtornos histerossomáticos, os transtornos somatoformes, as síndromes de não doenças e o sofrimento difuso; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas como amputações e deficiências motoras persistentes; e as doenças bucais de curso longo (MENDES, 2011).

As condições crônicas podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas como crises asmáticas ou emergências hipertensivas. Como se viu, as condições crônicas agudizadas serão respondidas pelo modelo de atenção aos eventos agudos.

Em relação às condições crônicas não agudizadas utilizam-se modelos de atenção desenvolvidos com base em evidências científicas. Dentre os mais utilizados destacam-se o modelo de atenção crônica (WAGNER, 1998) e o modelo da pirâmide de risco (DEPARTMENT

OF HEALTH, 2005). O modelo da pirâmide de risco é que dá suporte aos processos de estratificação de risco nas condições crônicas.

O processo de estratificação de risco da população permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo um sistema de estratificação.

A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos específicos para cada qual.

A estratificação da população é fundamental porque ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por estratos de riscos, e permite definir, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa em cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na atenção primária à saúde, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da atenção especializada.

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a pessoas de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a pessoas de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de organizar a agenda de atendimentos, tanto na atenção primária à saúde quanto na atenção ambulatorial especializada, no cuidado das pessoas com condições crônicas, o que repercute negativamente no acesso aos serviços.

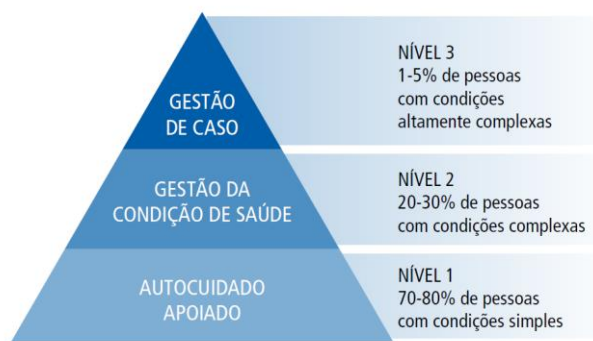
Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno, com o custo certo e com a qualidade certa e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou comorbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso

resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhadas pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autocapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Pelo modelo da pirâmide de risco uma população com condição crônica não agudizada pode ser estratificada em três níveis de complexidade, conforme se vê na Figura 4.

Figura 4. O modelo da pirâmide de risco



Fonte: Department of Health (2005)

No nível 1 estão 70% a 80% da população que apresenta condições crônicas simples. Essas pessoas têm uma capacidade adequada para se autocuidarem e devem permanecer somente na atenção primária à saúde. No nível 2 estão 20% a 30% da população que apresenta condições crônicas complexas. Essas pessoas apresentam uma ou mais condições crônicas, têm certos graus de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o apoio de uma equipe de atenção primária e de atenção especializada. No nível 3 estão 1% a 5% da população com necessidades altamente complexas. Essas pessoas necessitam do suporte da atenção primária à saúde, de especialistas e exigem uma ação de

advocacia e coordenação realizada constantemente por um gestor de caso (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Essa lógica de organização tem um alto impacto de efetividade e de eficiência no manejo das condições crônicas não agudizadas e apresenta um alto potencial de racionalização na agenda dos profissionais de saúde e, portanto, de organização do acesso aos serviços de saúde.

Há evidências na literatura internacional, produzidas por pesquisas realizadas em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde (SINGH e HAM, 2006; PORTER e KELLOGG, 2008); impactos positivos nos resultados clínicos (PARKER, 2006); e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (WELLINGHAM et al., 2003; SINGH, 2005).

10. A organização da logística do acesso aos serviços de saúde: o transporte em saúde

Um componente fundamental das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos (MENDES, 2011). Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes.

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2011). No caso da organização da logística do acesso aos serviços de saúde todos esses sistemas são importantes, mas vai-se enfatizar, aqui, a organização do transporte em saúde.

Os sistemas de transportes em saúde têm como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas redes de atenção à saúde. Esses sistemas devem transportar as

peças usuárias em busca de atenção à saúde, mas, também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde.

Os sistemas de transporte em saúde estruturam-se em diferentes subsistemas: o subsistema de transporte em saúde de pessoas, o subsistema de transporte em saúde de material biológico e o subsistema de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde. Por sua vez, esses subsistemas podem organizar-se em módulos de transporte em saúde.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas destina-se às pessoas usuárias que demandam os serviços de saúde com incapacidade física e/ou econômica de deslocarem-se por meios ordinários de transporte. Este subsistema está restrito aos deslocamentos por causas clínicas e funcionais (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). Portanto, há duas razões principais para o transporte em saúde de pessoas: a incapacidade de andar em função de determinações clínicas e/ou funcionais ou a impossibilidade financeira de sustentar os custos de transporte para acessar os serviços de saúde.

A importância dos sistemas de transporte em saúde de pessoas tem sido considerada com prioridade em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estudo feito com beneficiários do *Medicaid* mostrou que o acesso aos serviços preventivos de menores de 20 anos foi menor naquelas famílias que tinham dificuldades em suportar os custos de combustíveis para seus deslocamentos (TEXAS A E M LIBRARIES, 2007). Nesse mesmo país uma das queixas mais frequentes dos usuários dos sistemas públicos *Medicare* e *Medicaid* tem sido a fragilidade do transporte em saúde (O'DELL, 2008). No Canadá, o sistema público de saúde gastou, no período de 2006 a 2007, 421,6 milhões de dólares com o transporte em saúde de pessoas, um crescimento anual de 7,2%, um dos mais altos entre todos os itens de gasto daquele sistema (FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH, 2008).

Por isso, a organização do subsistema de transporte em saúde de pessoas se impõe, especialmente nos países em desenvolvimento, em que a presença de grandes contingentes em situação de pobreza - os mais sensíveis às barreiras de acesso aos serviços de saúde -, convoca um transporte eficiente, oportuno e de qualidade. A significação do sistema de transporte em saúde de pessoas é maior nos sistemas públicos organizados com base territorial, tal como o SUS, em que as redes se constroem com concentração relativa dos serviços de atenção secundária e terciária em polos micro e macrorregionais, impondo deslocamentos, mais ou menos frequentes, à população, por distâncias razoáveis e em condições, muitas vezes, precárias. Portanto, a instituição do subsistema de transporte em

saúde de pessoas é uma condição para o funcionamento eficiente e com equidade das redes de atenção à saúde.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas opera com ações primárias e secundárias. O transporte em saúde primário faz-se da residência ou do local de adoecimento ou do trauma até uma unidade de saúde; o transporte secundário faz-se entre duas unidades de saúde distintas.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas pode ser dividido em dois módulos: o módulo do transporte de urgência e emergência e o módulo do transporte eletivo.

O módulo do transporte de urgência e emergência lida com eventos clínicos não conhecidos *a priori* e apresenta como variáveis-chave os riscos, classificados por meio de sinais de alerta, e o tempo de deslocamento até a unidade de atenção própria em função desses riscos. Já o módulo do transporte eletivo envolve-se com eventos conhecidos e programáveis, tendo como variável-chave o acesso oportuno, seguro e confortável aos serviços previamente agendados.

O transporte de urgência e emergência pode ser assistido, quando há necessidade de atenção técnico-sanitária durante o percurso e não assistido quando esta necessidade não se manifesta (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). O transporte de urgência e emergência pode ser feito pelas vias terrestre, aérea ou marítima. Ele deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e da oportunidade, no menor tempo possível, com o veículo apropriado e na rota certa.

O módulo do transporte de urgência e emergência deve ser normatizado com referência às características técnicas, à natureza dos equipamentos médicos e à planta de pessoal. As rotas devem estar previamente definidas para economia de tempo e de recursos e os veículos monitorados por rastreamento por satélite e com a utilização de sistemas de georreferenciamento. No SUS, o módulo do transporte em saúde de pessoas em situação de urgência e emergência é parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O módulo do transporte em saúde de pessoas eletivo faz-se em situações previsíveis, sem urgências, a partir de sistemas de agendamentos prévios. Seu objeto privilegiado são a atenção hospitalar e as consultas e os exames especializados feitos em ambulatórios. Em geral é um sistema não assistido, de natureza terrestre e, também, deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e da oportunidade. Em regiões em que há transporte público de boa qualidade, o transporte em saúde eletivo, em certas circunstâncias, pode ser feito por

meio de vale-transporte fornecido às pessoas usuárias no momento do agendamento do serviço.

A organização do transporte em saúde é importante para a racionalização do acesso aos serviços de saúde. Na região de Juiz de Fora, Minas Gerais, a ausência de um sistema de transporte eletivo eficaz foi responsável por 35% de faltas a procedimentos previamente agendados na atenção ambulatorial especializada do SUS (MARQUES et al., 2007).

11. Os tempos de espera nos serviços de saúde

O acesso está associado, muitas vezes, aos tempos de espera. Ainda que os tempos de espera sejam um problema comum e desagradável nos sistemas de atenção à saúde, há poucos dados confiáveis para determinar sua prevalência.

O que se sabe é que há uma grande variabilidade nos tempos de espera entre tipos de unidades de saúde, entre especialidades e ao longo do tempo (COUNCIL, 2014; DEPARTMENT OF VETERANS ACCESS, 2014). Além de uma grande variabilidade no acesso, faltam padrões e *benchmarks* apropriados para tempos de espera. Contudo, há diferentes enfoques para categorizar agendamento e tempos de espera nos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Um enfoque utilizado é o dos tempos limites como o tempo máximo de 4 horas para atendimento nos serviços de urgência utilizado na Austrália e Inglaterra (HUGHES, 2010; WEBER et al, 2012); outro é o ciclo de tempo da pessoa usuária que é definido como o controle do tempo da chegada da pessoa até sua saída em um determinado serviço de saúde e que objetiva separar o tempo produtivo (tempo de atendimento efetivo por um profissional) dos tempos de espera entre um atendimento e outro, num mesmo ciclo, o tempo improdutivo (GODFREY, 2004). Outro enfoque, comum na atenção primária à saúde, é o terceiro próximo agendamento disponível. Esse enfoque é definido como o número médio de dias entre o momento em que uma pessoa usuária solicita um atendimento e o terceiro agendamento disponível para de um profissional da atenção primária à saúde para uma consulta que envolva um exame físico, um exame de rotina ou um exame de retorno. O terceiro agendamento disponível é usado, ao invés do primeiro agendamento disponível, porque reflete com maior

sensibilidade a disponibilidade de agendamento que está sujeita a eventos inesperados como cancelamentos de atendimentos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2014).

Alguns *benchmarks* têm sido propostos como no estado da Califórnia, Estados Unidos: 30 minutos para acesso à atenção primária à saúde; atendimentos não urgentes por médicos especialistas em 15 dias; agendamento para atenção de urgência em saúde mental em 48 horas; acesso aos serviços de urgência e emergência disponíveis todos os dias, 24 horas por dia; e espera por atendimento dentro da unidade de saúde no máximo em 30 minutos (DEPARTMENT OF DEFENSE, 2014).

12. Algumas evidências sobre as restrições do acesso aos serviços de saúde

Em geral, a questão do acesso é analisada a partir de visões pessimistas que se assentam na imprevisibilidade da demanda. Certamente que em cenários de demanda imprevisível, as possibilidades de gerenciar o acesso de forma racional são diminutas. Contudo, estudos realizados em diferentes países atestaram que a demanda por serviços de saúde é, em geral, previsível, o que a torna gerenciável.

Pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que a demanda por serviços de saúde é previsível (MURRAY e TANTAU, 2000). O mesmo ocorre no Brasil onde existem estudos que permitiram definir a demanda na atenção primária à saúde com bastante propriedade e que geram previsibilidade e estruturam certos padrões necessários para a organização racional do acesso neste nível de atenção (GUSSO, 2009; LANDSBERG et al, 2012; TAKEDA, 2012; MENDES, 2015).

A despeito das crenças em contrário, as restrições de acesso nem sempre são causadas por recursos inadequados. Ainda que essa afirmativa pareça não fazer sentido, pesquisas realizadas nos Estados Unidos, especialmente na atenção primária à saúde, mostraram resultados surpreendentes. Estudos evidenciaram que as esperas estão ligadas mais à incapacidade de gerar uma agenda de atendimento oportuno que à falta de capacidade de oferta.

Em certas circunstâncias, usando os princípios da engenharia de produção e da teoria das filas os sistemas de atenção à saúde podem reduzir ou eliminar esperas sem aumentar os recursos. As principais barreiras à eliminação de tempos de espera são de ordem psicológica:

o medo da mudança e a falta de confiança de que os recursos existentes podem ser suficientes para diminuir ou eliminar os tempos de espera. Os tempos de espera tendem a permanecer constantes por semanas e meses sem crescer sem limites, o que seria o caso de uma forte suboferta de atenção.

A situação brasileira pode não ser tão confortável para equilibrar demanda e oferta em função de painéis de pessoas muito grandes em relação às equipes. Isso não deve levar a situações paralisantes porque sempre há como agregar algum grau de racionalização do acesso aos serviços de saúde.

13. As características singulares do acesso em diferentes pontos de atenção à saúde

As práticas de agendamento variam segundo os pontos de atenção à saúde como atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e atenção pós-aguda (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Em função da diversidade dos pontos de atenção à saúde torna-se necessário adotar estratégias de acesso adaptadas às singularidades desses pontos. Na atenção primária à saúde deve-se dar prioridade a mecanismos de acesso rápido como o atendimento em até dois dias da demanda efetiva e uma resposta rápida para assegurar que a capacidade de oferta está alinhada com a demanda. O acesso aos serviços hospitalares e à atenção às emergências é mais variável surgindo a necessidade de desenvolver estratégias de coordenação e de utilizar instrumento de análise mais sofisticados como os modelos preditivos. O acesso à atenção pós-aguda apresenta uma grande variabilidade e convoca estratégias que envolvam a atenção multiprofissional interdisciplinar e as alternativas aos encontros presenciais face a face para atender às necessidades das pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

As restrições de oferta na atenção primária à saúde podem ocorrer quando se aumenta a demanda como está ocorrendo em certas regiões dos Estados Unidos em função do *Obamacare* (PETTERSON et al. 2013).

O agendamento na atenção ambulatorial especializada foca-se em certas condições de saúde que exigem atendimentos por especialistas e implicam em referência e contrarreferência. O

agendamento na atenção ambulatorial especializada pode ser afetado por fatores externos que não estão sob o controle do sistema de atenção à saúde, nem das pessoas usuárias, como tempo de pré-autorização, necessidades de exames complementares adicionais e problemas nas relações de comunicação entre unidades que referenciam e que são referenciadas (MURRAY, 2002). Na presença de comorbidades é necessário coordenar vários especialistas, bem como utilizar equipes multiprofissionais interdisciplinares, o que tende a aumentar a variabilidade. Em centros de especialidades acadêmicos há um grau maior de variabilidade pela presença concomitante de responsabilidades clínicas, educacionais e de pesquisa (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Na atenção ambulatorial especializada são comuns os problemas relativos aos momentos de transição que ocorrem nas redes de atenção à saúde.

O agendamento para a atenção de urgência e emergência apresenta singularidades. É comum observarem-se superlotação e longos tempos de espera que provocam queixas das pessoas usuárias. Isso pode derivar de ações impróprias dos serviços de urgência e emergência que se fixam em processos discretos e se esquecem de considerar os comportamentos das equipes de saúde e o sistema de desempenho ou a cultura organizacional (MELON et al, 2013). Um fator considerado crítico na superlotação dos serviços de urgência e emergência é o manejo exagerado das pessoas usuárias por meio de observação ao invés de dar altas ou de interná-las (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2008). Há pesquisas que demonstram que há uma correlação entre a duração da presença das pessoas nos serviços de urgência e emergência e a ocorrência de eventos adversos nas subsequentes internações hospitalares (GUTTMAN et al, 2011).

O acesso às internações hospitalares expressa a interconexão que existe entre a demanda e a oferta destas unidades de saúde. Conseqüentemente demoras nas internações são comuns. A demora derivada dos insumos como leitos é medida pelo tempo que decorre entre a decisão de internar e a efetiva internação de uma pessoa. A demora devida à produtividade é o tempo excessivo entre a internação da pessoa até que ela esteja pronta para ter sua alta. E a demora de produto é a demora que ocorre entre o momento da alta técnica e a alta efetiva, tal como ocorre em função de problemas de carência de oferta em unidades de cuidados continuados ou em unidades de reabilitação (HALL, 2013). O acesso hospitalar é influenciado pela coordenação do fluxo. A otimização do desempenho hospitalar requer medir a demanda, a capacidade de oferta e o fluxo intra e interpontos de atenção de uma rede, o que envolve organizar alguns passos como consolidar ou remover alguns processos para racionalizar o

fluxo assistencial (LEE et al, 2015). Um projeto de aumento da eficiência aplicado no Hospital Albert Einstein, em São Paulo, com foco na organização dos fluxos assistenciais teve reflexos na diminuição das taxas de permanência e no aumento dos giros dos leitos que representou um ganho virtual de 66 leitos e uma economia em investimentos em leitos hospitalares de, no mínimo, 66 milhões de reais (CERONDOGLO NETO, 2015). Os hospitais tendem a buscar uma otimização de cada departamento per si, o que costuma gerar problemas na organização como um todo; o ideal é buscar um equilíbrio entre o conjunto de departamentos de um hospital (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). Idealmente, o movimento das pessoas desde a admissão, o tratamento e a alta deveria ocorrer sem atrasos significativos, mas isso não ocorre nos hospitais com ambientes centrados nos interesses de departamentos ou de profissionais porque não costuma haver coordenação das ações (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

14. O balanceamento entre oferta e demanda

Os problemas no acesso aos serviços de saúde apresentam algumas causas como ineficiências na operação, ineficiências na coordenação do cuidado e problemas na cultura organizacional que resultam na interrupção dos fluxos, no uso deficiente dos recursos, no desequilíbrio entre a demanda e a oferta (YOUNG e McCLEAN, 2008). Fatores específicos da organização como as lideranças nas organizações de saúde e as suas culturas podem contribuir para dificuldades no acesso e para longos tempos de espera (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

O balanceamento entre oferta e demanda em todos os pontos das redes de atenção à saúde é essencial para chegar a sistemas eficientes e efetivos (HALL, 2012). Por esta razão, o conceito fundamental na organização do acesso é o balanceamento entre oferta e demanda. Isso implica manter uma constante capacidade analítica de compreensão da dinâmica envolvida nessa relação para tomar ações, sejam do lado da oferta, sejam do lado da demanda, visando ao seu equilíbrio (MURRAY e BERWICK, 2003).

Nos sistemas de atenção à saúde em que se pratica a gestão da oferta, como nos sistemas públicos e privados brasileiros, há uma sobrevalorização das ações de incremento da capacidade de oferta, sem outras ações de racionalização da oferta (GRUMBACH, 2009).

Além disso há uma subvalorização das ações de racionalização da demanda que, em geral, não são consideradas (MENDES, 2015).

O desequilíbrio entre oferta e demanda gera atrasos e aumentos de tempo de espera, diminuindo a satisfação das equipes de saúde e das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde. Se a demanda é igual à capacidade de oferta não há problema, mas se houver variações, seja no lado da demanda, seja no lado da oferta, podem surgir desequilíbrios, ainda que temporários, que incrementam os tempos de espera. As estratégias para equilibrar oferta e demanda requer ações de racionalização no lado da demanda, da oferta e dos fluxos de trabalho e das pessoas usuárias a fim de ajustar a demanda e a capacidade de oferta de forma contínua.

Em geral, os tempos de espera longos são vistos, tendencialmente, como indicação da necessidade de ações do lado da oferta, com o aumento da capacidade instalada de serviços. Sequer costuma haver uma visão de racionalização da oferta por meio de ações efetivas. Várias pesquisas mostraram que pelo menos 25% das demandas diárias em determinadas unidades de saúde ambulatoriais não requerem um atendimento presencial com um profissional; essas demandas podem ser atendidas de forma não presencial, à distância (DARKINS et al, 2008; HSU et al, 2012; PEARL, 2014).

Sem essas ações de racionalização da oferta - para além do simples incremento dos serviços atualmente prestados -, não é possível atingir o balanceamento racional entre oferta e demanda (MENDES, 2015).

Da mesma forma, a racionalização da demanda deve ir além da demanda de pessoas que buscam serviços numa determinada unidade de saúde pressupondo que todas elas devam ser atendidas. Como se viu anteriormente, muitas demandas, se efetivadas, não irão beneficiar as pessoas demandantes porque não estão baseadas em evidências estabelecidas em diretrizes clínicas, o que pode gerar excessos de diagnósticos e tratamentos, iatrogenias e gastos excessivos.

Entre as causas dos diagnósticos e tratamentos excessivos são mencionadas o pouco domínio das evidências na prática cotidiana, a medicina defensiva, a reversão médica, as dificuldades da cultura médica em abordar adequadamente os fenômenos do envelhecimento e da morte. Essas causas são reforçadas por um sistema de pagamentos por procedimentos que não se alinha com a geração de valor para as pessoas e que incentiva a fazer mais serviços de maior

densidade tecnológica e de maiores custos e não os serviços mais necessários (CHRISTENSEN et al., 2009).

A resposta aos procedimentos preventivos, aos diagnósticos e aos tratamentos excessivos (BROWNLEE, 2008; WELCH et al, 2011; GAWANDE, 2015; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE, 2015; WELCH, 2015) está em utilizar corretamente diretrizes clínicas baseadas em evidência, em incorporar à prática clínica a prevenção quaternária (JAMOULLE et al., 2002).

Além disso essa resposta implica caminhar para outro sistema de pagamento dos serviços de saúde que estimule a geração de valor para as pessoas, o pagamento por valor. Há uma tendência recente de mover do sistema de pagamento *fee-for-service* para um sistema de pagamento *fee-for-value* (UNITEDHEALTHCARE, 2012). O sistema de pagamento baseado em valor constitui uma inovação porque facilita a obtenção de melhor qualidade dos serviços, menor custo, maior transparência e inovação. Esse sistema de pagamento é virtuoso porque alinha os incentivos entre organizações de saúde, prestadores de serviços e profissionais de saúde melhorando os resultados clínicos, a experiência das pessoas usuárias e o custo/eficiência do sistema. Há evidências de que o sistema de pagamento hegemônico, baseado no volume dos recursos aplicados, não contribui para a melhoria dos resultados sanitários. Uma pesquisa mostrou que houve uma associação inversa entre o volume dos recursos aplicados e a qualidade da atenção; piores resultados sanitários foram obtidos em regiões com maiores ofertas de serviços e maiores gastos (JENKINS et al, 2003). Parece que a explicação está em que os sistemas de pagamento focados no volume de procedimentos penaliza os prestadores que operam com mais qualidade, já que manter as pessoas saudáveis, reduzir os erros médicos e evitar serviços desnecessários geram menores receitas aos prestadores (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

As principais mudanças que contribuem para a geração de valor para as pessoas, na experiência da UnitedHealthcare (2012) foram: integração clínica e fortalecimento da atenção primária à saúde como as experiências de *Patient-centered Medical Homes* e *Accountable Care Organizations*, introdução de profissionais como enfermeiros e farmacêuticos clínicos na equipe de saúde, ênfase em medidas preventivas e uso de padrões construídos com base em evidências científicas. Essa operadora tem como meta passar de 20% de pagamentos por valor em 2014 para 60% a 65% em 2017 (PARMAR, 2014).

Além disso, como indica Gawande (2015), a medicina deve se adaptar, técnica e culturalmente, à inexorabilidade da velhice e da morte.

Em função dos excessos cometidos no campo da medicina, foi proposto o conceito de prevenção quaternária, adotado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), que significa as ações tomadas para identificar pessoas e populações em risco de medicalização excessiva, para livrá-las de intervenções médicas invasivas e para prover serviços que sejam científica e medicamente aceitáveis e seguros (JAMOULLE et al, 2002).

A prevenção quaternária destina-se a proteger as pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames complementares em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e de adoecimentos autolimitados, às solicitações de exames e tratamentos pedidos pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (JAMOULLE et al, 2002; GÉRVAS, 2002).

A racionalização da demanda pressupõe uma análise constante da demanda diária numa unidade de saúde que possibilite comparar a oferta e a demanda a cada dia da semana em função da variabilidade existente (TANTAU & ASSOCIATES, 2009).

Importante na racionalização da demanda é a adequação do painel de pessoas usuárias por equipes de saúde. Esse painel expressa a demanda que é criada externamente às unidades de saúde e indica o número de pessoas usuárias por equipes ou unidades de saúde. A demanda relaciona-se, externamente, com o tamanho do painel de pessoas usuárias e, internamente, pelo estilo da unidade de saúde e pelas taxas de retorno estabelecidas pelos profissionais de saúde.

O tamanho do painel é uma variável fundamental no equilíbrio entre demanda e oferta de serviços de saúde. Um painel com o tamanho certo é um determinante fundamental do acesso adequado. Um painel excessivo com sua conseqüente demanda cria falsas expectativas e determina o desvio das pessoas a outras unidades ou equipes, especialmente a unidades de atenção às urgências e às emergências, reduzindo a satisfação dessas pessoas e dos profissionais, gerando retrabalhos, produzindo exames desnecessários.

Na racionalização da demanda devem ser utilizados instrumentos como a análise quantitativa da demanda, a definição de parâmetros de utilização com base nas necessidades da população, a normalização dos processos de trabalho por meio de diretrizes clínicas, a

normalização das habilidades por meio de sistemas de educação permanente dos profissionais, a utilização de dispositivos de enlaçamento entre grupos de profissionais, o controle do absenteísmo, a utilização rotineira da prevenção quaternária, a programação da demanda e a identificação e correto manejo das pessoas hiperutilizadoras (MENDES, 2015).

Vários estudos mostraram que há uma previsibilidade na demanda por serviços de saúde. Não obstante, os sistemas fragmentados vigentes operam com total imprevisibilidade, o que os torna inefetivos e ineficientes. É possível tomar medidas de racionalização da demanda por meio de uma programação realizada por meio de parâmetros de necessidades, aumentando a previsibilidade do sistema e o tornando mais racional. O Ministério da Saúde propôs alguns parâmetros de necessidades para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde no SUS (BRASIL, 2015)

Um instrumento fundamental de racionalização da demanda, como se mostrou anteriormente, é a classificação de risco nos eventos agudos (MAC-WAY JONES et al, 2010) e a estratificação de risco nas condições crônicas não agudizadas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Outro fator que influencia o acesso aos serviços de saúde é o enfoque focado no prestador de serviços que caracteriza os sistemas fragmentados vigentes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Os prestadores de serviços de saúde recebem incentivos, especialmente derivados do modelo de pagamento por procedimentos, para prover serviços mais densos tecnologicamente e mais caros; diferentemente, as pessoas usuárias procuram serviços mais acessíveis e com baixa participação de pagamentos diretos do bolso; por seu lado, as organizações pagadoras selecionam riscos e limitam gastos. Tudo isso leva a um total desalinhamento entre os diversos atores que participam dos sistemas de atenção à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Na prática, esses sistemas refletem a prioridade das organizações pagadoras e dos prestadores de serviços que repercute, no campo do acesso, em modelo tradicionais de agendamento que não são desenhados para atender às necessidades e preferências das pessoas usuárias, mas para responder, principalmente, aos interesses dos prestadores de serviços. Assim, no campo temático do acesso aos serviços de saúde se nota um desalinhamento entre as expectativas dos prestadores de serviços e os desejos das pessoas usuárias. É o caso, por exemplo, da utilização de unidades de urgência em substituição aos serviços de atenção primária à saúde que apresentam maiores dificuldades de acesso (TU e BOUKUS, 2013; ZAMOSKY, 2014). No SUS isso ocorre quando a população opta, em certas

circunstâncias, pela utilização de unidades de pronto atendimento em detrimento de unidades de atenção primária à saúde, em que a atenção seria mais efetiva e de menor custo.

Outro fator que influencia o acesso é a composição dos recursos humanos. É sabido que os modelos vigentes de atenção à saúde, especialmente no cuidado das condições crônicas, são fortemente concentrados na figura do médico. Ainda que a presença do médico seja imprescindível na atenção à saúde, os modelos de atenção às condições crônicas mostraram, com evidências robustas, a necessidade de incrementar o trabalho multiprofissional interdisciplinar.

Para que o trabalho multiprofissional interdisciplinar tenha impacto no acesso ele deve vir junto com a ampliação do escopo da clínica com a oferta de novas formas de encontro clínico que vão além da consulta médica presencial face a face. Dentre essas novas formas de atenção à saúde destacam-se a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupos, a atenção por pares e os trabalhos em grupo como os grupos operativos (MENDES, 2012).

15. Estratégias sistêmicas para a organização do acesso aos serviços de saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011). Portanto, nas redes de atenção à saúde ao operar na organização do acesso há que se interagir com outros sistemas dessas redes de modo dinâmico e coordenado levando-se em conta que as mudanças em uma área afetarão as funções em outras áreas. Isso requer estratégias e enfoques sistêmicos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

As estratégias sistêmicas em saúde foram definidas como *“aquelas que aplicam insights científicos a fim de compreender os elementos que influenciam os resultados sanitários e modelam as relações entre esses elementos e alteram desenhos, processos ou políticas baseados no conhecimento de modo a produzirem melhor saúde a custos mais baixos”* (KAPLAN et al., 2013).

Outros setores, especialmente industriais, têm lidado com problemas semelhantes de acesso e agendamento e obtiveram resultados positivos utilizando as estratégias sistêmicas. As ferramentas da engenharia industrial ou da engenharia de produção têm sido bem sucedidas em aumentar a eficiência e a efetividade em áreas correlatas ao acesso e ao agendamento (BRANDENBURG et al, 2015). Utilizando essas estratégias de forma sistêmica, numerosas indústrias coordenam as suas operações em vários lugares, ordenam as suas logísticas, desenham novas tecnologias e utilizam processos consistentes.

Tudo indica que o mesmo pode ocorrer nas organizações de saúde, não obstante a presença de preconceitos culturais que colocam dúvidas e/ou resistências sobre a aplicabilidade dessas estratégias advindas do campo da engenharia da produção serem utilizáveis no setor saúde (AGWUNOBI e LONDON, 2009).

Essas estratégias sistêmicas têm sido utilizadas com sucesso por várias organizações de saúde para melhorar a eficiência, a efetividade, a qualidade, a segurança e a experiências das pessoas usuárias e essas estratégias apresentam grande potencial para melhorar a prestação dos serviços de saúde. Contudo, o sucesso da utilização dessas estratégias, na área da saúde, depende da possibilidade de obter uma integração entre os vários elementos das redes de atenção à saúde e da aplicação em todos os pontos dessas redes e, não somente, num ponto de atenção ou num departamento isolado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

As estratégias sistêmicas que têm sido aplicadas no campo dos serviços de saúde, com sucesso, são o PDSA, o sistema Lean de produção, a gestão de fluxos, o 5's, o Seis Sigma e a teoria das filas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

O ciclo PDSA, foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por este autor. É uma técnica simples que visa ao controle dos processos, podendo ser usada de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. Compõe-se de um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (plan: planejar: O quê? Por quê? Quem? Onde? Quando? Como coletar os dados?), D (do: fazer, executar: executar o plano, documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados), S (study: estudar: completar análise dos dados, comparar os dados com as predições, sintetizar o aprendizado), e A (act: agir, atuar corretivamente: Que mudanças devem ser feitas? Qual o próximo ciclo?).

O ciclo PDSA é um instrumento para o conhecimento e a ação. Podem ocorrer melhorias sem o PDSA, mas mudanças intencionais e complexas, em geral, requerem mais de um ciclo deste instrumento. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças.

A finalização de cada ciclo do PDSA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: O que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação de vários ciclos simultaneamente.

Outra estratégia sistêmica muito utilizada na organização do acesso aos serviços de saúde é o sistema lean utilizado originalmente pelo sistema Toyota de produção.

O sistema lean é uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação de perdas nos processos produtivos e que tem como foco principal agregar qualidade e entregar às pessoas somente o que elas consideram como valor (GRABAN, 2009).

Os benefícios do lean na saúde envolvem ganhos na segurança dos processos, na eliminação de diversas formas de desperdício, jornadas clínicas mais rápidas e simples e uma melhor experiência global do cuidado prestado.

A essência do sistema lean é a contínua eliminação das atividades desnecessárias, os desperdícios que permeiam praticamente todos os tipos de processos assistenciais, de suporte e administrativos. Se se eliminam os esforços desnecessários sobram tempo e recursos para fazer acontecer os processos necessários e haverá mais tempo e recursos disponíveis para as coisas realmente importantes. Eliminar os desperdícios é deixar de fazer as coisas que não agregam valor dirigindo a capacidade de trabalho no sentido de otimizar a qualidade do cuidado e diminuindo custos da atenção (PINTO e BATTAGLIA, 2014).

Os princípios do sistema lean são: criar valor para as pessoas usuárias, atitude de melhoria contínua, unidade de propósito, respeito pelas pessoas, lean é visual e lean é padronização com flexibilidade (PINTO e BATTAGLIA, 2014).

Os princípios do sistema lean podem ser divididos em princípios da provisão enxuta e de consumo enxuto que são complementares. Os princípios da provisão enxuta são: reduzir os *trade-offs* de desempenho, eliminar as atividades que não agregam valor para os clientes, estabelecer fluxo contínuo puxado pelo cliente, envolvimento do cliente e delegar poder aos

empregados. Os princípios de consumo enxuto são: resolver o problema do cliente completamente, não desperdiçar o tempo do cliente, oferecer exatamente aquilo que o cliente quer, oferecer o que o cliente quer exatamente onde ele quer, oferecer o que o cliente quer onde ele quer exatamente quando ele quer e agregar continuamente soluções para reduzir tempo e aborrecimento do cliente (SILBERSTEIN, 2006).

O sistema lean aplica-se melhor em grupos de processos. Na saúde tem sido muito utilizado em unidades hospitalares e ambulatoriais de forma a reduzir atrasos, erros e procedimentos desnecessários, impróprios ou redundantes e, por esta razão, é particularmente útil na racionalização do acesso aos serviços de saúde (YOUNG et al, 2004; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Interrelacionado com o sistema lean está o mapeamento de fluxo de valor que consiste em um diagrama estruturado que documenta todos os passos dos processos envolvidos ao longo dos diferentes departamentos para a obtenção de determinado produto ou serviço, capturando elementos de tempo como a duração dos processos e os tempos de espera entre os mesmos. Como produto tem-se uma imagem realista do processo, fornecendo bases para a eliminação das perdas e desenvolvimento de um processo racional (GRABAN, 2009).

Outra ferramenta importante é o 5's que é voltada para a organização e limpeza do ambiente de trabalho. O nome 5's corresponde às iniciais das palavras japonesas representativas do ambiente de trabalho: *seiri*, organização; *seiton*, ordem; *seiso*, limpeza; *seiketsu*, padronização; e *shitsuke*, disciplina (CORREA e CORREA, 2006).

O 5's possibilita um ambiente onde existam apenas os equipamentos e materiais necessários, organizado seguindo padrões pré-estabelecidos, onde é possível encontrar materiais com facilidade, tornando a vida das pessoas mais fácil, produtiva e contribuindo para motivar as pessoas (BERTANI, 2012).

O Seis Sigma é uma ferramenta desenvolvida na Motorola e que pode ser definida como uma estratégia gerencial planejada, com foco nos resultados de qualidade e financeiros, com o objetivo de promover mudanças significativas nas organizações, buscando sempre melhorias nos processos, produtos e serviços oferecidos aos clientes. Pode-se dizer que o foco principal do Seis Sigma é a satisfação dos clientes, através da redução de defeitos nos processos e o ótimo desempenho da empresa (PERLARD, 2012). O sistema lean e o Seis Sigma são frequentemente combinados quando um objetivo organizacional crítico é reduzir desperdícios e erros (GAYED et al, 2013).

O sigma é uma letra do alfabeto grego e uma métrica de variação usada na estatística. Os sigmas constituem uma escala de qualidade em que o nível 1 sigma significa uma alta quantidade de defeitos e perdas (691 em 1 milhão) e o nível 6 sigma implica um baixíssimo nível de defeitos e perdas (3 em 1 milhão).

A ferramenta é aplicada por meio da estratégia DMAIC (definir, mensurar, analisar, incrementar e controlar). Definir metas claras, mensurar o sistema existente, analisar o sistema atual, incrementar o sistema de forma a melhorá-lo e controlar o novo sistema desenvolvido (HARRY, 1998).

O Seis Sigma tem sido aplicado para melhorar a atenção à saúde em várias situações como o processamento de faturas, a redução de erros de medicação e a melhoria dos fluxos de atenção às pessoas, o que o torna utilizável na racionalização do acesso aos serviços de saúde (KWAK e ANBARY, 2006).

Outra estratégia sistêmica importante é a teoria das filas.

A teoria das filas aplica o estudo da matemática para desenhar sistemas capazes de prever ou minimizar filas. Uma variedade de técnicas de otimização não linear, algumas alicerçadas nos princípios do controle estatístico de processos, têm sido utilizadas em diferentes aplicações de filas em telecomunicações, organizações bancárias, rotas de veículos e serviços de correios. A teoria das filas começou a ser aplicada em múltiplos processos da atenção à saúde envolvendo filas de pessoas usuárias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A teoria das filas é um método analítico que aborda estes fenômenos estudando as relações entre as demandas e as ofertas e os atrasos sofridos pelas pessoas usuárias para avaliação das medidas de desempenho destas relações em função da disposição destes sistemas (ARENALES, 2007).

O fenômeno de formação de filas é rotineiro na vida atual porque ocorre em diversas situações como uma peça esperando para ser lixada ou polida, um avião esperando para decolar, um programa de computador esperando para ser executado ou uma fila de pessoas esperando por serviços de saúde (SANTOS, 2012). A formação das filas decorre do aumento dos consumidores e da incapacidade do sistema para atender esta demanda. A teoria das filas, através de técnicas de simulação, procura um ponto de equilíbrio que balanceie oferta e demanda (ARENALES, 2007).

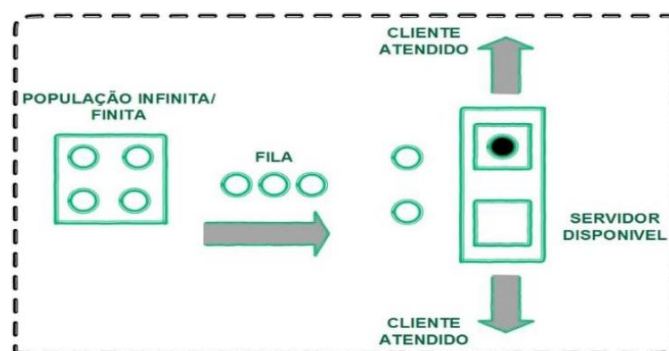
As filas nos serviços de saúde são determinantes de custos sociais em situações em que o sistema de preços não tem influência relevante na alocação de recursos. O tempo de espera exerce um duplo papel. Primeiro, o tempo gasto impõe, às pessoas que estão na fila, um custo de oportunidade que se relaciona com o valor das atividades que elas deixam de exercer enquanto esperam atendimento. Ademais, o tempo despendido nas filas diminui o valor presente dos serviços prestados, dada uma taxa de desconto intertemporal subjetiva às pessoas. A esses dois componentes de custos devem ser adicionados os custos de uma possível deterioração da situação de saúde ao longo desse mesmo tempo e os custos do tratamento realizado enquanto as pessoas esperam na fila (MARINHO, 2006).

Em condições normais, a fila resulta da carência de programação porque se fosse possível organizar as chegadas e os serviços seria possível, também, evitar a espera das pessoas. Em grande parte dos casos é difícil programar, o que torna possíveis as filas. Normalmente, a fila resulta da falta - deliberada ou não - de programação, pois, se fosse possível organizar as chegadas e os serviços, seria também possível evitar completamente a espera dos clientes e não haveria fila. Em parte dos casos, porém, é difícil programar; assim, as filas, embora não desejadas, são, algumas vezes, presentes.

Um elemento essencial para a composição das filas é a população que potencialmente demanda e pode ser infinita ou finita. Uma população é considerada infinita quando não se conhece sua dimensão ou quando é muito grande. Assim, as pessoas são parte da população e formam uma fila antes dos atendimentos efetivos. Após o atendimento, as pessoas saem do sistema de filas (PRADO, 2014).

A representação teórica das filas está na Figura 5.

Figura 5. A representação teórica das filas



Fonte: Chin et al, 2014

O processo de fila é caracterizado por três elementos: o regime de chegada, o regime de serviço e a disciplina da fila (TORRES, 1966).

O processo de chegada é quantificado através da taxa média de chegada ou pelo intervalo de tempo entre chegadas sucessivas que ocorrem de maneira aleatória.

O processo de atendimento é quantificado através do ritmo médio de atendimento e do tempo ou duração média do serviço. A disciplina da fila é a regra que define qual a próxima pessoa a ser atendida, é a ordem em que os usuários são selecionados da fila para o atendimento. As regras de atendimento mais utilizadas são: FIFO (*first in-first out*), em que o atendimento ocorre por ordem de chegada (primeiro a chegar- primeiro a sair); LIFO (*last in- first out*), o último a chegar será o primeiro a ser atendido; PRI (*priority service*), em que o serviço é por ordem de prioridade definido pelos profissionais de saúde; SIRO (*service in random order*), em que o atendimento aos pacientes segue uma ordem aleatória (CHWIF e MEDINA, 2007; FOGLIATTI & MATTOS, 2007). Nas filas da saúde, em geral, deve-se aplicar o PRI porque a atenção à saúde deve priorizar as pessoas de maiores riscos, mesmo quando tenham chegado depois de pessoas de menores riscos, o que implica a classificação de riscos dos eventos agudos e a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas.

Na ocorrência de espera há que se organizar uma área e isso é feito com base na experiência de outros lugares de atendimento semelhante. O tempo médio de espera na fila é um dos fatores que mais causam insatisfação nas pessoas e varia de acordo com o processo de chegada e de atendimento. Portanto, longos tempos de espera, independente do tamanho, acarretam grandes perdas de tempo no sistema e podem ser enfrentadas com um estudo sistemático (CHAVES et al, 2011).

No estudo de filas as variáveis se apresentam de modo aleatório. Para essas variáveis existem valores médios e uma distribuição de probabilidades. Isso implica que dizer que o ritmo médio de atendimento é de 4 pessoas a cada 60 minutos não significa afirmar que cada pessoa será atendida em 15 minutos, mas que o somatório dos 4 atendimentos é igual a 60 minutos (CHAVES et al, 2011).

A teoria das filas tem sido utilizada em serviços de saúde brasileiros (MARINHO, 2006; LIMA et al, 2007; CHAVES et al, 2009; TREVISAN et al, 2013; BIDINHA et al, 2014; CHIN et al, 2014).

16. A aplicação de um enfoque sistêmico para o acesso aos serviços de saúde

A aplicação de um enfoque sistêmico para o acesso aos serviços de saúde inclui: fixar a orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias; criar capacidade para a análise de dados e para medir os resultados; incorporar tecnologias inovadoras; criar uma cultura de excelência dos serviços; e desenvolver um processo contínuo de melhoria (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A fixação da orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias significa adotar a filosofia de “Como posso ajudá-lo hoje?” e da atenção centrada na pessoa e, como consequência, o acesso é dirigido para satisfazer as necessidades das pessoas que buscam atenção à saúde melhorando as experiências de cuidado dessas pessoas (BERGESON e DEAN, 2006).

Há evidências de que o envolvimento das pessoas usuárias no seu cuidado contribui para a redução de erros médicos e aumenta a satisfação das equipes de saúde e dessas pessoas (LONGTIN et al, 2010; TOUSSAINT e BERRY, 2013).

A racionalização do acesso aos serviços de saúde implica a utilização de registros eletrônicos que possam registrar os padrões de oferta e demanda e os gargalos nesses fluxos e, em função disso, melhorar a atenção à saúde (DEVARAJ et al, 2013). Observa-se, contudo, que dados importantes para adequar e qualificar oferta e demanda não costumam fazer parte desses registros eletrônicos.

Os dados mais importantes para a organização do acesso são: experiência de cuidado e satisfação das pessoas e famílias; práticas de agendamento; tempos de espera; ciclos de tempo nos atendimentos; e experiências com modelos de atenção alternativos como teleassistência. Contudo, definir essas métricas e estabelecer padrões ou *benchmarks* não são práticas comuns para medir o acesso aos serviços de saúde. Mas uma vez estabelecidos alguns indicadores eles devem ser monitorados periodicamente.

Um Comitê do Instituto de Medicina estabeleceu alguns *benchmarks* para utilizar como critérios de seleção de boas práticas em acesso aos serviços de saúde: na atenção primária

à saúde, atendimento em até dois dias para consultas novas ou de retorno; na atenção ambulatorial especializada, espera de dez dias ou menos para o terceiro agendamento disponível; nas unidades de emergência, o atendimento se fará em até dez minutos após a chegada da pessoa à unidade; e internação hospitalar a partir de uma unidade de emergência deve ser feita em até quatro horas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A melhoria no acesso aos serviços de saúde se beneficia da incorporação de tecnologias inovadoras. Dentre elas podem ser mencionadas a teleassistência, a assistência virtual, o monitoramento remoto e as novas formas de encontros clínicos que rompam os limites dos encontros presenciais face a face e agreguem profissionais não médicos nas equipes de saúde.

Para viabilizar essas novas tecnologias devem ser introduzidas mudanças nos sistemas de pagamento dos serviços de saúde, baseados no valor gerado para as pessoas usuárias.

Melhorar o acesso aos serviços de saúde exige mudanças profundas nas organizações que permitam transitar de uma cultura hegemônica de trabalho em silos, de independência e de fragmentação, para uma cultura de excelência centrada num enfoque de trabalho integrado em redes em que os profissionais de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias se considerem parceiros na produção da saúde e se tratem com respeito e transparência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A melhoria no acesso aos serviços de saúde beneficia-se fortemente de um clima organizacional de melhoria contínua das organizações de saúde.

O modelo de melhoria parte de um suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo (MENDES, 2012). É importante ressaltar que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria. As mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou a atividade é feita ou a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro (LANGLEY et al, 2011).

O modelo de melhoria estrutura-se com base em cinco princípios centrais de melhoria. Os dois princípios iniciais de melhoria são entender porque se precisa mudar e dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo. Muitas mudanças são, simplesmente, fazer mais do mesmo. O terceiro princípio é desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, o que

implica saber se a mudança proposta levará a uma melhoria real. O quarto princípio é testar uma mudança antes de implementá-la em escala, planejando o teste, executando-o, analisando os resultados, resumindo o que foi aprendido e decidindo qual a ação justificada como base no que foi aprendido no teste.

Esse quarto princípio é difícil de ser compreendido na realidade do sistema público brasileiro porque, há, em geral, uma resistência enorme à implantação de projetos-piloto, especialmente por parte de gestores que trabalham com a premência do tempo político. O quinto princípio é implementar a mudança e o grande risco da implementação é que ela não seja sustentável (LANGLEY et al, 2011).

Na experiência internacional são reportados desafios e barreiras à implantação do enfoque sistêmico para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Dentre eles são mencionados: as dificuldades de obtenção de dados confiáveis; a capacidade das tecnologias existentes; as pressões de legislações regulatórias existentes; o preconceito em relação ao uso de tecnologias da engenharia da produção nas organizações de saúde; a necessidade de líderes, profissionais e pessoas usuárias desenvolverem novas habilidades; e as tendências pré-existentes de trabalho isolado, sem integração, nas organizações de saúde (KIM et al, 2006; KIM et al, 2009; MEYER, 2011; PEARL, 2014; LEE, 2015).

17. Pontos fundamentais a serem considerados na organização do acesso aos serviços de saúde

Um Comitê do Institute of Medicine após estudar exaustivamente o tema do acesso aos serviços de saúde fez uma síntese dos principais achados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

A variabilidade: a provisão oportuna de acesso aos serviços de saúde varia amplamente.

As consequências: as demoras no acesso aos serviços de saúde determinam múltiplas consequências, o que inclui os efeitos negativos sobre os resultados sanitários, a satisfação das pessoas usuárias com a atenção recebida, a utilização dos serviços e a reputação organizacional.

Fatores contributivos: as demoras no acesso aos serviços de saúde apresentam múltiplas causas, o que inclui o desbalanceamento da oferta e da demanda, o enfoque do agendamento

baseado no prestador de serviços, os modelos de oferta de cuidados, as filas baseadas em prioridades, a complexidade do cuidado, a complexidade dos mecanismos de reembolso e as barreiras financeiras e geográficas.

Estratégias sistêmicas: ainda que não sejam práticas comuns, o envolvimento das pessoas usuárias é possível por meio da organização de filas racionais e de outras estratégias sistêmicas relativas ao acesso.

Oferta e demanda: a contínua avaliação, monitoramento e balanceamento da oferta e da demanda são requerimentos básicos para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Reengenharia da atenção à saúde: alternativas às consultas médicas, incluindo o uso de profissionais não médicos e atendimentos mediados pela tecnologia, podem atender frequentemente às necessidades das pessoas.

Padrões: medidas padronizadas e *benchmarks* para indicar o acesso oportuno aos serviços de saúde são necessárias para a melhoria dos agendamentos nestes serviços.

Evidência: a evidência disponível é muito limitada para prover orientação na organização de pontos de atenção específicos.

Melhores práticas: melhores práticas emergentes têm melhorado o acesso aos serviços de saúde em vários lugares e servem como bases promissoras para a pesquisa, a validação e a implementação.

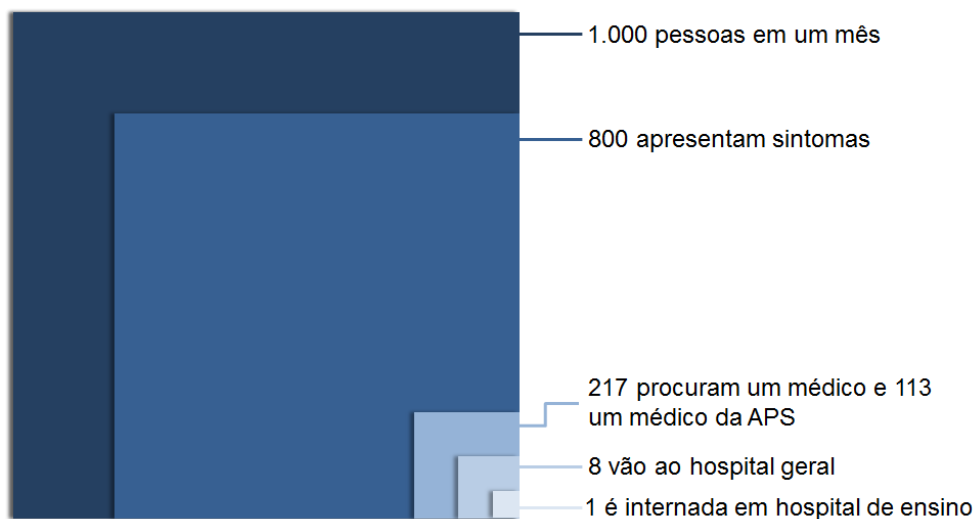
Liderança: liderança em qualquer nível do sistema de atenção à saúde é essencial para sustentar as mudanças culturais e operacionais necessárias à redução dos tempos de espera.

III. FUNDAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. A ecologia dos sistemas de atenção à saúde e o acesso à atenção primária à saúde

Uma quantificação aproximada dos fluxos nos sistemas de saúde tem sido feita por modelos de ecologia. O modelo de ecologia dos sistemas de saúde foi proposto originalmente por White et al (1961) e tem sido reproduzido, desde então, para mostrar como as ações no planejamento e gestão da saúde, na educação e na pesquisa podem ser orientadas para responderem às demandas da população. Em trabalho mais recente Green et al (2001) chegaram a resultados muito próximos à pesquisa original de 1961.

Figura 6: A ecologia dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Green et al (2001)

O trabalho de Green et al (2001), resumido na Figura 1, aponta que de cada 1.000 pessoas em um mês, 800 apresentam sintomas; dessas 800 pessoas, 327 consideram procurar cuidados médicos e 217 chegam a um consultório médico; dessas 217 pessoas, 113 chegam a um médico da atenção primária à saúde; dessas 800 pessoas, 21 chegam a um ambulatório hospitalar, 13 a um serviço de urgência e emergência, 14 recebem atenção domiciliar, 8 são hospitalizadas em hospital geral e 1 interna-se num hospital de ensino.

Esses dados atestam que, num mês, 200 pessoas não apresentam sintomas; das 800 que apresentam sintomas, 583 não chegam ao consultório médico, o que sugere um grande potencial de autorresolução dos problemas.

A propósito, Kloetzel (2013) nos fala que 80% a 90% da demanda ambulatorial são passíveis de remissão espontânea, um fenômeno que ao longo da história da medicina foi responsável pela fama de uma legião de charlatães e pela popularidade de toda sorte de manipulações terapêuticas e religiosas.

O estudo nos permite, também, delimitar o campo da atenção primária à saúde: de cada 1.000 pessoas num mês, 113 irão buscar os cuidados médicos primários. Além dessas pessoas muitas outras chegam a outros profissionais da atenção primária à saúde, especialmente aos enfermeiros.

Os estudos de ecologia dos sistemas de saúde mostram que a atenção primária à saúde recebe continuamente um contingente muito grande das pessoas. Vê-se, portanto, que a maior demanda é por serviços de atenção primária à saúde. É, por essa razão, que as demoras de atendimento nos cuidados primários são frequentes.

Estudos de demanda à atenção primária à saúde, realizados em diferentes cidades brasileiras - Betim, Florianópolis e Porto Alegre -, mostraram que este nível de atenção solucionou em torno de 90% dos problemas que a ele se apresentaram (GUSSO, 2009; LANDSBERG et al, 2012; TAKEDA, 2012).

Portanto, o acesso adequado aos cuidados primários é fundamental para aumentar a efetividade, a eficiência e a equidade dos sistemas de atenção à saúde.

2. A complexidade do acesso à atenção primária à saúde: os perfis de demanda e de oferta

O acesso aos serviços de saúde resulta de um balanceamento entre as estruturas de oferta e demanda. Por isso, há que se analisar bem esses dois lados do acesso.

A demanda por cuidados na atenção primária à saúde é muito complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, e estrutura uma resposta social na forma de uma variada estrutura de oferta (MENDES, 2012).

Crombie (1963), num trabalho seminal, verificou que somente em 50% das consultas ofertadas na atenção primária à saúde foi possível fechar um diagnóstico. As razões são: muitos problemas se autolimitam e, assim, devem ser acompanhados por uma observação ativa; não se conhece a fisiopatologia de base dos problemas gerais e indefinidos; recursos tecnológicos e exames complementares não contribuem para o esclarecimento desses problemas; e constitui uma má prática clínica tentar fechar diagnósticos para problemas não estruturados, especialmente quando estão presentes fatores psicológicos. Essas singularidades da clínica dos cuidados primários apontam para as dificuldades de profissionais especialistas trabalharem na atenção primária à saúde, já que foram treinados para a elaboração de diagnósticos.

As principais características da demanda à atenção primária à saúde são: ela é quantitativamente muito ampla; a atenção primária à saúde tem alta capacidade de resolução dos problemas que chegam a ela; ela é concentrada em mulheres, crianças, adultos e pessoas idosas; ela envolve um amplo espectro de problemas, motivos de consulta ou condições de saúde; ela é concentrada em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde; ela se distribui numa relação próxima entre demanda não programada e demanda programada; ela é concentrada em condições crônicas; ela envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos; ela é concentrada num pequeno grupo de pessoas hiperutilizadoras; ela é concentrada em demandas administrativas; ela é concentrada em cuidados preventivos; e ela é concentrada em cuidados domiciliares.

A demanda na atenção primária é muito ampla, mas também muito concentrada em poucas condições de saúde.

Pesquisa realizada na atenção primária à saúde de Florianópolis mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos (GUSSO, 2009). Esses resultados são semelhantes aos que se encontraram internacionalmente (BRITT et al, 2005).

Os estudos de demanda na atenção primária à saúde demonstraram que, apesar do grande número de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde que se apresentam na clínica, há uma forte concentração em problemas, motivos e consultas ou condições mais frequentes. Em geral, observa-se, na literatura internacional e nacional, que um pequeno número de problemas ou de condições de saúde mais frequentes respondem por mais da metade da demanda por cuidados primários (SAMPAIO, 2004; OKKES et al, 2005). Nos Estados Unidos, somente 26 problemas de saúde corresponderam a 50% de todos os motivos de consultas de médicos de família na atenção primária à saúde (STARFIELD, 2002). Estudos de demanda na atenção primária à saúde, realizados no Brasil, mostraram resultados semelhantes. Pesquisa realizada numa unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, constatou que 20 problemas ou diagnósticos responderam por 61% da demanda total na atenção primária à saúde (RADAELLI et al, 1990). Outra pesquisa realizada no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou que 40 problemas/diagnósticos foram responsáveis por 58,9% da demanda total na atenção primária à saúde daquele serviço (TAKEDA, 2013). Em Betim, Minas Gerais, 32 motivos de consultas foram responsáveis por 50% do total de atendimentos em três unidades de atenção primária à saúde (LANDSBERG et al, 2012). Uma pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 28 problemas responderam por 50,4% da demanda total na atenção primária à saúde (GUSSO, 2009). É o que se mostra no Quadro 2.

Quadro 2: Problemas mais frequentes na demanda na atenção primária à saúde em Florianópolis, Santa Catarina

PROBLEMA	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADA
Hipertensão sem complicação	827	9,8	9,8
Prevenção/manutenção da saúde	464	5,5	15,3
Infecção do aparelho respiratório superior	316	3,8	19,1
Gravidez	293	3,5	22,8
Diabetes não insulínica	255	3,0	25,6

Depressão	224	2,7	28,3
Contracepções/outros	139	1,7	30,0
Prevenção/manutenção da saúde	128	1,5	31,5
Sinais e sintomas da região lombar	116	1,4	32,9
Transtorno/estado de ansiedade	110	1,3	34,2
Hipotireoidismo	108	1,3	35,4
Gastrenterite	105	1,2	36,7
Alteração no metabolismo lipídico	99	1,2	37,9
Dermatofitose	94	1,1	39,0
Amigdalite aguda	93	1,1	40,1
Cistite/outra infecção urinária	93	1,1	41,2
Asma	78	0,9	42,1
Dor abdominal generalizada/cólicas	73	0,9	43,0
Dispepsia/indigestão	73	0,9	43,9
Abuso do tabaco	73	0,9	44,7
Obesidade	72	0,9	45,6
Dores musculares	69	0,8	46,4
Cefaleia	67	0,8	47,2
Vaginite/vulvite NE	57	0,7	47,9
Exame médico/avaliação de saúde	56	0,7	48,6
Otite aguda/miringite	53	0,6	49,2
Bursite/tendinite/sinusite NE	52	0,6	49,8
Rinite alérgica	52	0,6	50,4

Fonte: Gusso (2009)

Essa grande concentração dos problemas da atenção primária à saúde em poucos problemas deve ser refletida, especialmente no campo da educação dos profissionais de saúde. Esses poucos problemas que concentram metade do total de problemas que se apresentam na atenção primária à saúde deveriam ser considerados nos cursos de graduação das faculdades de ciências da saúde. Se o objetivo da graduação deve ser a formação de profissionais generalistas, esses problemas deveriam ser privilegiados nos cursos para que os graduandos pudessem manejá-los com efetividade. Da mesma forma, os programas de educação permanente deveriam focar nesses problemas mais comuns. O problema é que a cultura

flexneriana que se impôs na educação das profissões de saúde, distancia-se desse objetivo colocando grande energia nos conteúdos de atenção especializada.

A análise da estrutura da demanda e a identificação dos poucos problemas ou condições de saúde que compõem em torno da metade da totalidade dos atendimentos é fundamental para a organização racional do acesso à atenção primária à saúde. As razões são: é essencial elaborar diretrizes clínicas baseadas em evidências para esses problemas, com ênfase na estratificação de risco das condições crônicas e nos manejos adequados dos diferentes riscos; essas diretrizes deverão ser base para os processos de educação permanente das equipes de atenção primária à saúde.

As pesquisas de demanda feitas na atenção primária à saúde no Brasil apontam para a prioridade que se deve dar, nos cuidados primários, às ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, às condições gerais e inespecíficas, às enfermidades, à hipertensão arterial, ao diabetes melito, às alterações do metabolismo lipídico, à atenção às gestantes e às crianças, à depressão, às infecções das vias aéreas superiores, ao hipotireoidismo, à obesidade e aos sintomas e sinais da região lombar (MENDES, 2012).

As necessidades de saúde da população vinculada à atenção primária à saúde, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais) transformam-se em demandas efetivas que levam ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Essas listas de problemas e/ou diagnósticos estruturam diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em: demanda por condições agudas, demanda por condições crônicas agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demanda por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades, demanda por pessoas hiperutilizadoras, demanda administrativa, demanda por atenção preventiva e demanda por atenção domiciliar, e demanda por autocuidado apoiado.

A Figura 7 mostra as relações entre os perfis de demanda e de oferta na atenção primária à saúde.

Figura 7: Os perfis de oferta e de demanda na atenção primária à saúde



Fonte: Mendes (2015)

Portanto, a demanda na atenção primária à saúde é extremamente complexa e variada, o que torna mais difícil organizar os sistemas de acesso. Em função disso, o perfil de oferta é, também, muito complexo porque utiliza seis diferentes composições tecnológicas específicas para o atendimento aos dez perfis de demanda.

A identificação e análise dos perfis de oferta é fundamental para a organização do acesso na atenção primária à saúde. Esses diferentes perfis de oferta devem ser organizados por meio

do gerenciamento de processos com a utilização das estratégias sistêmicas para a organização do acesso, referidas anteriormente, especialmente o mapeamento dos fluxos de valor.

3. O acesso à atenção primária e a coordenação da atenção à saúde

Não é somente pela quantidade de demanda que o acesso adequado é importante na atenção primária à saúde. Isso se explica por um papel fundamental - além da resolutividade -, que os cuidados primários desempenham nas redes de atenção à saúde e que é a sua coordenação.

A falta de coordenação da atenção à saúde é um dos principais problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde (SMITH et al, 2013). Ela se manifesta por meio de um conjunto de situações frequentes como: as barreiras de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares; as filas por serviços de saúde; a falta de comunicação entre a atenção primária à saúde e os serviços especializados; a ineficiência na gestão dos recursos utilizados como exames complementares duplicados, referências desnecessárias, reinternações hospitalares, taxas médias de permanência nos hospitais elevadas e utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência; ausência de um sentimento de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; e ausência de um ponto de atenção identificável e com responsabilização coordenadora na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias (VARGAS et al, 2010).

Por falta de coordenação, assim que as pessoas usuárias se movem dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, elas se sujeitam a erros de diagnóstico e tratamento e a sobre ou subprestação de serviços. Pesquisas demonstraram que para 20% das pessoas usuárias os resultados de exames ou as informações médicas não estavam disponíveis na data da consulta médica agendada e 25% das pessoas usuárias disseram que os profissionais de saúde repetiram exames que já haviam sido feitos por solicitação de outros profissionais. Numa pesquisa de opinião sobre a atenção à saúde aproximadamente 50% das pessoas usuárias disseram ter experimentado desperdício ou ineficiência no sistema e 33% afirmaram que o sistema é organizado de forma pobre. As pessoas usuárias diagnosticaram que a comunicação deficiente entre os profissionais da atenção primária à saúde e da atenção

especializada foi responsável pelo incremento das visitas aos médicos (STREMIKIS et al, 2011).

Esses problemas derivados da descoordenação da atenção são estimulados pela falta de comunicação vigente entre os diferentes serviços, característica marcante da conformação vigente dos sistemas fragmentados que leva a uma perambulação desorientada das pessoas por diversos prestadores de serviços. Como exemplo, uma pessoa usuária do *Medicare*, o sistema que atende aos idosos nos Estados Unidos, consulta, em média, por ano, sete médicos diferentes, sendo cinco especialistas, em quatro diferentes clínicas (PHAM et al, 2007). Essa tendência é exacerbada pelo fenômeno da comorbidade cada vez mais presente, especialmente nas doenças crônicas em pessoas idosas. Um estudo mostrou que enquanto uma pessoa usuária do *Medicare*, com uma única doença, é atendida, em média, por 5,6 médicos por ano, outra pessoa com 10 comorbidades é atendida, em média, por 28,2 médicos (NIEFELD et al, 2003). Outro estudo verificou que no *Medicare* pago por unidade de serviço (*fee-for-service*), o médico de atenção primária à saúde relaciona-se, num ano, com 229 outros médicos que trabalham em 117 diferentes clínicas (PHAM et al, 2009). Além disso, verificou-se que a taxa de referência entre médicos dobrou na última década nos Estados Unidos, enquanto que o número de referências realizadas por médicos da atenção primária à saúde aumentou em aproximadamente 160% no mesmo período (BARNETT et al, 2012).

As falhas de coordenação aumentam em função do grande número de profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde, o que inclui mais de 50 especialidades médicas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, equipes de saúde bucal, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e muitos outros (LEAPE e BERWICK, 2005).

As falhas de coordenação ocorrem nas referências entre hospitais e outros pontos de atenção à saúde, o que aumenta significativamente as taxas de permanências hospitalares. Essas falhas de comunicação fizeram com que as equipes de atenção primária à saúde não pudessem dar uma atenção adequada às pessoas pós-altas hospitalares, nem ordenar corretamente as referências à atenção ambulatorial especializada (LEAPE e BERWICK, 2005).

A melhoria na coordenação da atenção à saúde converteu-se numa prioridade dos sistemas de atenção à saúde em todo mundo e facilitar o acesso adequado à atenção primária à saúde é uma das formas mais eficazes de concretizá-la.

A atenção coordenada a uma determinada população sobre cuja saúde se tem responsabilidade e cujos consumos sanitários implicam riscos financeiros, apresenta mais vantagens sanitárias e econômicas que inconvenientes. Esse posicionamento é reforçado por autores de diferentes países (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; CUELLAR e GERTLER, 2006; HOFMARCHER et al, 2007; NUÑO, 2008; VARGAS et al, 2011).

A coordenação da atenção é benéfica, especialmente: para pessoas portadoras de doenças crônicas que têm múltiplos contactos com o sistema de atenção à saúde e que são atendidas por vários prestadores de serviços diferentes; nos momentos de transição do cuidado entre diferentes serviços de saúde; para pessoas portadoras de condições de saúde muito complexas; e para pessoas idosas (HOFMARCHER et al, 2007).

As razões para a coordenação da atenção são várias: a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde que (des)organiza os múltiplos pontos de atenção em silos que não se comunicam entre si; o crescimento relativo das condições crônicas e, em especial, das doenças crônicas, no perfil epidemiológico das populações; a prevalência de fatores de riscos ligados a comportamentos e estilos de vida que são produtores sociais de doenças; a existência da lei da concentração da severidade das doenças e dos gastos com serviços de saúde que mostra grande concentração dos gastos dos serviços de saúde nos estratos populacionais de maiores riscos (NEWHOUSE et al, 1982); e as pessoas idosas e as pessoas portadoras de condições crônicas são as que mais sofrem com a descoordenação da atenção (HOFMARCHER et al, 2007).

Para Starfield (2002) a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum e a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às disponibilidades.

A coordenação das redes de atenção à saúde é feita em unidades diferentes segundo a natureza das condições de saúde. Nos eventos agudos a coordenação é realizada por meio de uma central de regulação. Nas condições crônicas não agudizadas a coordenação é feita diretamente pelas equipes de atenção primária à saúde podendo, para isto, utilizar a infovia da central de regulação.

Assim, o acesso aos cuidados primários, no caso das condições crônicas não agudizadas, funciona como uma pré-condição de um acesso qualificado aos outros pontos de atenção à saúde como a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar.

4. O acesso e o atributo do primeiro contacto na atenção primária à saúde

Starfield (2002) descreveu a atenção primária a partir de sete atributos.

Uma atenção primária à saúde de qualidade ocorre quando os esses atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiro quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

Em função da diversidade dos pontos de atenção à saúde torna-se necessário adotar estratégias de acesso adaptadas às singularidades destes pontos. Na atenção primária à saúde deve-se dar prioridade a mecanismos de acesso prontos e a respostas rápidas para assegurar que a capacidade de oferta esteja alinhada com a demanda.

É certo que todos os serviços de uma rede de atenção à saúde devem ser acessíveis às pessoas usuárias. O acesso aos serviços de especialistas, em ambulatórios e em hospitais, deve ser garantido para quem deles necessitarem, adequando os tempos de agendamento às necessidades das pessoas usuárias e aos riscos e urgência de suas situações. Contudo, na atenção primária à saúde o acesso tem de ser universal para toda população adstrita e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, tendo em vista que não se pode esperar que as pessoas usuárias conheçam a natureza, o risco ou a urgência de seus vários problemas antes de buscarem atendimentos (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade é um dos quatro elementos estruturais dos sistemas de atenção à saúde que é muito relevante para a atenção primária à saúde. A acessibilidade envolve a localização da unidade fisicamente próxima à população à qual atende, os horários e os dias em que está aberta para atendimento, o grau de receptividade para consultas não agendadas e o quanto a população capta estes diferentes aspectos da acessibilidade.

Os termos acessibilidade e acesso são usados de modo ambíguo. A acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso é a forma que uma pessoa usuária experimenta esta característica em seu serviço de saúde.

Ainda que o acesso não seja diretamente um dos atributos da atenção primária à saúde ele está estreitamente vinculado ao atributo essencial do primeiro contacto que consiste na ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário e que este ponto de entrada é de acesso fácil à sua população adstrita. Por isso, este ponto de entrada é denominado de porta de entrada (STARFIELD, 2002).

5. Os problemas do acesso à atenção primária à saúde

As dificuldades de acesso à atenção primária à saúde são frustrantes para os gestores, para os profissionais e para as pessoas usuárias (GOITEN, 1990).

Uma pesquisa mostrou que crianças com dificuldades de acesso à atenção primária à saúde aumentaram a demanda por atenção não urgente nos serviços de urgência, demonstrando que as dificuldades de acesso a um ponto de atenção determinado têm repercussões negativas sobre outros serviços do sistema (BROUSSEAU et al., 2004).

Pesquisa realizada no estado de Washington, Estados Unidos, mostrou que o acesso inadequado à atenção primária à saúde foi responsável por 54.000 internações hospitalares no ano de 1999 (WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Estudo da Kaiser Permanente mostrou que 27% dos adultos não tiveram acesso pronto aos médicos de família (NATIONAL SURVEY OF CONSUMER EXPERIENCES WITH HEALTH PLANS, 2000). 40% dos atendimentos em unidades de emergência são por condições não urgentes e boa parte deles se deve à impossibilidade de obter acesso pronto às unidades de atenção primária à saúde (CUNNINGHAM et al., 1995). Entre 1997 e 2001, o percentual de pessoas que declarou a impossibilidade de obter acesso pronto variou de 23% a 33% (STRUNK e CUNNINGHAM, 2002). Em 2001, 43% dos adultos que buscaram atenção de urgência não foram capazes de obtê-la no tempo devido (GREENBLATT, 2002) e 28% de mulheres com situação de saúde ruim não foram capazes de ter acesso pronto aos médicos (WOMEN'S HEALTH IN UNITED STATES, 2002). Estudos mostraram que o absenteísmo na atenção primária à saúde atinge 20% a 25% da demanda total e isso tem a ver com os tempos de espera longos.

Murray e Tantau (2000), os propositores do acesso avançado, relataram os momentos que deram origem a esta metodologia. Nos anos 90, eles gerenciavam o Departamento de Atenção Primária da *Northern Kaiser Permanente*, na Califórnia, Estados Unidos, uma organização que atendia 250 mil pessoas adultas por meio de 100 médicos e 400 outros servidores. O que era comum a todos os trabalhadores era que nenhum estava feliz pelo descontentamento causado pelas grandes filas e pelos longos tempos de espera. Por outro lado, a necessidade de mudar o sistema era contida por certa segurança dada pelo *status quo*. O tempo de espera médio era de 55 dias e quando a pessoa marcava sua consulta a probabilidade de ser atendida por seu médico pessoal era de menos de 47%. Esse sistema era, também, muito caro. Os recursos humanos que deveriam se centrar na atenção à saúde perdiam-se no atendimento de telefones, nos trabalhos de triagem e no manejo dos *backlogs*. Longas listas de espera geravam altas taxas de absenteísmos. E constatava-se que quanto maiores os tempos de espera, maiores as ameaças à qualidade da atenção. Esse quadro geral apontava que o problema não seria resolvido fazendo-se mais do mesmo, contratando-se mais médicos e mais outros servidores porque uma análise mais profunda mostrava que mais profissionais não eram necessários. Era preciso fazer diferente, mudando-se totalmente o sistema de acesso.

Mantidas certas singularidades do SUS e situações de grande restrição de oferta, determinadas por painéis de pessoas usuárias muito grandes, o quadro do acesso à atenção primária à saúde no nosso sistema público não é muito diferente do que observado em outros

países. A solução, salvo casos claros de restrição forte de oferta, também deverá passar por mudar o modelo de acesso que tradicionalmente se utiliza na atenção primária à saúde. Para isso, será imperativo não fazer mais do mesmo, mas fazer diferente, procurando se aproximar de modelos de acesso à atenção primária à saúde que deram certo em outros países e de experiências bem sucedidas que se desenvolveram no SUS.

6. O tamanho do painel e o acesso à atenção primária à saúde

Uma variável fundamental no acesso à atenção primária à saúde é o tamanho do painel que representa o número de pessoas adstritas a uma equipe de atenção primária à saúde.

Painéis muito grandes dificultam muito a organização racional dos serviços de saúde e, especialmente, aqueles da atenção primária à saúde. Em geral, esses painéis são construídos para o modelo clássico da medicina de família e comunidade que opera com alta centralidade no cuidado médico.

Tome-se, como exemplo, o painel de médicos de atenção primária à saúde por população. O painel médio de pessoas adstritas a um médico de família nos Estados Unidos é de aproximadamente 2.300 (ALEXANDER et al, 2005). Em Portugal, em 2015, o painel médio variou de 1.500 a 1.800 pessoas por médico de família (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL, 2015). Na Inglaterra, em 2011, o painel médio de população por médico generalista era de 1.470 (NUFFIELD TRUST, 2011).

No Brasil, há uma norma de uma equipe de saúde da família para 3.500 pessoas, mas esse número costuma ser ultrapassado na prática social, especialmente em municípios em que a cobertura da atenção primária à saúde é baixa e que, por consequência, apresentam áreas descobertas de cuidados primários. Há que se ressaltar que o painel brasileiro não é somente para o médico, mas para uma equipe que envolve enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal e, em algumas situações, outros profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Portanto, no SUS, deve se pensar em painéis adequados para o modelo da estratégia da saúde da família e não para o modelo clássico da medicina de família e comunidade.

7. A importância da introdução de novas formas de encontros clínicos para a racionalização do acesso à atenção primária à saúde

A implantação de equipes multiprofissionais interdisciplinares na atenção primária à saúde exige a expansão do leque de oferta de serviços pela introdução de novas formas de encontros clínicos, na maioria dos casos, prestadas a grupos de pessoas. Essas novas tecnologias, por incorporarem novos profissionais, além de médicos e enfermeiros, e por atuarem, em alguns casos, sobre grupos, contribuem para a melhoria do acesso, aliviando a sempre sobrecarregada a agenda de consultas médicas e de enfermagem.

A clínica da atenção primária à saúde no SUS é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais face a face, especialmente as consultas médicas e de enfermagem. Mesmo quando há outros profissionais eles tendem, também, a operar por meio de consultas individuais presenciais. Essas consultas caracterizam-se por sua curta duração, já que o tempo médio de programação costuma ser de 15 minutos ou 4 consultas por hora. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para grupos de pessoas.

Essas consultas de curta duração são efetivas no cuidado aos eventos agudos, mas, como demonstram as evidências produzidas pelo modelo de atenção crônica, elas não são uma condição suficiente para o manejo adequado das condições crônicas não agudizadas e dos procedimentos preventivos.

A incorporação de novas tecnologias de encontros clínicos tem uma expressão na estrutura física das unidades de atenção primária à saúde. É preciso garantir espaços adequados para as atividades de grupos. Uma experiência positiva nesse campo é da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que criou os espaços-saúde (MOYSÉS et al, 2012).

Dentre essas novas formas de encontros clínicos na atenção primária à saúde destacam-se a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares e o grupo operativo (MENDES, 2012).

O conceito de atenção contínua, aqui utilizado, é o proposto pelo Group Health Cooperative (2001a). Ele se diferencia de outro conceito de atenção contínua à saúde, muito usado em sistemas públicos como os do Reino Unido e do Canadá e que significa um cuidado provido por um período de tempo continuado para responder às necessidades físicas ou psicológicas

de pessoas usuárias em função de deficiências, acidentes ou doenças de curso longo e que é prestado em centros de enfermagem, em residências, em instituições de longa permanência ou em unidades de cuidados paliativos (HOUSE OF COMMONS, 2005; CAPITAL CARE, 2011).

A atenção contínua foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas na atenção primária à saúde, portanto, em conformidade com os modelos de atenção às condições crônicas. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A atenção contínua destina-se a pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por essa razão, a atenção contínua deve ser orientada por um ponto de apoio que ordena os fluxos de atenção, normalmente um técnico de enfermagem (LOPES, 2014).

Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9,00 a 9,15 horas; com o enfermeiro de 9,15 a 9,30 horas; com o farmacêutico de 9,30 a 9,45 horas; e com o nutricionista de 9,45 a 10,00 horas. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada de 10,00 a 10,30 horas. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, numa única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe da atenção primária à saúde.

Há dois fluxos possíveis: o mais comum, a pessoas se desloca para os consultórios dos profissionais ou a pessoa fica num consultório e os profissionais se deslocam, sequencialmente, para esse consultório.

A atenção contínua tem como pressuposto que cada atendimento profissional é singular, envolvendo aspectos em que o profissional tem vantagens comparativas sobre os outros membros da equipe da atenção primária à saúde. Assim, uma prática correta de atenção contínua envolve um planejamento adequado que permita otimizar o tempo dos profissionais e das pessoas usuárias.

A atenção contínua indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar

proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções que têm sido feitas com base em evidências de sua efetividade ou de padrões ótimos de atenção; elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária; e avaliar os processos e os resultados da atenção.

A utilização da atenção contínua na atenção primária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, em crianças e adolescentes com asma, mostrou os seguintes resultados: 90% aderiram ao modelo de atenção; 49% obtiveram melhor nível de controle da doença; o uso de corticóides inalatórios cresceu de 16% para 76%; o uso de planos de cuidados pelas famílias aumentou de 21% para 89,9%; as demandas a unidades de emergência caiu de 127 para 39 casos no último ano; as internações hospitalares caíram de 14 para 1 caso no último ano. Esses dados sugerem uma boa adesão ao modelo de consulta contínua, maior qualificação da atenção, melhor controle da asma, redução de demandas a unidades de emergências e menores internações hospitalares por complicações da doença (SCHIRMER et al, 2014).

A atenção contínua tem sido utilizada, com bons resultados clínicos, em centros de atenção ambulatorial especializada organizados segundo os princípios do modelo de atenção às condições crônicas, no estado do Paraná (COSTA e MARTINS, 2015; DALCUCCHI, 2015) e na região de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (LOPES, 2014).

Outra nova forma de encontro clínico que tem muito impacto na organização do acesso à atenção primária à saúde é a atenção compartilhada a grupo.

A atenção compartilhada a grupo tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face a face com forte centralidade na consulta médica de curta duração e para dar consequência a práticas multiprofissionais interdisciplinares efetivas (MASLEY et al, 2000).

A atenção compartilhada a grupo vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

Como o próprio nome indica, a atenção compartilhada a grupo não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional (atenção compartilhada), mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo),

contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

A atenção compartilhada a grupo foi desenvolvida, inicialmente, para grupos de idosos frágeis, por John Scott, da Universidade do Colorado, Estados Unidos (HARTNETT, 2006). Os resultados foram muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da atenção primária à saúde; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; e diminuição dos custos da atenção (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b). Posteriormente foi adotada para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia. A atenção compartilhada a grupo tem sido aplicada com bons resultados na atenção às gestantes e no controle do sobrepeso e da obesidade (ICKOVICS et al, 2003; TEOBALD e MASLEY, s/data).

A atenção compartilhada a grupo é indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento, pessoas portadoras de enfermidades e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial como as pessoas hiperutilizadoras (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005). A atenção compartilhada a grupo tem se mostrado efetiva em todos os grupos de idade (HOUCKS et al, 2003). Em certas circunstâncias, membros das famílias das pessoas portadoras de condições crônicas podem participar dos grupos.

A atenção compartilhada a grupo tem sido indicada por vários motivos: mostra à pessoa que ela não é a única com aquela condição; gera esperança ao ver casos de sucesso em outras pessoas; compartilha informações; diminui ansiedade; permite o desempenho de papéis de modelagem entre os pares; oferece aprendizagem interpessoal e cognitiva; e aumenta a coesão do grupo (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2005).

A atenção é compartilhada porque sempre exige a presença de uma equipe multiprofissional que deve ter médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social e outros profissionais definidos em função da condição de saúde do grupo. Por exemplo, se for diabetes é importante

a presença de nutricionista e do cirurgião-dentista, se for saúde mental do psicólogo, se for doença musculoesquelética do fisioterapeuta etc.

O planejamento deve ser minucioso, devendo envolver um tempo de, pelo menos, dois meses, antes de começarem os atendimentos. Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de vinte a vinte e cinco pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de participar dos grupos. Ou seja, a participação é sempre voluntária.

As principais normas de funcionamento da atenção compartilhada a grupo são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar se não entender o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidenciais as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

As pessoas que participam da atenção compartilhada a grupo relatam que elas se conhecem melhor; que elas ficam sabendo que não são as únicas a apresentar uma determinada condição de saúde; que elas se relacionam com pessoas como elas; que elas adquirem novos conhecimentos; que elas têm uma oportunidade de fazer questões livremente; e que elas gostam da companhia dos demais componentes do grupo (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

A introdução da atenção compartilhada a grupo foi considerada pela Academia Americana de Médicos de Família uma das dez principais recomendações para melhorar a medicina familiar nos Estados Unidos (MARTIN et al, 2004). Estudo mostrou que a introdução da atenção compartilhada a grupo na atenção primária à saúde permitiu fazer uma economia de 15 mil dólares/ano por médico (JABER et al, 2006).

Moysés et al (2012) relatam a aplicação da atenção compartilhada a grupo numa unidade de atenção primária à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ali denominada de cuidado compartilhado (CUCO).

Outra nova forma de cuidado na atenção primária à saúde que tem relação com a organização do acesso é o grupo de pares. O grupo de pares consiste em desenvolver atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições.

O uso de pessoas leigas para lidar com as condições crônicas em grupos de pares tem sido crescentemente reconhecido (CORKERY et al., 1997; BARLOW et al., 2005). Em alguns países essa nova forma de encontro clínico tem sido oficialmente estimulada, como no Reino Unido, onde se estruturou o Programa de Pacientes Expertos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) que se assenta no intercâmbio e transferência dos conhecimentos e habilidades de uma pessoa usuária para outras, em como lidar com as condições crônicas. E ocorreu como uma alternativa de ofertar, no Serviço Nacional de Saúde, o autocuidado apoiado.

Os grupos de pares surgiram em função de observações de alguns profissionais de saúde de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior em relação com: a experiência com a condição crônica; as circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e as atitudes frente aos riscos, aos valores e às preferências individuais (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001).

A pessoa usuária que vai facilitar o grupo de pares é selecionada entre os portadores da mesma condição crônica e esta seleção é feita pela equipe de saúde, através de entrevistas e observações, adotando-se critérios como a empatia, o interesse em ajudar, a motivação, a habilidade de comunicação, o interesse no trabalho voluntário e a capacidade de autocuidado. O critério fundamental é que esses facilitadores tenham experimentado os problemas da condição de saúde e, portanto, estejam legitimados para interagir com outras pessoas que estão passando pelos mesmos problemas. A pessoa usuária facilitadora do grupo de pares passa por uma formação realizada pela equipe de saúde.

Os grupos são formados por portadores de uma mesma condição de saúde, em número de 10 a 15 pessoas. Algum membro da equipe de saúde pode estar presente no grupo, mas somente como observador.

Bodenheimer e Grumbach (2007) afirmam que quando um grupo interage com o problema, apresentado por um deles portador de uma condição similar, pode se beneficiar tanto ou mais quanto a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde.

Há evidências de que esses grupos de pares produzem resultados positivos para a saúde de portadores de condições crônicas nas seguintes situações: na melhoria do acesso à atenção (SWIDER, 2002); nos resultados sanitários (FU et al., 2003; LOZANO et al., 2004); na adesão ao autocuidado (RIEGEL e CARLSON, 2004; JOVELL et al., 2006; MESTRE et al., 2008); e no uso de recursos de saúde (FU et al., 2003; LOZANO et al., 2004). Por isso, esses

programas têm sido introduzidos nas políticas oficiais de sistemas públicos de atenção à saúde como o do Ministério da Saúde do Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) e no sistema público de atenção à saúde da Catalunha, Espanha (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007).

O grupo de pares tem os seguintes objetivos: conseguir a adesão das pessoas usuárias; conhecer o grau de satisfação dessas pessoas; melhorar a qualidade de vida percebida por essas pessoas; melhorar o conhecimento das pessoas usuárias sobre a condição crônica; melhorar o grau de autocuidado para poder adquirir um manejo correto da condição crônica; melhorar a adesão às terapêuticas; diminuir o número de consultas médicas e de enfermagem; e diminuir as internações hospitalares e os atendimentos de urgência e emergência.

No Instituto Catalão de Saúde, na Espanha, o grupo de pares consta de nove sessões de 1 hora e 30 minutos que se distribuem num período de dois meses e meio. O número de participantes está limitado a 10 com a finalidade de garantir uma comunicação fluida e efetiva entre os participantes. Uma pessoa usuária é escolhida em função de sua experiência e da sua vivência em relação à condição crônica e atua como facilitadora do grupo. Para tal passa por uma formação em dinâmica de grupos pela equipe de saúde.

A avaliação do processo faz-se em duas fases: a primeira, após cada sessão; e a segunda, seis a doze meses após o final dos trabalhos. Ambas buscam avaliar aspectos qualitativos e quantitativos, valorizando-se, de um lado, os conhecimentos adquiridos, as mudanças de comportamentos e de estilos de vida, o grau de autocuidado e a satisfação dos participantes e, de outro, a utilização dos serviços de atenção primária à saúde, dos serviços de urgência e emergência e das internações hospitalares. A avaliação feita em dez grupos de pessoas usuárias da atenção primária à saúde portadoras de insuficiência cardíaca, em Barcelona, num total de 78 participantes, mostrou que, ao final do programa, 20,1% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 9,2% adquiriram novos conhecimentos; seis meses depois, 25% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 13,2% melhoraram seus conhecimentos sobre a enfermidade. Além disso, os resultados qualitativos demonstraram um alto grau de satisfação dos participantes com o programa (MESTRE et al, 2008).

Em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, os grupos de pares têm funcionado no controle do diabetes contribuindo para resultados clínicos positivos e com satisfação das pessoas participantes (LOPES, 2014).

Outra forma de encontro clínico que ajuda a organização do acesso, por trabalhar com coletivos de pessoas, são os grupos operativos.

O grupo operativo pressupõe trabalho em grupo. Certo número de pessoas reunidas num mesmo espaço como no cinema, na sala de espera de uma unidade de saúde ou na fila de ônibus, ainda que possam ter objetivos comuns, constituem um agrupamento, mas não conformam um grupo. Para que um conjunto de pessoas constitua um grupo é preciso que ele se vincule e interaja no sentido de alcançar o objetivo comum. Um grupo implica: um sistema em que as partes se interrelacionam; a instituição de uma nova entidade que seja mais que um somatório de pessoas, com normativas e mecanismos próprios e específicos; o grupo é maior que a soma de suas partes; e a existência de uma interação afetiva. Disso, derivam dois princípios organizadores do grupo operativo: vínculo e tarefa.

Praticamente, a vinculação constitui um processo motivador que tem direção e sentido, apresenta um porquê e um para quê. O vínculo se constitui quando uns são internalizados pelos outros e são, também, por eles internalizados, ocorrendo uma mútua representação interna quando se deixa a indiferença e o esquecimento e se começa a falar, a referir, a interessar, a complementar, a irritar, a competir, a discordar, a invejar, a sonhar com o outro e com o grupo. A tarefa é a maneira pela qual cada integrante do grupo operativo reage a partir de suas próprias necessidades que constituem o polo norteador da conduta. O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal (ABDUCH, 1999).

O grupo operativo foi definido como um conjunto de pessoas reunidas por constantes de tempo e de espaço e articuladas por suas mútuas representações internas que se propõem, explícita ou implicitamente, a executar uma tarefa que constitui sua finalidade. A tarefa, o sentido de grupo e a mútua representação interna feita na relação com a tarefa instituem o grupo como grupo (PICHON-RIVIÈRE, 1977).

O grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que deve ser: dinâmico, permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo, uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa, o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, num ambiente de autonomia (PORTARRIEU e TUBERT-OKLANDER, 1997).

Os grupos operativos abrangem quatro campos: ensino-aprendizagem, cuja tarefa essencial é a constituição de um espaço para a reflexão de temas e a discussão de questões, tendo como pano de fundo que o importante é aprender a aprender; institucionais, grupos formados em instituições como escolas, unidades de saúde, organizações sindicais, organizações militares, empresas e outras para o debate de questões de interesse de seus membros, sendo exemplos os *training groups* e os grupos Balint; comunitários, utilizados em programas voltados para a saúde em que profissionais facilitam grupos para o desenvolvimento de capacidades positivas e integração, como grupos de gestantes, de adolescentes, de lideranças comunitárias e outros; terapêuticos, com o objetivo de promover melhoras nos campos físico e psicológico, englobando o estímulo à autoajuda (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997).

Do ponto de vista estrutural um grupo operativo está composto por seus integrantes, um coordenador e um observador (FREIRE, 2011).

Os participantes entram em tarefa por meio de um disparador temático que permite, ao grupo, operar de forma protagônica. É fundamental que haja regras para o funcionamento do grupo operativo e esses limites são dados pelo enquadre que é o conjunto de condições metodológicas que normatizam a atividade grupal. O enquadre engloba os objetivos do grupo, os temas, o local, os horários, os materiais de suporte, a definição do coordenador e do observador e os participantes.

O coordenador deve facilitar o processo procurando criar um clima grupal que estimula a comunicação e o diálogo, deve valorizar as manifestações livres e espontâneas dos integrantes e deve auxiliar o grupo a elaborar os obstáculos que surgem na realização da tarefa. Espera-se que o coordenador exercite as funções de educador e de incentivador de tal forma que o grupo atue construtivamente no processo de aprendizagem e desenvolva, de forma autônoma, a sua potencialidade. A formação de um coordenador de grupo operativo é um processo complexo que leva tempo para ser alcançado (ABDUCH, 1999).

O observador é um copensor que por sua distância do grupo é capaz de desenvolver uma percepção global do processo. Ele deve registrar, graficamente, as comunicações verbais e gestuais dos integrantes do grupo e do coordenador para auxiliá-los na elaboração da crônica devolutiva do trajeto percorrido pelo grupo (ECHEVARRIETA, 1999).

Os integrantes devem ser, no máximo, 15 pessoas. Eles devem afiliar-se, ao grupo operativo, pela identificação com os objetivos do grupo. Uma temática constitui o disparador do grupo

operativo e ela deve ser escolhida em função dos interesses e das necessidades dos integrantes. O grupo deve interagir sobre a temática e, nesta interação, colocar seus conteúdos racionais e emocionais de modo a compatibilizar conceitos, integrar diferenças e manifestar fantasias. No grupo operativo cada participante comparece com sua história singular, consciente ou inconsciente, ou seja, com sua verticalidade. À medida que se vai dando a gênese do grupo pelo compartilhamento de necessidades em função de objetivos comuns surge a horizontalidade grupal, que não constitui a pura somatória das verticalidades, mas a construção coletiva que resulta da interação de aspectos de suas verticalidades, fazendo emergir uma história própria e inovadora que cria a identidade grupal. O tempo de duração do grupo operativo, a periodicidade dos encontros e o tempo de cada encontro são definidos, com antecedência, pela coordenação, em função das metas a serem alcançadas. Isso faz parte do enquadre do grupo operativo (ABDUCH, 1999).

É fundamental um monitoramento adequado do grupo operativo para que ele atinja seus objetivos. Isso significa manter o enquadre, focar o grupo na tarefa e dissolver as polaridades, procurando manter a comunicação fluida entre os integrantes.

No campo da saúde, o grupo operativo pode ser formado por portadores de determinada condição de saúde, por portadores de grupos de condições de saúde assemelhadas, por idade, por gênero e outros critérios.

Os benefícios da utilização do grupo operativo são vários: redução dos atendimentos individuais presenciais face a face, participação ativa das pessoas no processo de mudança, maior envolvimento dos profissionais com as pessoas usuárias e estímulo à autonomia das pessoas na produção da saúde. Além disso, verificou-se melhoria no acolhimento, fortalecimento dos elos entre as pessoas usuárias e profissionais de saúde, incremento da solidariedade, melhoria nos processos de informação, melhoria na apropriação dos problemas, maior consciência de direitos e deveres, melhoria na capacidade de verbalização e maior integração no grupo (SOARES e FERRAZ, 2007).

Os grupos operativos têm sido aplicados no Brasil no campo da atenção primária à saúde: (MOREIRA et al, 2005; BUENO e SIEBERTZ, 2008; DIAS et al, 2010; MENEZES, 2010; MELO, 2014; STALIANO e COELHO, 2015).

Contudo, há que se advertir que, em algumas experiências denominadas de grupos operativos há uma tendência a utilizá-los de forma inadequada, sem obedecer aos referenciais teóricos e operacionais da proposta pichoniana, com forte conteúdo de transmissão de informações e

como instrumento racionalizador do trabalho, para reduzir a demanda por atendimentos médicos e de enfermagem (HORTA et al, 2009).

A utilização dessas novas formas de encontro clínico é fundamental para a racionalização do acesso à atenção primária à saúde. Elas devem fazer parte da carteira de serviços das unidades de atenção primária à saúde e constar da planilha de programação e do sistema de agendamento.

8. A importância do uso de critérios de riscos para a racionalização do acesso à atenção primária à saúde

A racionalização do acesso à atenção primária à saúde pressupõe o uso de critérios de riscos, tanto para os eventos agudos quanto para as condições crônicas não agudizadas.

A implantação da classificação de risco na atenção primária é fundamental para definir que pessoas com eventos agudos serão atendidas nesta unidade e em que tempo e que pessoas deverão ser encaminhadas a outros pontos de atenção da rede de urgência e emergência.

Tomando como referência o sistema Manchester de classificação de risco as pessoas classificadas como azuis (não urgentes) e verdes (pouco urgentes) deverão ser atendidas na atenção primária, durante seu horário de funcionamento, o que é importante para a organização racional dos fluxos ao longo das redes de atenção à saúde. As pessoas classificadas como azuis podem esperar um tempo de 4 horas ou, até mesmo, serem reagendadas para o próximo dia, enquanto que as pessoas classificadas como verdes devem ser atendidas ou reavaliadas no tempo de 2 horas.

Os critérios de riscos para as condições crônicas não agudizadas são estabelecidos por processos de estratificação de riscos, especialmente aqueles definidos pelo modelo da pirâmide de risco.

A aplicação do modelo da pirâmide de risco no manejo das condições crônicas na atenção primária à saúde tem várias implicações práticas: a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional; a distribuição relativa da atenção profissional, por membros, na equipe multiprofissional interdisciplinar; a distribuição relativa da atenção geral e especializada; e a organização da agenda dos profissionais da equipe multiprofissional interdisciplinar.

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de cuidados primários de saúde. É comum que as equipes da atenção primária à saúde que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas, ofertem, excessivamente, especialmente consultas médicas e de enfermagem, comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Por exemplo, no SUS, é comum que os portadores de hipertensão de baixo e médio riscos estejam recebendo 6 consultas médicas e 6 consultas de enfermagem por ano, o que não é necessário, segundo as evidências científicas. Essa sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da atenção primária à saúde. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente.

Assim, a estratificação de risco tem um impacto muito positivo na racionalização da demanda, especialmente no componente dos atendimentos programados de retorno que constituem o bom *backlog*.

Concluindo, para que o acesso à atenção primária à saúde seja racionalizado impõem-se duas condições: a classificação de risco dos eventos agudos e a estratificação de risco das condições crônicas não agudizadas.

9. A organização do acesso das pessoas hiperutilizadoras na atenção primária à saúde

As demandas de pessoas hiperutilizadoras afetam significativamente a racionalização do acesso aos cuidados primários.

A demanda na atenção primária à saúde caracteriza-se pela sua concentração num grupo de pessoas usuárias, denominadas de hiperutilizadoras (FERNANDES, 2013), de usuários frequentes (SCHRIRE, 1986), de pessoas que consultam frequentemente, de disfóricos, de pessoas problemáticas e de pessoas difíceis (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

A utilização dos serviços de atenção primária à saúde pode ser medida pelo número de vezes que uma pessoa utiliza, num ano, os cuidados primários; se esse número se distancia, para mais, da média de utilização se poderia estar diante de um hiperutilizador. Têm sido propostos critérios quantitativos para identificar essas pessoas. Um estudo sugere que o número

esperado de consultas na atenção primária à saúde seja de 5 por ano (SAWIER et al, 2002). Outras definições são mais arbitrárias, considerando hiperutilizadoras aquelas pessoas com mais de 7, 11, 12 ou 20 consultas por ano, uma vez que a média é inferior a esses valores. Fernandes (2013) trabalhando com dados brasileiros, sugere que são hiperutilizadores as pessoas que fazem mais de 6 consultas por ano. Para outros, pessoas hiperutilizadoras são aquelas cujo número de consultas excede um valor médio ou de referência para o respectivo grupo com o mesmo sexo e faixa de idade, num dado período (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012). Para Vested e Christensen (2005) as pessoas hiperutilizadoras deveriam ser definidas como as 10% mais frequentes de cada grupo.

Uma forma alternativa de definir as pessoas hiperutilizadoras é pela percepção subjetiva dos profissionais de saúde. Quando um profissional percebe que uma determinada pessoa o consulta com uma frequência superior à esperada, tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa ser hiperutilizadora, independentemente de um critério numérico (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Quando a gravidade da doença, a necessidade de reavaliações frequentes e as necessidades das pessoas com doenças crônicas são fatores responsáveis pela procura excessiva de atendimento, a frequência de consultas pode ser adequada e não deve ser considerada um problema. De outra parte, quando a ida frequente à consulta não se traduz em resultados de melhoria das situações de saúde e na redução do sofrimento, é legítimo perguntar se há maneiras melhores para o manejo dessas pessoas (McWHINNEY e FREEMAN, 2010).

Não há uma interpretação simples para o fenômeno das pessoas hiperutilizadoras. É um grupo heterogêneo que inclui pessoas que necessitam de fato dos cuidados que procuram, mas que, ademais, inclui pessoas que criam uma carga de trabalho aparentemente desnecessária para as equipes de atenção primária à saúde. Às vezes existe uma mistura dessas duas situações (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Há trabalhos na literatura que mostram que as pessoas hiperutilizadoras são, muitas vezes, fonte de estresse e de frustração para os médicos de atenção primária à saúde (HODGSON et al, 2005; NEAL et al, 1998).

As pessoas hiperutilizadoras, comumente, apresentam problemas físicos, mentais e sociais. Essas pessoas têm maiores probabilidades de apresentar enfermidades, problemas gerais e

inespecíficos e quadros clínicos pouco organizados e indiferenciados (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Na literatura, existem relatos de hiperutilização dos serviços de atenção primária à saúde. Neal et al (1996) relataram que os 3% de pessoas mais frequentes utilizaram 15% do trabalho clínico de um médico de família. Estudos na Europa mostraram que 4% a 5% das pessoas hiperutilizadoras eram responsáveis por 20% a 25% do total de consultas em cada ano (NEAL et al, 1998; SMITS et al, 2008). Capilheira e Santos (2006), num estudo feito no Brasil, mostraram que as pessoas hiperutilizadoras constituíam 9% da população demandante. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 10% das pessoas que consultaram em 2012 foram responsáveis por 34% do total de consultas realizada naquele ano (TAKEDA, 2012). Uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras da atenção primária à saúde, feita em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou os seguintes resultados: 44% das pessoas eram hiperutilizadoras (mais de 6 consultas por ano); 44% dos hiperutilizadores obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto que 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas; dentre os hiperutilizadores 67,8% eram do sexo feminino e 32,2% do sexo masculino; os hiperutilizadores concentravam-se na faixa etária de 20 a 49 anos (38,6%) e de mais de 60 anos (22,2%); os problemas mais comuns dos hiperutilizadores foram questões administrativas; os problemas mentais e comportamentais têm maior prevalência entre hiperutilizadores (6,9%) do que entre os não hiperutilizadores (3,5%); o profissional mais procurado foi o médico (59,3%), depois o cirurgião-dentista (27,5%); a média de consultas dos hiperutilizadores foi de 12 consultas/ano e dos não hiperutilizadores de 3 consultas/ano; 32,0% dos hiperutilizadores moravam em área de risco, percentual próximo aos dos moradores de áreas de não risco (FERNANDES, 2013).

O entendimento do fenômeno das pessoas hiperutilizadoras é importante na atenção primária à saúde, seja na perspectiva de sua economicidade, seja na perspectiva de sua qualidade. Em termos da economicidade, a hiperutilização dos serviços gera uso inadequado e ineficiência dos recursos da atenção primária à saúde, seja em tempo da equipe, seja em medicamentos e exames complementares, seja nos custos de oportunidade para as pessoas usuárias (SCHRIRE, 1986). Como as pessoas hiperutilizadoras nem sempre respondem bem a consultas de curta duração, a identificação dessas pessoas, o seu acolhimento e o seu manejo adequado permite prestar uma atenção de maior qualidade e, ao mesmo tempo, possibilita reduzir a pressão sobre as agendas dos médicos. A hiperutilização dos serviços de

atenção primária à saúde pode gerar desperdícios e usos inadequados e ineficazes de recursos devido às investigações, tratamentos e referências impróprios. Além disso pode determinar desigualdades e custos de oportunidade levando a prejuízos para pessoas cujas necessidades não são respondidas em função da limitação dos recursos (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

A correta identificação das pessoas hiperutilizadoras pelas equipes de atenção primária à saúde permite aplicar, a elas, modelos efetivos para seu manejo como o modelo balintiano, o modelo biopsicossocial de Engel, o modelo do método clínico centrado na pessoa, o modelo clínico integrado e a intervenção 7 hipóteses mais equipe (ENGEL, 1980; BELLÓN et al, 2008; RAMOS e CARRAPIÇO, 2012; GONZALES et al, 2012). Para isso os profissionais de saúde devem desenvolver várias competências: as comunicacionais, as relacionais, as socioculturais, as de gestão da prática clínica, as de abordagem da família e comunidade e as técnico-clínicas (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

As pessoas hiperutilizadoras beneficiam-se do trabalho multiprofissional interdisciplinar, das novas formas de encontro clínico e das tecnologias de autocuidado.

10. A organização do acesso das pessoas com enfermidades (*illnesses*) na atenção primária à saúde

Um dos fundamentos da atenção centrada na pessoa e na família está na diferença das necessidades individuais em termos de condições de saúde que, na língua inglesa, pode se dar entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou de parte dele, que promove distúrbio nas suas funções. A doença é um construto teórico que permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica (HEATH, 2010). *Illness* é uma condição de se estar sentindo mal ou sofrendo difusamente. Essa palavra tem sido traduzida para o português como enfermidade para expressar ideias, expectativas, sentimentos e efeitos nas funções (GUSSO, 2007).

A enfermidade refere-se ao modo como as pessoas percebem a sua doença, ou seja, é a resposta subjetiva do indivíduo e/ou de sua rede de relações frente à situação de doença. É um fenômeno que engloba aspectos individuais, sociais e culturais da experiência de doença e contempla o significado atribuído a esta doença. A doença (*disease*) é o que pode ser

sistematizado e generalizado através de critérios diagnósticos e catalogado numa classificação de doenças; diferentemente a enfermidade é única e singular porque não se repete, cada pessoa a experimenta de uma forma própria e, portanto, não é passível de generalização (KNAUTH et al, 2013).

Há varias nomações para enfermidades: sintomas ou queixas medicamente não explicáveis (GRAY, 2009), transtorno somatoforme, sofrimento difuso (VALLA, 2001), histeria, síndrome da não doença (MEADOR, 1965), sofrimento difuso (FONSECA et al, 2008) ou comportamento anormal da doença (PILOWSKY, 1990). Até mesmo formas preconceituosas de referir-se às pessoas com enfermidades como poliqueixosas ou ptiáticas.

Algumas pessoas têm uma doença, mas não estão se sentindo mal (enfermidade) como no caso de um diabetes não diagnosticado. Por outro lado, muitas pessoas sentem-se mal (enfermidade), mas não se encontra nenhuma causa para explicar seus sintomas.

As enfermidades podem apresentar formas diferenciadas de manifestação: as somatizações, os sintomas físicos medicamente não explicáveis, as conversões, a hipocondria ou a ansiedade excessiva em relação a uma doença (GRAY, 2009).

Na origem, as somatizações estiveram relacionadas ao conceito da conversão da psicanálise que é a manifestação no corpo de um conflito psicológico não elaborado (McWHINNEY e FREEMAN, 2010). Contudo, as ideias de somatização ou de transtorno somatoforme têm passado por uma releitura em que se deseja significá-las como uma abordagem das enfermidades e das doenças, numa perspectiva mais ampla e integradora.

Em relação com a histeria, assim como as neuroses, elas foram eliminadas da CID 10, bem como do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* da Associação Psiquiátrica Americana, provavelmente porque numa medicina em que o corpo é medicalizado, não há lugar para a subjetividade. Mais complicado é quando, na histeria, o corpo se manifesta, muitas vezes, sem nenhuma correspondência com a nosografia científica. Uma psicanálise lacaniana, ao considerar a histeria, fala da histerossomática que é a disciplina que verifica como o inconsciente se inscreve no corpo em zonas histerógenas em que se dão os gozos dos sintomas (QUINET, 2005).

Em geral, as queixas somáticas constituem a principal justificativa apresentada pelas pessoas usuárias para a busca de consultas médicas na atenção primária à saúde, mas para apenas uma fração delas se consegue encontrar explicações orgânicas confiáveis (KROENKE et al,

1973). Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002). Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul mostrou que 38% das pessoas usuárias da atenção primária à saúde apresentaram transtornos mentais de humor, ansiedade e somatização (GONÇALVES e KAPCZINSKI, 2008). Estudo realizado no Brasil mostrou que as queixas somáticas podem representar até 50% da demanda total da atenção primária à saúde (ALMEIDA FILHO et al, 1997).

Os conceitos de somatização, de queixas somáticas inexplicáveis, de sintomas físicos sem explicação médica e de sintomas medicamente não explicáveis se sobrepõem. Esses quadros têm apresentações clínicas diferentes. Num grupo, o sofrimento mental é inespecífico, não preenchendo critérios para presença de transtorno mental. Num segundo grupo, há um transtorno mental comum, como ansiedade ou depressão, que pode explicar os sintomas físicos. E num terceiro grupo, o quadro clínico é crônico e apresenta síndromes psiquiátricas especificamente associadas à presença de sintomas somáticos inexplicáveis; as pessoas deste grupo são consideradas as somatizadoras verdadeiras (FORTES et al, 2013).

As queixas somáticas inespecíficas são uma demanda complexa na atenção primária à saúde porque, na maioria das vezes, os profissionais não conseguem diagnosticar uma patologia que as sustentem, o que leva a inúmeras investigações clínicas e a referências a diversos especialistas. Tudo isso conduz a maiores riscos de iatrogenia e a aumento dos custos da atenção à saúde (BRASIL, 1995; JANCA et al, 1999; SMITH et al, 1986; TÓFOLI et al, 2012).

A atenção centrada na pessoa, um dos fundamentos da atenção primária à saúde como se viu anteriormente, depende da habilidade de fazer conexões entre a generalidade da ciência biomédica e a experiência singular, objetiva ou subjetiva e consciente ou inconsciente, de uma pessoa portadora de doença ou de enfermidade (McWHINNEY, 1996). Assim, uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas doenças, ou seja, com as enfermidades.

Em geral, os profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com os aspectos subjetivos do sofrimento das pessoas e tendem a se protegerem fixando-se nas queixas físicas, o que leva a um reforço deste padrão de comportamento destas pessoas (SIMON et al, 1999). As pessoas falam de seus problemas físicos e de problemas emocionais, mas os médicos tendem a valorizar as queixas físicas (SALMON et al, 2005). Por esse mecanismo as somatizações operam como possibilitadoras do acesso ao atendimento médico porque as queixas

psicológicas costumam provocar reações de afastamento e abandono por parte destes profissionais (GOLDBERG e HUXLEY, 1992; BRASIL, 1995).

A abordagem das enfermidades exige a superação do modelo biomédico do cuidado substituindo-o por uma clínica centrada na pessoa, mais holística, que abra espaços para se falar e lidar com as emoções e para acolher, escutar e elaborar os sofrimentos emocionais que elas determinam (TÓFOLI, 2012). A complexidade das enfermidades convoca uma clínica que abranja os campos das psicoterapias (GROOPMAN, 2001), da terapia comunitária (FONSECA et al, 2008) e/ou da psicanálise (QUINET, 2005).

O cuidado das pessoas portadoras de queixas somáticas sem explicação médica na atenção primária à saúde envolve três estratégias: intervenções psicossomáticas, como a reatribuição e recodificação do sintoma; técnicas de solução de problemas associadas com intervenções de caráter cognitivo-comportamental; grupos terapêuticos; técnicas de relaxamento; exercícios físicos como caminhadas e alongamentos; abordagem familiar; tratamento medicamentoso para os transtornos mentais associados; e acompanhamento da pessoa quando for encaminhada para tratamento psicoterápico especializado (GARCÍA-CAMPAYO, 1999; GOLDBERG et al, 2001; FORTES et al, 2013).

Como as enfermidades são consideradas condições crônicas elas devem ser abordadas com todo o aparato desenvolvido pelo modelo de atenção crônica (WAGNER, 1998) e, conseqüentemente, pelo modelo de atenção às condições crônicas (MENDES, 2011). Mas há que se ressaltar, neste caso específico, a importância relativa do autocuidado apoiado, já que envolve mudanças de comportamentos das pessoas usuárias da atenção primária à saúde. Mais uma vez nos defrontamos com um tipo de demanda que pressiona fortemente a agenda dos profissionais, mas que não é respondida satisfatoriamente pela oferta exclusiva de consultas médicas e de enfermagem de curta duração. A racionalização do acesso deve considerar essa realidade da atenção primária à saúde.

11. A organização do acesso das pessoas com demandas administrativas na atenção primária à saúde

As demandas administrativas costumam pressionar fortemente a agenda dos profissionais na atenção primária à saúde e, por esta razão, são muito importantes na racionalização do acesso

aos cuidados primários. Essas demandas afetam significativamente o tempo clínico dos médicos da atenção primária à saúde que constitui uma variável crítica no acesso aos cuidados primários.

As demandas administrativas são aquelas que têm caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames e marcação de consultas ou exames especializados. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA et al, 2013).

O clássico estudo de Crombie (1963) já apontava para a importância das demandas administrativas pressionando o tempo clínico do médico de atenção primária à saúde.

Pesquisa realizada numa unidade de atenção primária à saúde de Porto Alegre indicou que dentre as 20 razões mais comuns de encontros clínicos 19,1% foram por demandas administrativas (RADAELLI et al, 1990). Pesquisa realizada nos serviços de medicina geral e familiar de Portugal mostrou que 21,5% do total dos motivos de consultas médicas foram para pedidos de renovação de prescrições nos capítulos geral e inespecífico, circulatório, endócrino, psicológico, metabólico e nutricional, músculoesquelético e visão da Classificação Internacional de Atenção Primária (RODRIGUES, 2000). Estudo exploratório realizado com médicos de família de Portugal encontrou que tarefas realizadas fora das consultas médicas presenciais chegavam a ocupar 23% das tarefas diárias desses profissionais (GRANJA e PONTE, 2011). Pesquisa feita com 155 médicos de família portugueses que trabalhavam 8 horas por dia constatou que eles despendiam uma média de 143,6 minutos por dia em tarefas extra-consulta, como renovação de prescrições, ensino médico, reuniões, tarefas de gestão e coordenação, comunicação com outros profissionais, o que representava 33,4% da sua carga laboral. Uma média de 10,8 tarefas diferentes foram executadas por dia, tendo sido observadas a execução de mais de uma tarefa simultaneamente, em média 3,7 minutos por dia. Quantidade idêntica de tempo foi despendida em tarefas extra-consulta clínicas, 73,0 minutos, e não clínicas, 74,3 minutos (GRANJA et al, 2014). Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, evidenciou que 20% do total de consultas médicas na atenção primária à saúde foram devidas a demandas administrativas (LANDSBERG et al, 2012). Essa pesquisa mostrou que os dois motivos de consultas mais frequentes estiveram relacionados com resultados de exames e prescrição de medicação, com 11,3% do total. Os 32 primeiros motivos concentraram cerca de 50% das consultas e, destes, 7 foram demandas administrativas.

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e muitos recursos da atenção primária à saúde, torna-se necessário que elas sejam organizadas para garantir o equilíbrio entre oferta e demanda neste nível de atenção.

O modo de organizar as demandas administrativas é por meio da gestão de processos quem implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados segundo o modelo de melhoria.

A organização das demandas administrativas na atenção primária à saúde requer, pelo menos, a elaboração e implantação dos seguintes procedimentos operacionais padrões: o procedimento operacional padrão dos atestados médicos, o procedimento operacional padrão da renovação de receitas, o procedimento operacional padrão da análise de resultados de exames e o procedimento operacional padrão de marcação de consultas e de exames especializados.

12. A organização do acesso aos cuidados preventivos na atenção primária à saúde

Há estudos que demonstram que a demanda cuidados preventivos domina as preocupações das pessoas usuárias na atenção primária à saúde. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012). Starfield et al (2008) mostraram que quase metade dos atendimentos médicos nos Estados unidos são consultas de *check-up*.

Os cuidados preventivos devem ser ofertados de forma equilibrada e prudente na atenção primária à saúde. Isso significa uma opção por ações preventivas que demonstrem, com base em evidências científicas, fazer mais bem que danos para as pessoas.

Como se viu anteriormente, os fenômenos do excesso de diagnósticos e tratamento, bem como a reversão médica que se apresentam na prática médica contemporânea e que se devem à excessiva atenção à saúde levam a problemas sanitários e pressionam os custos

dos sistemas. As intervenções médicas são progressivamente mais precoces, variadas, intensas e agressivas e isso ocorre nas intervenções preventivas. O dito que “é melhor prevenir que remediar” nem sempre é verdadeiro. Prevenir é melhor que curar ou cuidar quando a intervenção preventiva apresentar um balanço positivo entre benefícios e danos (GÉRVAS E FERNANDEZ, 2012).

Welch (2015) discorre sobre as suposições equivocadas que sustentam a medicina contemporânea: dentre eles, todos os riscos podem ser diminuídos e cedo é sempre melhor. Esses dois supostos equivocados devem ser considerados ao estabelecer a carteira de serviços preventivos a ser ofertada na atenção primária à saúde.

Por esta razão os cuidados preventivos devem ser prestados tendo em conta a prevenção quaternária que busca proteger as pessoas de intervenções preventivas que possam representar uma ameaça às pessoas ou que não estejam sustentadas por robustas evidências científicas.

Na atenção primária à saúde há uma demanda significativa por ações preventivas relativas aos fatores de risco definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Em termos de cuidados primários destacam-se os fatores de risco proximais e os fatores de risco individuais, segundo a proposição do Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

Os fatores de risco proximais são considerados fatores de risco modificáveis como a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o tabagismo e outros. Esses fatores de risco devem ser enfrentados nos âmbitos macro, meso e microsociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Na atenção primária à saúde as ações se concentram relativamente no âmbito microsocial de uma unidade de saúde prestadora de cuidados primários.

Os fatores de risco proximais são muito ligados aos comportamentos e estilos de vida. Por essa razão as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de

comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na atenção primária à saúde.

Mudar comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais da atenção primária à saúde, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis. Dentre elas destacam-se o modelo transteórico de mudança (PROCHASKA e DiCLEMENTE, 1983), a entrevista motivacional (ROLLNICK et al., 2009), o grupo operativo (PICHON-RIVIERE, 2009) e a técnica de solução de problema (NEW HEALTH PARTNERSHIP, 2008).

Os fatores de risco individuais biopsicológico, abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Dentre eles mencionam-se: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Os cuidados preventivos da atenção primária à saúde, envolvem, ainda, um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, imunização e vacinação, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, controle do álcool e outras drogas.

As recomendações relativas ao rastreamento na atenção primária à saúde devem ser feitas com base em diretivas de comitês nacionais de rastreamento, serviços preventivos e instituições internacionais com menores conflitos de interesse como o United States Preventive Service Task Force, o Canadian Task Force on Preventive Health Care e a Colaboração Cochrane (NORMAN e TESSER, 2012).

Uma diretiva do Ministério da Saúde estabelece as seguintes recomendações de rastreamento de grau A na atenção primária à saúde: dislipidemia em homens maiores de 35 anos; dislipidemia em mulheres de mais de 45 anos; hipertensão arterial sistêmica em maiores de 18 anos; tabagismo; anemia falciforme nos recém-nascidos; hipotireoidismo congênito nos recém-nascidos; fenilcetonúria nos recém-nascidos; câncer de colo de útero nas mulheres sexualmente ativas; e pesquisa de sangue oculto nas fezes entre 50 e 75 anos (BRASIL, 2011).

Pesquisa feita em Florianópolis indicou que prevenção e manutenção da saúde responderam por 5,7% do total de atendimentos na atenção primária à saúde, sendo que esta média variou de 4,1% nas mulheres a 9,1% nos homens (GUSSO, 2009). Resultado semelhante se observou em Betim (LANDSBERG et al, 2012).

É possível que ocorra na atenção primária à saúde praticada no SUS, o que se constatou em outros países, a suboferta de atendimentos preventivos. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, examinando o tempo médio gasto pelo médico de família médio, verificou um dispêndio de 3,0 horas por dia quando seriam necessárias 10,6 horas por dia para esses procedimentos (YARNALL et al, 2003). O que reforça a tese de que as atividades preventivas na atenção primária à saúde devem ser delegadas a profissionais não médicos (GÉRVAS E FERNÁNDEZ, 2012).

O acesso aos cuidados preventivos deve ser organizado na perspectiva de delegar esses serviços ao pessoal não médico das equipes de atenção primária à saúde e de ofertá-los, quando indicado, por meio de novas tecnologias de cuidados que envolvam grupos de pessoas.

É necessário ter uma boa análise de situação dos cuidados preventivos prestados por cada equipe de atenção primária à saúde, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. A partir desse diagnóstico deve ser organizado o acesso a esses serviços podendo-se utilizar, também, as estratégias sistêmicas, especialmente o mapeamento dos fluxos assistenciais e sua racionalização.

13. A organização do acesso à atenção domiciliar na atenção primária à saúde

Se o domicílio é identificado como o próprio ambiente familiar é, nele, que se manifesta um conjunto de forças poderosas que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e de suas famílias, especialmente quando se pratica a estratégia da saúde da família em que esta unidade sociológica é, também, uma unidade de cuidado pelas equipes de atenção primária à saúde (MAHMUD et al, 2012).

A atenção domiciliar ou cuidado domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui num conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade das pessoas e famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar

e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998). A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. A internação domiciliar envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contactos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A vigilância domiciliar faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adstrita à atenção primária à saúde (MAHMUD et al, 2012).

Há alguns critérios que devem ser observados para a assistência familiar: situação de emergência em que a pessoa usuária não pode ser transportada rapidamente para o hospital; atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam a pessoa usuária a vir à unidade de saúde; intercorrências dos portadores de condições crônicas, de pessoas em fase terminal de doença e ou em internação domiciliar; visita periódica para pessoas com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos; visitas a pessoas egressas de hospitais; e confirmação de óbito (MAHMUD et al, 2012).

A organização do acesso à atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na atenção primária à saúde: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar.

Para isso é necessário ter uma análise situacional da atenção domiciliar e com base nela propor uma racionalização do acesso por meio de gerenciamento de processos e com utilização das estratégias sistêmicas já referidas.

14. A organização do acesso ao autocuidado apoiado na atenção primária à saúde

As evidências produzidas pelos modelos de atenção às condições crônicas mostram que o autocuidado apoiado é um elemento essencial para o seu manejo adequado. As condições crônicas que dominam a carga de doenças em nosso País têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. O autocuidado apoiado, juntamente com a estratificação de risco e com a estabilização, constitui os pilares para o enfrentamento clínico correto das condições crônicas não agudizadas.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

O autocuidado apoiado pode ser conceituado como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

Para se tornarem autocuidadoras as pessoas necessitam ter uma compreensão da condição crônica que querem prevenir ou melhorar e automotivação para aderirem a comportamentos saudáveis. Ou seja, bons autocuidadores são pessoas informadas e proativas. Por isso, o autocuidado apoiado envolve duas atividades interrelacionadas: prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; e ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento da condição crônica. Algumas pessoas tornam-se boas autocuidadoras, independentemente da equipe de saúde; outras nunca conseguem se autocuidar, mesmo com ajuda de uma equipe de saúde; outras, a maioria, tornam-se melhores

autocuidadoras se recebem o apoio regular e de qualidade de uma equipe de saúde (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

As pessoas, para se autocuidarem, necessitam de um conjunto de conhecimentos e habilidades que envolvem a solução de problemas, o planejamento de um plano de cuidado, o manejo dos sintomas, a utilização dos recursos de suporte ao autocuidado e a relação de parceria com a equipe de saúde (BROCK, 2005).

A decisão pelo autocuidado apoiado implica uma pessoa: decidir sobre as metas que deseja atingir; construir alternativas para atingir essas metas; elaborar um plano de ação para chegar a essas metas; implantar o plano de ação; monitorar os resultados; fazer mudanças quando necessárias; e celebrar as metas realizadas.

O autocuidado tem sido sustentado por uma metodologia originalmente desenvolvida pelo National Cancer Institute, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Sofreu modificações ao longo do tempo até se tornar conhecida como a metodologia dos 5 A's: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assist e arrange*). Os cinco A's estão fortemente interrelacionados e um bom sistema de autocuidado apoiado se beneficia mais quando os utiliza em conjunto. O US Preventive Services Task Force adotou a metodologia dos cinco A's como um construto unificador para intervenções relativas a comportamentos saudáveis (SHILTS et al, 2004).

Uma equipe da atenção primária à saúde deve dispor de habilidades, atitudes e instrumentos para dar apoio ao autocuidado. Dentre elas mencionam-se: ajudar a pessoas a compreenderem seu papel central em gerenciar sua condição crônica; abrir tempo na agenda para as atividades de autocuidado apoiado; explicar às pessoas o papel de cada membro da equipe no autocuidado; ajudar as pessoas a definirem metas de melhoria de sua saúde e apoiá-las na elaboração de plano de ações que aumentem sua confiança no cumprimento dessas metas; ser capaz de ter uma comunicação eficaz, utilizando estratégias como perguntar-informar-perguntar e fechamento de laço para assegurar que as pessoas entenderam as informações; preparar um plano de autocuidado, por escrito, que envolva as metas e o plano de ações para ficar claro o que as pessoas deverão fazer; utilizar grupos facilitados por profissionais de saúde ou por pares ou cursos breves para informar sobre o autocuidado apoiado e para que as pessoas possam trocar experiências e apoiarem-se mutuamente; informar às pessoas sobre os recursos existentes na comunidade que possam ser utilizados no autocuidado apoiado; e monitorar o plano de autocuidado (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (LORIG et al, 2006). Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes desenhando esses processos (já que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), implantando-os segundo o modelo de melhoria.

Como não há uma demanda direta das pessoas usuárias por autocuidado, o acesso a estas atividades é programado pelas equipes de saúde. Uma boa clínica de condições crônicas supõe um plano de cuidado para cada pessoa usuária e, em cada plano de cuidado, deve haver, obrigatoriamente, um plano de autocuidado.

IV. ENFOQUES ALTERNATIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há diferentes estratégias de organização do acesso à atenção primária à saúde. Dentre elas merecem destaque: o enfoque de alisamento dos fluxos de agendamento, o enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes, o enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial e o enfoque do acesso avançado. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Esses enfoques ainda que, algumas vezes, sejam apresentados de forma isolada, apresentam compatibilidades e sinergias entre si. Por essa razão uma proposta consequente de organização do acesso deve utilizar elementos provindos desses quatro enfoques.

1. O enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento

Esse modelo utiliza tecnologias de alisamento de fluxos. Para isso, identifica e quantifica os vários tipos de variabilidade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e identifica os recursos

disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. Os sistemas de agendamento são definidos para minimizar os tipos de agendamentos de modo a racionalizar os atendimentos (LITVAK e FINEBERG, 2013).

As solicitações por atendimentos na atenção primária à saúde podem ser feitas diretamente pelas pessoas à distância (correio eletrônico ou telefone) ou pela presença física na unidade de saúde (demandas externas) ou serem programadas pela equipe de saúde (atendimentos de retorno) segundo previsto nas diretrizes clínicas e expressas em parâmetros de programação estabelecidos por estratos de risco (demandas internas).

As solicitações diretas das pessoas podem ser feitas para o mesmo dia ou para uma data mais confortável para elas (bom *backlog*). As demandas programadas pela equipe são estabelecidas para datas mais confortáveis para as pessoas e segundo o parâmetro de programação e de acordo com as disponibilidades da unidade de saúde.

O balanceamento de agendamentos oportunamente providos a quem necessita deles e os deseja e a capacidade de resposta de uma unidade de atenção primária à saúde pode ser um grande desafio.

Esse balanceamento pode ser feito por fases e envolve a participação ativa de todos afetados por esta mudança, inclusive as pessoas usuárias e suas famílias.

Litvak (2015) propõe um método estruturado em três fases.

A fase 1 foca-se no balanceamento dos recursos e do fluxo de pessoas usuárias que são muito sensíveis à variável tempo em relação àquelas outras que apresentam agendamentos programados. O principal objetivo dessa fase é melhorar o acesso daquelas pessoas muito sensíveis à questão do tempo (acesso no mesmo dia para pessoas que agendam por telefone ou pessoas que procuram presencialmente a unidade de atenção primária à saúde) e diminuir o caos que resulta de demandas competitivas entre si para agendamento. As principais ações da fase 1 são: separar as pessoas usuárias em grupos homogêneos (por exemplo, pessoas que querem acesso no mesmo dia versus os que podem ser programados, pessoas novas versus pessoas em retorno e/ou pessoas com demandas de eventos agudos, pessoas com condições crônicas não agudizadas para retorno, pessoas com demandas administrativas e pessoas com demandas por serviços preventivos); desenvolver e implantar um sistema de classificação de risco para as demandas por eventos agudos; calcular quantas faixas horárias

(blocos de horas) serão necessárias com base em estatísticas prévias e nas opiniões dos profissionais; desenvolver e implantar procedimentos operacionais padrões para acomodar pessoas pré-agendadas e não agendadas; reduzir os tempos de espera por atendimentos no mesmo dia e atendimentos presenciais, diminuindo o excesso de tempo consumido pela equipe de saúde por meio da avaliação do fluxo de pessoas na unidade e dos processos que geram obstáculos; as pessoas que querem atendimento no mesmo dia e aquelas que se apresentam diretamente à unidade nem sempre poderão ser atendidas pela equipe a que está vinculada; e implementar o redesenho e o monitoramento do desempenho do fluxo de pessoas usuárias.

A fase 2 volta-se para o desafio do alisamento do fluxo das pessoas usuárias com agendamento programado, tais como agendamentos para exames físicos anuais com médicos, para atendimentos de retorno e para vacinações. O objetivo é manter a longitudinalidade do cuidado das pessoas usuárias com as equipes a que estão vinculadas para maximizar a qualidade da atenção, diminuir a competição entre agendamentos programados e não programados e melhorar o rendimento da atenção.

As principais ações da fase 2 são: monitorar os cancelamentos e o absenteísmo; fazer o balanceamento do fluxo de pessoas usuárias programadas para diminuir a competição de pessoas usuárias que se apresentam diretamente na unidade e que desejam atendimento no mesmo dia, maximizando o rendimento dos fluxos para diminuir os tempos de espera; analisar os pontos de variabilidade e identificar mudanças no sistema de agendamentos para obter um agendamento balanceado; distribuir as pessoas usuárias em áreas apropriadas como recepção, acolhimento e classificação de risco, coleta de exames, consultas etc; e desenvolver uma estratégia de uso do telefone na unidade.

A fase 3 objetiva otimizar a capacidade da unidade de atenção primária à saúde para melhorar a qualidade, a segurança e o trânsito das pessoas usuárias. A utilização de formas alternativas de respostas às expectativas das pessoas usuárias e de diferentes profissionais quando necessário cria a oportunidade de corrigir as quantidades de agendamentos para melhor balancear oferta e demanda. As principais ações da fase 3 são: determinar o número de faixas horárias (blocos de horas) necessárias para pessoas que querem ser atendidas no mesmo dia e que acessam a unidade por telefone, para pessoas que foram diretamente à unidade e para pessoas com retorno marcado previamente; avaliar a variabilidade no fluxo das pessoas e os gargalos de agendamento para diminuir os problemas causados pela preferência dos

profissionais de saúde em termos de organização da agenda; estabelecer os recursos necessários (profissionais de saúde, profissionais administrativos e instalações necessárias para cada tipo de fluxo de pacientes (eventos agudos, retornos de pessoas com condições crônicas não agudizadas, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva e outras) a fim de garantir que cada tipo de fluxo garanta a atenção certa no lugar certo; determinar formas alternativas de atender às preferências das pessoas usuárias (atendimentos por telefone ou por internet); introduzir formas alternativas de encontros clínicos (atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupos operativos, grupos de pares e outros); se o número de demandas não clínicas é elevado definir uma estratégia de solução; e definir diferentes cenários de capacidade de oferta a partir de dados da unidade e promover mudanças necessárias para balancear oferta e demanda.

2. O enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares

Um fator crítico no acesso à atenção primária à saúde é o tempo de atendimento do médico. Em parte pela função dessa criticidade, a organização do acesso à atenção primária à saúde passa por incorporar, nos cuidados primários, o trabalho multiprofissional interdisciplinar.

Quando se examinam os perfis de oferta e de demanda na atenção primária à saúde, verifica-se que o médico tem papéis essenciais a desenvolver em quase todos eles (MENDES, 2015). Contudo, dada a restrição de seu tempo disponível, não há a possibilidade de atender a todas as demandas de forma efetiva e eficiente. Isso é responsável pela crise da atenção primária à saúde no plano micro da clínica.

Há no ambiente da atenção primária à saúde um conjunto de desafios que colocam em cheque a atenção face a face presencial de curta duração e o cuidado excessivamente centrado nos médicos: o envelhecimento da população; o incremento da demanda à atenção primária à saúde; o incremento das doenças crônicas e das comorbidades; a necessidade de dispor de tempo para o autocuidado apoiado; um movimento crescente de substituição hospitalar por cuidados ambulatoriais, especialmente na atenção primária à saúde; e a frágil coordenação entre a atenção primária e a atenção especializada, ambulatorial e especializada.

Esse desafio em sido constatado no Reino Unido. Na Irlanda, em 15 anos, o percentual de população que recebe 5 ou mais medicamentos cresceu de 10% a quase 25% entre 1995 e 2010 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSSION, 2015). No Reino Unido, a concentração do cuidado nos médicos, com frágil apoio de uma equipe multiprofissional interdisciplinar e o tempo curto disponível para os atendimentos tem impactado desfavoravelmente o atributo da longitudinalidade; em consequência, o percentual de pessoas usuárias que foram capazes de serem atendidas por seus médicos generalistas decresceu de 70% em 2010/2011 para 60% em 2014/2015 (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). O tempo curto de atendimento, o modelo de atendimento reativo e episódico centrado no médico e o fato de que 2/3 dos atendimentos são em pessoas portadoras de doenças crônicas, tem diminuído a satisfação da população da Inglaterra com seus médicos generalistas entre 1% a 2% a cada ano (NHS ENGLAND, 2015). No Reino Unido, o tempo médio da consulta médica é de 8 a 10 minutos e este curto tempo não permite prover o melhor cuidado para as pessoas usuárias com condições crônicas na atenção primária à saúde (HOWIE et al, 1999; THE HEALTH COMMITTEE, 2016). Em 10 minutos uma pessoa com comorbidades e tomando diferentes medicamentos não pode receber uma atenção segura, humanizada e de qualidade de seu médico (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde controladas (ROUMIE et al, 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER e LAING, 2007), vez que estudos demonstraram que, nos Estados Unidos, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a de crianças é de 14,2 minutos (FERRIS et al, 1998; MECHANIC et al, 2001). Bodenheimer e Grumbach (2007) chegam a falar de uma falência do sistema de atenção à saúde focado na consulta médica de curta duração.

Há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção ao diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década. Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos (BEISECKER e BEISECKER, 1990); que as consultas necessitam

de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN et al, 1995): e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde (DEVEUGELE et al, 2004).

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas, por várias razões. Estimou-se que um médico de atenção primária à saúde gastaria 18 horas diárias para prover os cuidados às condições crônicas e os cuidados preventivos de um painel de 2.500 pessoas (YARNALL et al, 2003; OSTBYE et al, 2005). Somente para elaborar um bom plano de cuidado um médico gastaria, em média, 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Além disso, há o que os criadores do *Chronic Care Model* denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (WAGNER et al, 1996; BODENHEIMER, 2008). Os médicos de família devem cuidar, em cada consulta, de mais de 3 problemas em média; mas isso varia de 3,88 problemas nas pessoas idosas a 4,6 problemas nos portadores de diabetes (BEASLEY et al, 2004). Como resultado disso tudo, 42% dos médicos de atenção primária à saúde manifestam não ter tempo suficiente para atender bem às pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minutos em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades (WAITZKIN, 1984); três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que implica em não adesão (MORRIS et al, 1997); e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias (DUGDALE, 1999).

Além disso, outros estudos refletiram o que tem sido denominado da regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Num estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse (ROTTER et al, 1989); num outro estudo, em torno de 50% das pessoas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações, mostraram uma compreensão equivocada (SCHILLINGER et al, 2003); e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas (SCHILLINGER et al, 2005).

Estudos realizados no Reino Unido demonstraram que a consulta médica de curta duração tem sido causa de problemas na atenção primária à saúde: a amplitude da consulta foi reduzida para um único problema; esse tipo de consulta é particularmente problemático para pessoas idosas e para pessoas portadoras de comorbidades; ela faz com que os médicos se portem de maneira reativa e não proativa; essas consultas curtas não são seguras, nem humanizadas e apresentam baixa qualidade; e levam a um maior número de referências a outros médicos (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

Esses problemas, conforme demonstraram McGlynn et al (2003), contribuem para que, nos Estados Unidos, somente metade das pessoas recebam os cuidados de saúde recomendados com base em evidências em atenção aos eventos agudos, atenção às condições crônicas e em atenção preventiva.

As evidências mencionadas demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração. Ademais, essas evidências demonstram que esse tipo de consulta médica, como instituição central da atenção primária à saúde, não funciona adequadamente no manejo das condições crônicas e dos cuidados preventivos devendo ser substituído por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional interdisciplinar. A razão é que essa atenção centrada na consulta médica de curta duração não é capaz de prover os cuidados adequados às condições agudas e crônicas, de manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis e, por consequência, de promover as interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias (YARNALL et al, 2003; BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

Como resolver esse problema, sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde da atenção primária à saúde? Há duas estratégias alternativas.

A primeira alternativa, conhecida como a estratégia do concierge e informada por argumentos de senso comum, consiste em reduzir a população adstrita a cada médico. Nos Estados Unidos essa alternativa tem levado a painéis 200 a 600 pessoas o que a inviabiliza pela oferta deficiente de médicos de família, além de ser muito cara. Ela tem sido proposta reiteradamente no nosso país, sendo respondida por uma portaria ministerial que reduziu o painel normativo a 2.000 pessoas por equipe da estratégia da saúde da família. Essa estratégia encontra, no

SUS, dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos de atenção primária à saúde e os custos em que incorreria. Além de não ser sustentada por evidências científicas.

A segunda alternativa, a solução mais viável e que tem sido denominada de modelo de equipes organizadas (SCHERGER, 2010) ou modelo da delegação (ALTSCHULER et al, 2012), implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional interdisciplinar interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta, várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da atenção primária à saúde (BODENHEIMER, 2008). Essa alternativa promove a organização de equipes de atenção primária à saúde que distribuem a responsabilidade do cuidado a uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar, o que permite que os médicos possam operar com alta qualidade e de forma confortável um painel de pessoas grande o suficiente, porém gerenciável. Em outros termos, a solução modelo de equipes organizadas ou modelo de delegação não consiste em aumentar o tempo médio da consulta médica, o que não tem sido possível em nenhum sistema de atenção à saúde, nem em diminuir o tamanho do painel por médico, mas agregar ao tempo do médico, outros tempos de atendimentos por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional interdisciplinar de saúde. A consulta médica de curta duração persistirá, mas será requalificada no contexto da atenção multiprofissional interdisciplinar.

Contudo, é fundamental introduzir estratégias que flexibilizem os tempos médios das consultas segundo os perfis de necessidades das pessoas usuárias. Uma forma adequada para fazer isso é instituir blocos de hora com um tempo médio de consulta por 4 pessoas de 15 minutos, mas podendo ter consultas mais e menos demoradas dentro deste espaço de tempo.

A análise comparativa das práticas da atenção primária à saúde na Inglaterra e nos Estados Unidos aponta para a viabilidade da solução dos modelos de equipes organizadas ou de modelos de delegação. Os médicos generalistas ingleses despendem menos tempo nas suas consultas (média de oito a dez minutos contra 15 minutos dos americanos), mas há práticas complementares, realizadas especialmente por pessoal de enfermagem, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam melhores resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica (BODENHEIMER, 2007). Ou seja, na Inglaterra manteve-se o tempo de consulta médica curto, mas alongou-se o tempo da atenção às condições crônicas com a introdução de outros profissionais, especialmente os enfermeiros. Há evidências que os tempos mais curtos de

consultas médicas na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana do que nos Estados Unidos (CAMPBELL et al, 2001; WILSON e CHILDS, 2002). A razão desses resultados é a utilização de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde na Inglaterra.

O modelo tradicional da atenção primária à saúde, fortemente ancorado no cuidado médico, deve evoluir para a atenção prestada de forma compartilhada por uma equipe multiprofissional operando de forma interdisciplinar (WAGNER, 2000; GRUMBACH et al, 2004; MICHENER et al, 2006).

Essa foi uma recomendação sobre o futuro da medicina de família nos Estados Unidos (MARTIN et al, 2004) e, também, em dois documentos de posição sobre o mesmo tema no Reino Unido, um deles com o subtítulo sugestivo de criando equipes para amanhã (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). O segundo documento sobre o futuro da atenção primária à saúde reconhece que para superar os problemas de um modelo de atenção centrado na consulta médica de curta duração deveria ser estimulada a incorporação de equipes multiprofissionais interdisciplinares compostas por médicos, assistentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

O documento do Reino Unido sobre o futuro da força de trabalho na atenção primária à saúde propõe algumas funções para os profissionais da atenção primária à saúde (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

Os médicos estão sendo fortemente pressionados pelo envelhecimento da população, pela epidemia das condições crônicas e pela complexidade das comorbidades. Os médicos deveriam se concentrar nos eventos agudos e nas condições crônicas de maiores riscos delegando outras funções menos complexas a profissionais não médicos. Eles deveriam deixar de lado as ações não clínicas que não agregam valor para as pessoas porque se verificou que mais da metade dos médicos generalistas que se aposentaram precocemente no Reino Unido o fizeram em função do peso destas atividades que não fazem sentido para eles e não os estimula. É preciso afastar, ao máximo possível, os médicos do atendimento às demandas administrativas.

No Reino Unido tem se utilizado os médicos associados, semelhante ao médico assistente que existe nos Estados Unidos, mas com menor grau de institucionalização. Esse profissional

provê um cuidado geral, especialmente atendendo pessoas com eventos agudos de menores riscos. Eles têm dois anos de treinamento após receberem o grau em ciências básicas. Eles trabalham sob a supervisão de médicos generalistas. Em alguns lugares utilizam-se assistentes de atenção à saúde que trabalham em avaliações em saúde, em exames de rotina e em tarefas administrativas (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

Os enfermeiros poderiam atuar na gestão das condições crônicas menos complexas, em grupos mais vulneráveis como crianças, pessoas com deficiências, em pessoas com problemas mentais de pouca gravidade, nas urgências de menores riscos, nos cuidados preventivos e nas ações de educação e promoção da saúde, nos cuidados preventivos e no autocuidado apoiado. Em Fortaleza, Ceará, verificou-se na IV Regional de Saúde que 40% da demanda total feita por acolhimento e classificação de risco foi solucionada pelo enfermeiro e 60% encaminhada ao médico.

Os farmacêuticos clínicos devem desempenhar papéis significativos nas medicações de uso contínuo o que incluiria o monitoramento e a racionalização desses medicamentos, o acompanhamento de pessoas com polifarmácia, as ações de adesão e conciliação de medicamentos, a prevenção e vigilância dos efeitos adversos, nas ações de educação em saúde, nos cuidados preventivos e no autocuidado apoiado.

Os fisioterapeutas poderiam desempenhar papéis importantes no manejo de doenças musculoesqueléticas, na atenção às pessoas idosas, nos cuidados preventivos, na educação em saúde e no autocuidado apoiado.

Além desses profissionais outros como a equipe de saúde bucal (já incorporada na estratégia da saúde da família do SUS), os assistentes sociais, os nutricionistas, os profissionais de educação física e os psicólogos poderiam constituir as equipes multiprofissionais de atenção primária à saúde.

O trabalho não basta ser multiprofissional. Há de ser, também, interdisciplinar. A interdisciplinaridade implica um grupo de disciplinas conexas cujas relações se estabelecem por um nível hierárquico superior que age como integrador e mediador dos discursos disciplinares e como coordenador do campo disciplinar. A interdisciplinaridade se sustenta sobre uma problemática comum, uma axiomática teórica e/ou política compartilhada e uma plataforma de trabalho conjunto, gerando uma fecundação e uma aprendizagem mútua que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais

devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe (ALMEIDA FILHO, 2005).

O cuidado multiprofissional interdisciplinar é bom para toda a equipe. Para os médicos porque os retiram de tarefas que não solicitam as suas competências e diminui a sobrecarga da atenção sobre eles; para os outros profissionais de saúde da equipe porque os incluem no trabalho em time com distribuição clara de tarefas; e para as pessoas usuárias porque, bem informadas sobre o trabalho multiprofissional, obtêm uma atenção contínua ou compartilhada, integrando as ações preventivas e curativas e incentivando o autocuidado (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

Há indícios de que as pessoas podem transferir a sua confiança no médico para toda a equipe multiprofissional (BODENHEIMER, 2008). As pessoas usuárias se beneficiam em ganhos de tempo e de conforto, em poder se relacionar, num mesmo dia, com diferentes profissionais, em atendimentos programados em sequência ou em grupos de profissionais.

A atenção multiprofissional interdisciplinar não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, na atenção primária à saúde, por um tempo determinado. O trabalho multiprofissional interdisciplinar é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais escutas, dos *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isto, tem sido considerado como um critério de qualidade da atenção primária à saúde (WAGNER, 1995; WAGNER, 2000).

Os modelos de equipes multiprofissionais interdisciplinares mais efetivos incluem: uma definição compartilhada do problema; o suporte às pessoas usuárias; a focalização compartilhada em problemas específicos; a elaboração compartilhada dos planos de cuidados; a confiança e o respeito mútuos; o monitoramento das condições crônicas; e o acesso pronto aos médicos especialistas (SINGH, 2005).

A forma de distribuição do trabalho multiprofissional interdisciplinar na atenção primária à saúde pode ser intuída a partir do trabalho de Yarnall et al (2009). Esses autores mediram os tempos clínicos dos médicos de atenção primária à saúde, efetivamente cumpridos nos Estados Unidos, e chegaram aos seguintes valores médios diários: 3,7 horas (46%) para os eventos agudos, 3,0 horas para as condições crônicas (38%) e 1,3 horas para as ações preventivas (16%). Esses tempos clínicos dos médicos foram contrastados com as

recomendações contidas nas diretrizes clínicas baseadas em evidências referentes à atenção preventiva elaboradas pelo US Preventive Services Task Force (YARNALL et al, 2003), aos cuidados das condições crônicas (OSTBYE et al, 2005) e aos cuidados os eventos agudos (YARNALL et al, 2009) observando-se que, em termos absolutos, seriam necessárias 888 horas/ano para cuidado de eventos agudos, 2.489 horas/ano para cuidado das condições crônicas e 1.773 horas/ano para cuidados preventivos e, em termos diários, 3,7 horas para os eventos agudos, 10,6 horas para as condições crônicas e 7,4 horas para as ações preventivas, num total de 21,7 horas diárias, um valor impossível de ser alcançado por um único médico num dia. A situação constatada pelos estudos mencionados implicaria um painel de 1 médico para menos de 1000 pessoas, mas as pesquisas indicam que os Estados Unidos contam com 1 médico de atenção primária à saúde para 1500 habitantes (PHILLIPS e PETERSON, 2011).

A saída para essa situação não está na diminuição do painel dos médicos de atenção primária, especialmente em países como o Brasil, que conta com baixo número de médicos de família e comunidade, porém na implantação de um novo modelo de cuidado que utilize equipe multiprofissional interdisciplinar. Portanto uma das estratégias mais promissoras de racionalização do acesso à atenção primária à saúde é a utilização de equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar.

A lógica da distribuição de tarefas entre os membros da equipe da atenção primária à saúde indica que os médicos devem se concentrar em tarefas que sejam compatíveis com seus conhecimentos e habilidades (WITT, 2006). Outras tarefas devem ser exercitadas por profissionais não médicos que fazem parte da equipe.

A pesquisa de Yarnall et al (2009) traz os elementos para uma ação racional de composição da equipe multiprofissional interdisciplinar da atenção primária à saúde. Os médicos deveriam se centrar na atenção aos eventos agudos e às condições crônicas complexas, deixando para outros profissionais a atenção às condições crônicas menos complexas, os cuidados preventivos, a atenção domiciliar e a atenção ao autocuidado. Esses pesquisadores propõem a introdução de diferentes perfis de composição das equipes multiprofissionais interdisciplinares de atenção primária à saúde e uma reengenharia do tempo dos médicos sugerindo que eles deveriam dedicar de suas 8 horas diárias, 50% para as condições crônicas. O argumento é que o foco nos eventos agudos distancia a atenção das recomendações relativas ao manejo das condições crônicas, realimentando os processos de agudizações destas condições de saúde (YARNALL et al, 2009). Há quem diga que consulta gera mais

consulta, contribuindo pouco para a estabilização das condições crônicas, a essência de seu cuidado.

Altschuler et al (2012) propositores do modelo com delegação do médico a profissionais não médicos (assistente médico, enfermeiro, farmacêutico e educador em saúde) estimaram que 77% dos procedimentos de prevenção podem ser delegados a profissionais não médicos; do total de pessoas com condições crônicas (na realidade de 10 condições crônicas mais comuns) 1/3 apresentam um controle bom e 2/3 um controle pobre e, destes, 75% dos procedimentos realizados com pessoas com controle bom e 33% das pessoas com controle pobre podem delegados a profissionais não médicos, o que corresponde 47% de esforço delegado; e 100% dos procedimentos relativos aos eventos agudos devem ficar sob a responsabilidade do médico. Esses autores consideraram, a partir de dados da American Academy of Family Physicians, que um médico de família americano trabalha, em média, 2.025 horas por ano, ou seja, 43 horas por semana. Para comparar diferentes painéis de pessoas por equipe de atenção primária à saúde criaram quatro cenários: cenário 1: o médico trabalhando só, no modelo sem delegação ou estratégia do concierge implicaria um painel de 983 pessoas; cenário 2: modelo com delegação de 77% dos cuidados preventivos e 47% dos cuidados de condições crônicas implicaria um painel de 1947 pessoas; cenário 3: modelo com delegação de 60% dos cuidados preventivos e 30% dos cuidados de condições crônicas implicaria um painel de 1523 pessoas; e cenário 4: modelo com delegação de 50% dos cuidados preventivos implicaria um painel de 1387 pessoas. Mas a experiência do Reino Unido indica que os enfermeiros poderiam assumir funções clínicas relativas aos eventos agudos de menores riscos, o que permitiria aumentar o painel por médico (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

As evidências produzidas por Yarnall et al (2003), Ostbye et al (2005), Bodenheimer e Laing (2007), Bodenheimer e Grumbach (2007), Bodenheimer (2008), Primary Care workforce Commission (2015) e The Health Committee (2016) atestam a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional interdisciplinar na atenção primária à saúde. Além disso, uma das evidências mais robustas estabelecidas pelo Modelo de Atenção Crônica é da utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares (WAGNER, 1998).

A introdução do trabalho multiprofissional interdisciplinar na atenção primária à saúde, além dos impactos favoráveis no acesso, apresenta resultados positivos na efetividade, na eficiência e nos custos da atenção primária à saúde.

Há que se reconhecer que na prática social apresentam-se dificuldades ao trabalho multiprofissional interdisciplinar: a desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde; a ausência de comunicação entre os integrantes das equipes de saúde; a alta rotatividade dos profissionais de saúde; a pouca incorporação de alguns profissionais na equipe; e a dificuldade para a realização de reuniões participativas da equipe de saúde (DIAS e NOGUEIRA, 2012).

Pesquisa realizada com equipes de atenção primária à saúde sugere que as equipes com cultura clínica colaborativa produzem melhores resultados clínicos, incluindo melhor controle do diabetes e da hiperlipidemia e causam maior satisfação das pessoas usuárias (ROBLIN et al, 2004). Há, também, evidências em relação ao impacto positivo do trabalho da equipe multiprofissional interdisciplinar em várias dimensões da prática da atenção primária à saúde: nas experiências das pessoas usuárias (BARRET et al, 2007); no desenvolvimento profissional dos membros das equipes de saúde (BARRET et al, 2007); na qualidade da atenção e nos resultados sanitários (MODELL et al, 1998; STEVENSON et al, 2001); na utilização dos recursos de saúde (BARRET et al, 2007); e na satisfação dos prestadores de serviços (ROBLIN, 2004). Dubois e Singh (2009) concluíram que um *mix* ótimo de uma equipe multiprofissional está associado com melhores resultados sanitários e maior segurança para as pessoas usuárias, mas que isso ocorre quando a multiprofissionalidade vem junta com altos níveis de qualidade e de senioridade dos profissionais.

A utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares na atenção primária à saúde tem sido considerada como ações fundamentais nos planos estratégicos do Serviço Nacional de Saúde inglês relativos ao futuro dos cuidados primários (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015; THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

Trazidas para o SUS, todas essas constatações tornam impositiva a ampliação das equipes de saúde da família com novos profissionais de nível superior, mas não como apoiadores, a proposta vigente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O que se pretende é introduzir na estratégia de saúde da família novos profissionais que sejam membros efetivos das equipes e, não somente, apoiadores. Até porque a teoria das organizações ensina que o matriciamento só é efetivo quando se faz de especialistas para generalistas (MINTZBERG, 2003).

Felizmente o modelo brasileiro da estratégia da saúde da família tem, na sua origem, o trabalho multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de

enfermagem, equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Cabe, agora, introduzir novos profissionais de nível superior para ampliar a equipe da estratégia da saúde da família, operando todos numa relação interdisciplinar.

Há que se ter claro que uma equipe de saúde da família, fortemente centrada na atenção do médico e do enfermeiro, como se dá hoje no SUS, não dá conta de gerar resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades, às demandas de pessoas hiperutilizadoras, às condições gerais e inespecíficas, ao autocuidado apoiado e aos cuidados preventivos por todas as evidências produzidas pelos modelos de atenção a essas condições de saúde. É tempo de considerar a introdução, nessas equipes da atenção primária à saúde, como membros orgânicos e não somente como apoiadores, de outros profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos. A hipótese é de que esses novos profissionais poderão ser utilizados na proporção de um profissional para cada três equipes de atenção primária à saúde. A introdução desses novos profissionais implicará custos na atenção primária à saúde, mas será favorável do ponto de vista do custo-efetividade.

Sem esses profissionais compondo uma equipe multiprofissional interdisciplinar será muito difícil pensar em controlar as condições crônicas e ofertar serviços preventivos efetivos. Como manejar adequadamente, na atenção primária à saúde, o diabetes sem nutricionista, transtornos mentais sem psicólogo, a adesão aos medicamentos sem farmacêutico clínico, os programas de atividade física sem profissional de educação física, as doenças do sistema musculoesquelético sem fisioterapeuta e as atividades de gestão de casos sem assistente social?

O perfil de oferta da atenção primária à saúde, em função da alta complexidade da demanda, vai além de atenção aos eventos agudos, atenção às condições crônicas não agudizadas e da atenção preventiva ao incorporar a atenção às enfermidades, a atenção às pessoas hiperutilizadoras, a atenção às demandas administrativas, a atenção domiciliar e a atenção para o autocuidado apoiado (Mendes, 2015). Todas essas formas de oferta devem ser respondidas com o trabalho multiprofissional interdisciplinar. É o que propõe o modelo da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares e que tem grande impacto na organização do acesso à atenção primária à saúde.

3. Enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial

As equipes de atenção primária à saúde buscam diminuir ou eliminar os atrasos nos atendimentos às pessoas usuárias que solicitam agendamento por telefone, por internet, presencialmente na unidade, além dos retornos programados. Boa parte dessas demandas pode ser atendida, à distância, por telefone ou internet, ainda que sejam alternativas complementares aos atendimentos presenciais nas unidades de atenção primária à saúde.

Contudo, a atenção à saúde é caracterizada, no Brasil e alhures, por uma centralidade na atenção presencial, face a face, com participação relativa muito frágil da atenção à distância. Isso convoca, especialmente na atenção primária à saúde, o aumento relativo dos atendimentos à distância que não substituem, mas complementam os atendimentos presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostraram que os atendimentos à distância podem apresentar, em certas situações, resultados tão bons quanto os dos atendimentos presenciais face a face. Estudos feitos no Reino Unido, comparando o monitoramento de 278 portadores de asma, por telefone, com o monitoramento presencial, face a face, mostrou que o monitoramento à distância permitiu atingir maior número de pessoas, com os mesmos resultados sanitários e com a mesma satisfação das pessoas usuárias (PINOCK et al, 2003). Resultado semelhante foi obtido na Coreia no controle glicêmico de portadores de diabetes (KIM e OH, 2003). Nos Estados Unidos se demonstrou que os contactos telefônicos de médicos e enfermeiros foram tão efetivos quanto os atendimentos presenciais na promoção do autocuidado em portadores de diabetes e mais efetivos no controle glicêmico e nos cuidados com os pés (PIETTE et al, 2001). A Kaiser Permanente tem utilizado crescentemente os atendimentos à distância, incentivando as consultas médicas por correio eletrônico. Os médicos têm 48 horas para contactar seus clientes e são pagos por essas consultas eletrônicas. Isso permitiu reduzir em 10% as consultas médicas presenciais naquela organização de saúde (PORTER e KELLOGG, 2009). Os atendimentos à distância, nessa organização, são parte de uma política de cuidado eletrônico (e cuidado) que envolve, ademais, acesso *online* aos prontuários eletrônicos, acesso *online* aos resultados de exames, prescrições *online* de medicamentos de uso contínuo, seleção *online* dos médicos pelas pessoas usuárias, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso *online* de material educativo (PORTER, 2007). Na Inglaterra está se estimulando a utilização de tecnologia de

informação na atenção primária à saúde para atendimentos à distância e a razão está nas dificuldades crescentes para conseguir marcar consultas com os médicos generalistas. Por essa razão as pessoas estão usando atendimentos por telefone e por internet e, recentemente, consultas por vídeo-conferências (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015). Pesquisa de opinião feita na Inglaterra com pessoas usuárias da atenção primária à saúde mostrou que os métodos alternativos às consultas presenciais face a face têm a seguinte ordem de prioridade: 58% para atendimentos por telefone, 16% para atendimentos por e mail e 12% para atendimentos por vídeo-conferências; contudo não se encontraram evidências de preferências das tecnologias alternativas em relação aos atendimentos face a face presenciais (HEALTHWATCH SUTTON, 2014). Há indicações de que o uso de atendimentos à distância poderiam ser mais aceitáveis para jovens e mães de crianças pequenas e menos desejadas por pessoas idosas (THE HEALTH COMMITTEE, 2016). Isso talvez sugira que está se dando na atenção primária à saúde uma transição de pessoas usuárias analógicas para pessoas usuárias digitais, o que poderia apontar para o uso crescente de tecnologias de cuidado eletrônico (e-cuidado).

De qualquer forma, devem-se promover melhores práticas de uso de e-cuidados na atenção primária à saúde porque isso poderia melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

À semelhança do que vem acontecendo em outros países deverá se buscar, na atenção primária à saúde do SUS, uma composição adequada entre os atendimentos profissionais presenciais e à distância, com aumento relativo dos atendimentos por telefone e por internet. O atendimento por telefone deve ser estimulado na atenção primária à saúde porque significa relações de comunicação direta (CHAUDHRY et al, 2010). Pesquisas demonstraram que as pessoas usuárias desejavam ter acesso ao seu médico de atenção primária à saúde por via telefônica e não conseguir isso gerava frustração (McKINSTRY et al, 2009). Na Grã Bretanha 7% dos contactos entre médicos generalistas e pessoas usuárias se dão por telefone. Esses médicos utilizam o telefone para problemas menos complexos e, em geral, reservam um horário para esses contactos (HALLAM, 1989).

Pesquisa feita na Inglaterra com pessoas usuárias no Serviço Nacional de Saúde mostrou que os atendimentos por telefone realizados pelos médicos generalistas caíram de 76,6% em 2012 para 70,4% em 2016 (THE HEALTH COMMITTEE, 2016).

Ainda que não seja uma prática extensiva, os atendimentos por telefone apresentaram aspectos positivos, na atenção primária à saúde no SUS: ajudaram a diminuir custos e tempo, ajudaram a reduzir faltas às consultas, aumentaram a cobertura vacinal, melhoraram a promoção da saúde, proporcionaram *feedback* após alta e foram importantes em momentos de mortes (GROSSMAN e TAVARES, 2012).

Uma abordagem adequada para os atendimentos por telefone envolve: atender imediatamente; identificar-se; falar diretamente com a pessoa que tem o problema; registrar data e hora da ligação; colher uma história detalhada e estruturada como se fosse um atendimento presencial; registrar as orientações dadas; alertar sobre revisão e quando contactar um profissional em caso de necessidade; resumir os principais pontos abordados; pedir à pessoa que repita as orientações dadas; perguntar se a pessoa tem outras perguntas ou dúvidas; e deixar a pessoa desligar antes (GROSSMAN e TAVARES, 2012).

Os atendimentos à distância por telefone são muito adequados para o monitoramento de planos de cuidado e de planos de autocuidado (MENDES, 2012). Tem sido crescente a utilização de aplicativos tipo chat como o WhatsApp no manejo das condições crônicas (LOPES, 2014).

No Brasil a utilização de atendimentos à distância por telefone na atenção primária à saúde é, ainda, pouco utilizada. Não é uma prática corrente dar às pessoas usuárias o telefone celular do profissional. Contudo, experiência relatada no nosso País mostrou que os temores de um uso inadequado ou excessivo por parte das pessoas usuárias e de seus familiares não têm fundamento (GROSSMAN e TAVARES, 2012).

O fato de que, hoje, quase toda a população brasileira dispõe de telefone celular, deve estimular a incorporação dessa ferramenta na clínica da atenção primária à saúde. É um instrumento potente, juntamente com os atendimentos por internet, para racionalizar o acesso na atenção primária à saúde.

Há evidências de que o atendimento à distância produz bons resultados no controle das condições crônicas melhorando a qualidade da atenção (PIETTE et al, 1999; LaFRAMBOISE et al, 2001; LUSIGNAN et al, 2001;); melhorando a qualidade de vida das pessoas usuárias (KRUGER et al, 2003); determinando ganhos no uso dos recursos (WASSON et al, 1992; BLERMAN, 2000; BENATAR et al, 2003); e impactando positivamente os resultados sanitários (SHEA et al, 2006; TILDESLEY et al, 2011; ANGELES et al, 2011).

4. O enfoque do acesso avançado

O acesso avançado é o modelo de acesso à atenção primária à saúde mais conhecido. Esse enfoque tem sido, também, denominado de acesso aberto ou de agendamento no mesmo dia (MURRAY e TANTAU, 2000).

Uma discussão mais profunda desse enfoque deve começar pelo que ele não é. Em algumas situações o acesso avançado tem sido proposto, inclusive no SUS, como um novo modelo de organização da atenção primária à saúde. Esse enfoque não tem essa abrangência, até porque não foi proposto com essa finalidade.

Um modelo de organização da atenção primária à saúde deve se estruturar sobre o conjunto dos sete atributos da atenção primária à saúde reelaborados por Starfield (2002). Não é o caso porque o acesso avançado só se foca na organização do atributo essencial do primeiro contacto. Ainda que se mencione sua importância para a longitudinalidade do cuidado não há evidências que deem suporte a esta afirmativa.

O trabalho seminal sobre o acesso avançado foi realizado por Murray e Tantau (2000) a partir de uma experiência feita no Departamento de Atenção Primária da Kaiser Permanente, em Sacramento, Califórnia, na década de 90. Esse departamento atendia 250 mil pessoas com uma força de trabalho de 100 médicos e 400 outros servidores. O clima organizacional era muito ruim, especialmente em função das longas filas e de grandes tempos de espera, em média, 55 dias. Além disso, a probabilidade de uma pessoa usuária ser atendida por seu médico era de apenas 47%. O modelo de acesso praticado era, não somente frustrante como, também, era caro porque os esforços da equipe de atenção primária à saúde eram concentrados em ações de triagem, chamadas telefônicas e manejo das filas. A insatisfação das pessoas usuárias era visível. A resposta a essa situação, típica da gestão da oferta, era incrementar o número de profissionais para diminuir as filas e os tempos de espera.

Essa situação do acesso à atenção primária à saúde, constatada nesse departamento da Kaiser Permanente era encontrada em outras organizações dos Estados Unidos. Estudos mostraram que: 27% das pessoas adultas não tiveram acesso aos médicos; 23% a 33% das pessoas usuárias mencionaram não dispor de acesso pronto; 43% das pessoas usuárias que buscaram a atenção aos eventos agudos não a obtiveram; 40% dos atendimentos em

unidades de pronto atendimento eram por condições que deveriam ser manejadas nas unidades de cuidados primários; e o absenteísmo era de 20% a 25% (CUNNINGHAM et al, 1995; NOLAN et al, 1996; STRUNK e CUNNINGHAM, 2002; GREENBLATT, 2002; KAISER FAMILY FOUNDATION, 2002; BENNETT e BAXLEY, 2009).

A proposta original da Kaiser Permanente foi aplicada nos Estados Unidos em mais de 3.000 unidades de atenção primária à saúde por meio dos projetos colaborativos do Institute for Healthcare Improvement (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2006). Dos Estados Unidos expandiu-se para o Canadá e países europeus, tendo chegado ao Brasil.

O acesso avançado, em sua experiência inicial focou-se no acesso ao médico e foi realizada para um painel médio de 2.500 pessoas. Ademais, centrou-se em dois aspectos essenciais: garantir a longitudinalidade do cuidado com o mesmo médico e a capacidade de atendimento pelo médico no mesmo dia em que a consulta era solicitada (MURRAY e TANTAU, 2000). Esse enfoque de acesso permitiu reduzir o tempo de espera de 55 dias para a atenção no mesmo dia.

O acesso avançado tem uma regra de ouro: “faça hoje o trabalho de hoje”. Essa regra permite que a pessoa usuária seja atendida pelo seu médico no mesmo dia em que solicita o atendimento de qualquer natureza: eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos, atenção às demandas administrativas e outros. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe de atenção primária à saúde e das pessoas usuárias (MURRAY e TANTAU, 2000).

Partindo da premissa de Deming, o pai dos programas de qualidade, de que cada sistema está perfeitamente desenhado para obter os resultados que produz, Murray e Tantau (2000) optaram por mudar o sistema que gerava um tempo de espera médio de quase dois meses. Para isso, identificaram três tipos de sistemas de acesso à atenção primária à saúde: o sistema tradicional, o sistema de primeira geração do acesso avançado (*carve-out*) e o sistema de segunda geração do acesso avançado.

A lógica do sistema tradicional é “faça o trabalho dos últimos meses, hoje”. Esse sistema assenta-se no falso pressuposto da imprevisibilidade da demanda. Nele, toda manhã, a agenda está saturada por pessoas que foram marcadas previamente e pressionada, adicionalmente, pelos eventos agudos que surgem de forma não programada.

Operacionalmente o sistema tradicional divide as demandas em dois grupos: as demandas por condições urgentes que devem ser atendidas no mesmo dia e as demandas não urgentes que podem ser atendidas em outros dias. Para controlar a demanda criam-se restrições no acesso e complexos tipos de agendamento como os horários dos programas (horário para gestantes, para pessoas com diabetes e hipertensão arterial, para crianças etc). A forma de superar o desbalanceamento entre demanda e oferta é por meio da redução da oferta. No curto prazo estimula o gasto inútil do tempo dos profissionais em tarefas não clínicas e no longo prazo gera um grande desperdício de tempo da equipe para gerenciar os tempos de espera e as filas (MURRAY e BERWICK, 2003).

Esse sistema apresenta muitos problemas. Ele gera excesso de atendimentos de eventos agudos que são caros, inefetivos e que transgridem o atributo essencial da longitudinalidade; a pressão dos eventos agudos leva à definição de equipes exclusivas para atendê-los em cada turno ou dia; reforça o comportamento clínico da “tirania do urgente”; e leva a altas taxas de absenteísmo. Além disso, o sistema tradicional estimula o uso de tempo dos profissionais em tarefas não clínicas, reduzindo a oferta, e estimula a demanda por vários mecanismos: lida somente com um problema, perdendo oportunidade de solucionar outros problemas que significarão novas demandas; a referência comum a uma unidade de urgência (unidades de pronto atendimento) não substitui o atendimento pelo médico de atenção primária à saúde e, conseqüentemente, uma consulta se transforma, no mínimo, em duas consultas; e 49% das pessoas vistas por um médico que não aquele a que essas pessoas estão vinculadas têm uma consulta imediata com o médico ao qual estão vinculadas (LIPPMAN, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003; BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

O sistema de primeira geração do acesso avançado (sistema *carve-out* ou sistema com vagas) foi desenvolvido, como alternativa ao sistema tradicional, a partir dos estudos que demonstraram que a demanda na atenção primária à saúde é previsível. Por exemplo, verificou-se que a demanda por cuidados de eventos agudos, para um painel de 10.000 pessoas usuárias, era de 55 casos na segunda feira, 50 casos na terça feira e 45 casos de quarta a sexta feira. Com base nessa informação muitas clínicas de atenção primária moveram-se do sistema tradicional para o sistema de primeira geração do acesso avançado. Assim, em cada segunda feira a clínica agendava 14 atendimentos a eventos agudos para cada um de seus quatro médicos. Muitos dos outros atendimentos como condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outros eram pospostos para atendimentos futuros. Nesse sistema, em algumas situações, estabelecem-se médicos somente para atendimentos

aos eventos agudos. A lógica do sistema de primeira geração do acesso avançado é: “faça alguns trabalhos de hoje, hoje”.

Em alguns desses sistemas estabelece-se um médico cada dia para atender isoladamente às demandas de condições urgentes e, essa medida, constrange o princípio da longitudinalidade do cuidado e, como no sistema tradicional, estimula a demanda para o médico de referência e gera ineficiência porque esse médico vai considerar apenas o problema relativo à queixa principal (LIPMANN, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003).

O sistema de primeira geração do acesso avançado representa uma melhoria em relação ao sistema tradicional, mas apresenta vários problemas. Pessoas com demandas não urgentes são agendadas para o futuro e o trabalho se acumula; esse sistema cria uma situação em que pessoas não podem ser atendidas no mesmo dia, mas não podem esperar o fim da fila, levando ao aumento dos tempos de espera; esse sistema cria uma tensão entre os atendimentos de urgência e de não urgência que implica imprevisibilidade; o pessoal de apoio administrativo tem uma tendência a sugerir que as pessoas telefonem ou apareçam no dia que querem ser atendidas, o que impacta a previsibilidade da demanda e cria problemas de agendamento no futuro; esse sistema reforça o comportamento clínico da “tirania do urgente”; as pessoas definidas como portadoras de condições não urgentes, por serem incluídas em atendimentos futuros com tempos de espera longos, são induzidas a procurar as unidades de pronto atendimento ou os centros de atenção ambulatorial especializada que não são, em geral, adequados para uma resposta racional às suas demandas e que leva a iatrogenia e maiores custos (MURRAY e TANTAU, 2000; LIPPMAN, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003; BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007; MENDES, 2012).

O sistema de segunda geração do acesso avançado parte de uma mudança de paradigma vigente na acessibilidade aos serviços de saúde que considera que uma pessoa que está realmente doente deverá ser atendida no mesmo dia, mas se não está realmente doente pode esperar. Esse novo paradigma, construído pela segunda geração do acesso avançado, deixa de lado essa distinção entre quem busca a atenção aos eventos agudos e outras demandas como por condições crônicas não agudizadas, por cuidados preventivos e outras, ao propor que todas elas devam ser atendidas no mesmo dia, além dos atendimentos previamente programados (o bom *backlog*). Isso significa que boa parte da agenda é aberta todos os dias.

A segunda geração do acesso avançado utiliza uma estratégia oposta dos dois outros sistemas. Enquanto estes equilibram a oferta jogando para o futuro boa parte da demanda de

hoje, essa segunda geração equilibra a oferta atendendo toda demanda de hoje, hoje (MURRAY e BERWICK, 2003). Quando se estabelece o equilíbrio entre oferta e demanda torna-se possível fazer hoje o trabalho de hoje.

De acordo com Murray et al (2003) o acesso avançado guarda uma relação simbiótica com o modelo de atenção crônica (*chronic care model*) viabilizando uma atenção adequada, nos seus seis elementos, às condições crônicas (BODENHEIMER et al, 2002). Ao mesmo tempo permite que as pessoas com eventos agudos sejam atendidas no mesmo dia, reduzindo os custos de oportunidade incorridos nos tempos despendidos na busca de cuidados primários.

O acesso avançado utiliza algumas das estratégias sistêmicas, anteriormente consideradas neste trabalho, como o pensamento lean, a teoria das filas e o *just-in-time*. A racionalidade da proposta está em fazer menos algumas coisas para poder fazer mais outras (MURRAY e TANTAU, 2000).

A teoria das filas ensina que longos tempos de espera podem existir mesmo em situações em que há uma oferta adequada e isso pode ser explicado pela acumulação de demanda que gera o mau *backlog* (HILL, 1991).

Os objetivos do sistema de segunda geração do acesso avançado são: fazer o gerenciamento dos processos relativos aos fluxos das pessoas usuárias para balancear as relações entre demanda e oferta; reduzir o intervalo de tempo entre a expressão da demanda e seu efetivo atendimento; reduzir ou estabilizar a demanda; aumentar a capacidade de oferta; e possibilitar que as pessoas sejam atendidas pelos médicos aos quais estão vinculadas no mesmo dia, independentemente da natureza da demanda (MURRAY e BERWICK, 2003; WITT, 2006).

A segunda geração do acesso avançado apresenta algumas características: o tempo máximo de espera é o dia de hoje; a probabilidade da pessoa consultar seu próprio médico aumenta criando um clima de confiança que fortalece a relação entre eles; e o percentual de atendimentos abertos num dia sobe para valores próximos a 65%, contra 50% na primeira geração do acesso avançado e 0% no sistema tradicional (MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001).

Os profissionais de saúde e administrativos, especialmente os médicos, recebem com desconfiança a proposta do acesso avançado, por crerem que o atendimento nos mesmo dia os fará trabalhar além do tempo contratado. Isso não é verdade porque a implantação do acesso avançado não implica um aumento da demanda. Como exemplo, na Kaiser

Permanente as consultas médicas caíram 10% após a introdução desse sistema (MURRAY et al, 2003).

Os resultados da implantação do acesso avançado chegam primeiro aos gerentes que observam menor pressão de demanda e, somente depois, aos profissionais de saúde que sentem um ambiente de trabalho menos estressante (MURRAY et al, 2003).

Algumas táticas são importantes na implementação desse sistema: como a demanda varia segundo dias e horas dos dias é importante que este critério seja considerado na definição das agendas; é fundamental eliminar o mau *backlog* existente o que, em geral, exige fazer mais trabalho por dia durante algum tempo e usar tecnologias de atendimento à distância; faça sempre a pergunta “o médico da pessoa está presente hoje?”; estimule a longitudinalidade do cuidado fazendo com que as pessoas sejam atendidas pelos profissionais a que estão vinculadas porque há evidências de que isso diminui a demanda; incentive os profissionais a ver mais de um problema a cada atendimento; racionalize os atendimentos de retorno e os faça por estratos de risco e com base em evidências científicas; atue sobre a demanda por meio de ações de educação de saúde (SCHWARTZ et al, 1999; NOFFSINGER e SCOTT, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003; MENDES, 2012).

As condições ótimas de implantação da segunda geração do acesso avançado foram: um painel de 2.500 pessoas por médico, cada médico trabalhando 40 horas semanais e sistema amadurecido com profissionais capacitados para lidar com a metodologia (MURRAY e TANTAU, 2000).

Algumas questões são fundamentais para a implantação do sistema: Eu sou o profissional mais adequado para oferecer este atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do que aquela que estou atendendo neste momento? (MURRAY e TANTAU, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003).

Os médicos devem se concentrar em tarefas que sejam compatíveis com seus conhecimentos e habilidades. Outras tarefas devem ser exercitadas por profissionais não médicos que fazem parte da equipe da atenção primária à saúde (WITT, 2006).

O processo de organização da segunda geração do acesso avançado envolve uma série de mudanças (MURRAY e TANTAU, 2000). É preciso aumentar a capacidade de oferta atendendo todas as pessoas que buscam atenção no mesmo dia, o que cria uma capacidade de oferta máxima para o dia de amanhã. É preciso reduzir o *backlog* por atendimentos o que

pode levar a equipe a atender mais pessoas cada dia e, para isso, é bom fixar uma data para o término deste trabalho. É bom lembrar que há dois tipos de *backlogs*: os bons *backlogs* que envolvem as pessoas que não querem atendimento no mesmo dia (em torno de 25%) e as pessoas programadas para retorno. O mau *backlog* envolve a acumulação de trabalho para todas as outras demandas. Os médicos devem tentar otimizar seu tempo, o que pode ser feito respondendo a pergunta “posso fazer mais no atendimento de hoje? Nesse sentido é importante resolver mais de um problema por atendimento. Outro aspecto fundamental é racionalizar os atendimentos programados de retorno e, para isso, há que se superar intervalos baseados em variáveis culturais por intervalos estruturados por estratificação de risco com base em evidências científicas. Ou seja, não há necessidade de uma pessoa com hipertensão arterial de baixo ou médio risco ver o médico a cada 2 meses. O tempo médio de atendimento de cada pessoa deve ser de 10 a 30 minutos. É importante desenvolver planos de contingência. Uma vez que a demanda não é totalmente previsível e que pode ocorrer um excesso de demanda em determinados dias ou períodos é importante desenvolver planos de contingência para essas situações não rotineiras. A primeira contingência deve ser definida em função do conceito de hoje. Pode ser de 7 horas até 17 ou 19 ou 22 horas. Nos Estados Unidos há um fluxo de pessoas usuárias que é forte no manhã, cai a partir de 14 horas e é baixo depois de 16 horas (apenas 4% da demanda total diária). Deve haver planos de contingência para férias ou licenças de profissionais e para incrementos sazonais de demanda como epidemia de dengue no verão e incremento das infecções de vias aéreas superiores no inverno. É preciso reduzir a demanda desnecessária o que deve ser feito com parametrizações segundo estratos de risco e com base em evidências científicas.

Algumas dicas são importantes para a organização da segunda geração do acesso avançado (MURRAY e TANTAU, 2000; O’HARE e CORLETT, 2004; WITT, 2006): elimine o mau *backlog*; demonstre e não apenas informe às pessoas como o sistema opera na prática; comece oferecendo a cada pessoa o agendamento no mesmo dia em que ela solicita; se a pessoa não quer ser atendida no mesmo dia deixe que ela escolha a data de sua preferência, nunca dizendo que ela volte para marcar uma nova data; crie uma agenda com diferentes padrões de oferta de serviços: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta com outros profissionais, consulta contínua, atendimento com partilhado a grupo, grupo operativo, grupo de pares e outros; e procure adequar a capacidade de oferta frente ao tamanho do painel de pessoas usuárias; monitore os resultados e os comunique às equipes; e celebre os resultados.

Entrevistas realizadas com profissionais que estiveram envolvidos na implantação do acesso avançado mostraram que há duas condições fundamentais para o sucesso desta empreitada: uma consciência dos profissionais de que é necessário mudar o modo de funcionamento da unidade de saúde; e liderança no processo de mudança e suporte administrativo para que ela ocorra (MURRAY et al, 2003).

Os principais desafios a serem considerados na implantação da segunda geração do acesso avançado são (WITT,2006): a resistência à mudança; a dificuldade da equipe em reconhecer os benefícios do acesso avançado; as dificuldades de por fim ao mau *backlog*; a carência de liderança no processo; o desalinhamento dos incentivos econômicos; e a incompreensão sobre o que é o acesso avançado.

Dentre os fatores que levam ao fracasso na implantação do acesso avançado destacam-se: as dificuldades de eliminar o mau *backlog*; a ocorrência de choques abruptos na relação oferta/demanda; a dificuldade em balancear a demanda; os diferentes tipos de demandas por populações vulneráveis; a resistência à mudança; o desalinhamento dos incentivos financeiros; e a falta de liderança de profissionais de saúde (MURRAY et al, 2003).

A melhor estratégia para implantar o sistema de segunda geração do acesso avançado é começar com um piloto (unidade-laboratório), nos moldes do modelo de melhoria. A unidade-laboratório deve ter uma equipe que já participou de outros empreendimentos inovadores com sensibilidade para a mudança ou que está buscando fazer diferente.

Quando se implanta o acesso avançado o tempo de máximo de espera é o dia de hoje ou 48 horas; a probabilidade da pessoa consultar seu próprio médico aumenta criando um clima de confiança que fortalece a relação entre eles; e o percentual de atendimentos abertos num dia sobe para valores superiores a 50% (MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001).

A avaliação do acesso avançado tem aspectos controversos. De um lado, os seus propositores sugerem que ele reduz os tempos de espera, melhora a longitudinalidade do cuidado e reduz o absenteísmo; de outro, seus críticos defendem que ele é difícil de implantar, que pode fragilizar a longitudinalidade do cuidado e que dificulta o atendimento programado das pessoas com condições crônicas. Há até quem afirme que o acesso avançado é um passo para trás na atenção primária à saúde (LAMB, 2002).

A proposta de acesso avançado tem sido sustentada, maiormente, no exterior, mas também no Brasil, por evidências anedóticas que são trabalhos que têm alguma relevância, mas com

evidências baseadas na ocorrência de um único evento o que, como se sabe, são frágeis como prova de uma teoria (MURRAY et al, 2003). Isso levou Salisbury (2004) a afirmar que faltam avaliações mais rigorosas em relação ao acesso avançado.

Em seu trabalho seminal sobre o acesso avançado Murray e Tantau (2000) relataram resultados positivos. Numa clínica da Kaiser Permanente, em Roseville, observou-se: redução do tempo de espera para agendamentos de rotina de 55 dias para 1 dia, em menos de um ano; aumento da possibilidade de consulta com o médico de referência de 47% para 80%; e diminuição em 10% do número de consultas médicas por pessoa usuária. Numa clínica do HealthPartners Medical Group and Clinics, em Bloomington, verificou-se: redução do tempo de espera para agendamentos de rotina de 26 dias para 1 dia em seis meses; pessoas que reportaram ter acesso à atenção à saúde num tempo razoável variaram de 32% para 58%; e aumento do percentual de pessoas usuárias que tiveram acesso ao seu médico de família variaram de 47% para 62%. No Alasca Native Medical Center constataram uma diminuição do tempo de espera para agendamentos de rotina em medicina familiar e pediatria de mais de 30 dias para 1 dia e um aumento do percentual de pessoas usuárias atendidas por seus próprios médicos de família de 28% para 75%.

Murray et al (2003) entrevistaram médicos e administradores de 23 clínicas de atenção primária à saúde que haviam implantado o acesso avançado; dessas clínicas, quatro tiveram sucesso no processo de implantação e três obtiveram um sucesso relativo. Algumas dessas clínicas redesenharam os processos clínicos e administrativos para tornar possível o acesso avançado. Outras desenvolveram estratégias como elaboração de planos de contingência, delegação de tarefas para assistentes médicos e enfermeiros, identificação de pessoas hiperutilizadoras e seu manejo especial, introdução de atendimento compartilhado a grupo e lembretes por correio eletrônico ou telefone de consulta programada. Os autores indicam que os resultados apresentados devem ser fortalecidos com pesquisas mais robustas sobre questões importantes.

Belardi et al (2004) compararam duas equipes de atenção primária à saúde, uma que operava o acesso avançado e outra que utilizava o sistema tradicional de organização do acesso. Após a implantação do acesso avançado o tempo para o terceiro próximo atendimento disponível foi de 5 dias na clínica do acesso avançado e de 21 dias na clínica com o sistema tradicional. Uma melhoria significativa na longitudinalidade do cuidado na clínica de acesso avançado foi

alcançada. Os resultados relativos ao absenteísmo não foram significativos. Houve uma melhoria da satisfação das equipes com o novo sistema.

O'Hare e Corlett (2004) relataram um projeto piloto de acesso avançado realizado na Alina Medical Center, em Minnesota, e se surpreenderam com o fato de que os efeitos foram além de simplesmente reduzir o *backlog* na atenção primária à saúde e de melhorar a satisfação da população usuária dos serviços. Esse projeto mostrou que a implantação do acesso avançado requer mudanças nos processos de trabalho que envolvem sua simplificação, a predição da demanda futura e o desenvolvimento de planos de contingência. Alguns resultados foram expressivos: o percentual de pessoas usuárias que foram atendidas pelos seus médicos variou de 41% para 81%; houve um aumento de cuidados preventivos de 13% para 18%; o número médio de consultas médicas por ano caiu de 2,82 para 2,64; houve uma redução da demanda por serviços de urgência; e observou-se um aumento da satisfação das pessoas usuárias.

Pickin et al (2004) analisaram um estudo sobre a implantação do acesso avançado em 462 equipes de atenção primária à saúde, organizadas em 20 clínicas, na Inglaterra (The National Primary Care Collaborative) e verificaram que o tempo para o terceiro próximo atendimento disponível caiu de 3,6 dias para 1,9 dias, tendo melhorado em 66% das clínicas, permanecido estável em 16% delas e piorado em 18% delas. 83% dos médicos aprovaram o sistema, 20% deles julgaram que a falta de recursos dificultou a sua implantação e alguns médicos observaram um *trade-off* entre o acesso avançado e a longitudinalidade do cuidado.

Solberg et al (2004) examinaram milhares de pessoas com diabetes, doenças cardiovasculares e depressão em clínicas que implantaram o acesso avançado e verificaram que houve um incremento de 5% a 9% nas consultas médicas, mas não se constatou uma diminuição nos custos da atenção.

Ahluwalia e Offredy (2005) notaram que a implementação do acesso avançado reduziu o nível de estresse dos recepcionistas das unidades de atenção primária à saúde e que reduziu as longas filas para o atendimento com os médicos. A redução do estresse aconteceu, também, nos gerentes das unidades, especialmente por manejar melhor os eventos agudos. Em relação aos médicos observaram: houve uma redução do tempo para o atendimento e isso contribuiu para a melhoria da qualidade da consulta; os médicos sentiram um aumento da carga de trabalho; houve um incremento relativo de condições mais simples ou autolimitadas o que gerou frustração nos médicos; e os médicos reportaram que o acesso avançado afetou

negativamente a longitudinalidade do cuidado porque se abriu a possibilidade de atendimento por outros médicos que não aqueles a que as pessoas estavam vinculadas.

Knight et al (2005) avaliaram a implantação do acesso avançado em duas clínicas de atenção primária à saúde na Austrália e puderam observar uma redução do absenteísmo, a melhoria da atenção preventiva, o aumento da longitudinalidade do cuidado, o melhor controle da glicemia nas pessoas com diabetes, a diminuição dos trabalhos não clínicos e aumento da satisfação das pessoas usuárias.

Goodall et al (2006) fizeram entrevistas em 391 clínicas de atenção primária à saúde, parte delas com acesso avançado e outra parte sem acesso avançado. O estudo verificou que menos da metade das clínicas que introduziram o acesso avançado seguiram os princípios e estratégias que são fundamentais para a implantação do acesso avançado. As equipes entrevistadas apresentavam incertezas sobre o que é acesso avançado e confundiam acesso avançado com atendimento em 48 horas. As equipes manifestaram que o esforço de atender as pessoas no mesmo dia pode aumentar a demanda e a carga de trabalho e reduzir a longitudinalidade do cuidado. Não houve evidência de que as clínicas que operavam com o acesso avançado ofereceram mais atendimentos ou aumentaram a possibilidade de atendimento pelo mesmo médico.

Witt (2006) cita os benefícios da introdução do acesso avançado na atenção primária à saúde: aumenta a satisfação das pessoas usuárias; diminui os custos pela redução da demanda aos serviços de urgência; e eleva o moral dos profissionais de saúde. O balanceamento da demanda é fundamental e envolve aumentar os meios de acesso aos profissionais (correio eletrônico, telefone, whatsapp, skype e outros), envolver as pessoas usuárias em seu próprio cuidado com tecnologias de autocuidado ou de educação em saúde e aumentar o número de problemas atendidos numa única consulta. Para garantir a sustentabilidade do novo sistema é necessário instituir um sistema de monitoramento que englobe o controle dos terceiros próximos atendimentos disponíveis, da longitudinalidade do cuidado medida pela atenção pelo profissional de vinculação, da satisfação das pessoas usuárias e do tamanho do painel. Fez-se o monitoramento dos resultados da implantação do acesso avançado no Talbert Medical Group, na Califórnia, e constatou-se que os profissionais passaram a atender mais pessoas sem trabalhar mais tempo, houve um aumento da satisfação das pessoas usuárias, uma redução de internações hospitalares e os problemas vistos numa consulta aumentaram.

Salisbury et al (2007a) fizeram uma pesquisa entrevistando 10.821 pessoas usuárias de 47 clínicas de atenção primária na Inglaterra sobre o acesso avançado comparando-as com clínicas em que essa tecnologia não foi implantada. Os resultados foram: as pessoas obtiveram o seu agendamento mais cedo, mas tiveram dificuldades de agendar atendimentos programados; as pessoas tinham mais facilidade de obter atendimentos no sistema de acesso avançado, mas não estavam mais satisfeitas com o sistema de agendamento; a prioridade das pessoas não era obter o atendimento no mesmo dia, mas numa data mais confortável para elas; e as pessoas em ambos os sistemas tinham dificuldades com o sistema de agendamento por telefone. A razão pela qual as pessoas usuárias preferiam o atendimento no dia mais confortável e não no mesmo dia era o fato de serem portadoras de condições crônicas de longa duração.

Salisbury et al (2007b) analisaram o processo de melhoria do acesso aos serviços de atenção primária à saúde estimulado pelo NHS por meio do National Primary Care Development Team na Inglaterra, fortemente ancorado na implantação do acesso avançado. O objetivo do trabalho foi avaliar o acesso avançado mensurando seu impacto nas atividades, na prática clínica, nos profissionais de saúde e nas pessoas usuárias. A pesquisa comparou 48 clínicas das quais uma metade operava com acesso avançado e outra metade com sistema tradicional (clínicas controle). Em 8 dessas clínicas foram realizados estudos de caso. As pessoas usuárias expressaram diferentes sentimentos de satisfação e frustração com os dois sistemas de agendamento. Nas clínicas de acesso avançado as pessoas queixavam da inflexibilidade e da aparente falta de lógica deste sistema, mas apreciavam a rapidez da resposta. Nas clínicas controle as pessoas expressavam frustração com a demora dos atendimentos. Os contactos telefônicos com as clínicas foram feitos rapidamente em 99% do grupo de acesso avançado e 95% no grupo controle. Em termos da meta do NHS de oferecer um atendimento médico em dois dias, o grupo do acesso avançado o fez em 73% das solicitações e o grupo controle em 65%. O tempo médio de marcação de atendimento com um médico específico foi de 2 dias, sem variação entre os dois grupos. As pessoas que demandavam procedimentos cirúrgicos apresentaram uma probabilidade maior de consegui-los no mesmo dia que no grupo do acesso avançado que no grupo controle. Em relação à longitudinalidade do cuidado os profissionais de saúde disseram que a preocupação com a velocidade do atendimento pode prejudicar este atributo da atenção primária à saúde. Profissionais de saúde e pessoas usuárias manifestaram que pode haver *trade-offs* entre o acesso avançado e a longitudinalidade do cuidado. O número total de atendimentos disponíveis cresceu tanto no grupo do acesso avançado quanto

no grupo controle. Não houve diferença no absenteísmo entre o grupo do acesso avançado e no grupo controle. Não houve diferenças significativas no uso de outros serviços de saúde do NHS entre os dois grupos. A maioria dos atendimentos não foi de eventos agudos e 70% apresentaram seus problemas por algumas semanas. As preferências das pessoas usuárias eram por serem atendidas nos dias de sua escolha, depois tão rápido quanto possível, se possível ver o médico e não o enfermeiro e ver o médico a que está vinculado, mas essas preferências variaram fortemente em diferentes grupos de pessoas como as pessoas idosas, as pessoas com doenças crônicas, homens e mulheres e empregados e desempregados. Não houve diferenças entre os dois grupos em relação à obtenção do atendimento nos dias de escolhas das pessoas e nos atendimentos programados. As pessoas do grupo do acesso avançado despenderam menos tempo para obter um atendimento com qualquer médico ou com o médico a que estavam vinculadas. Não houve diferença entre os dois grupos em relação à satisfação com os recepcionistas, nos tempos de espera por cirurgias, no falar ao telefone com os médicos, à longitudinalidade do cuidado e à satisfação com o sistema de agendamento. Houve pouca diferença nos dois grupos na percepção do estresse pelos profissionais, ainda que médicos e recepcionistas tenham uma percepção mais favorável que os enfermeiros neste aspecto. Os médicos reportaram maior satisfação no trabalho no grupo do acesso avançado e não houve diferença, neste aspecto, entre enfermeiros e recepcionistas e pessoal administrativo. A conclusão final desta pesquisa é que as clínicas operando com o acesso avançado foram capazes de oferecer atendimentos um pouco mais rápidos que nas clínicas controle, mas não houve diferenças na longitudinalidade do cuidado ou na carga de trabalho e ambos os grupos não conseguiram atingir a meta do NHS de acesso em dois dias. Esses resultados não validam posicionamentos de altos benefícios pela introdução do acesso avançado veiculados pelos estudos de caso sobre o acesso avançado. Os autores identificaram alguns fatores que levaram ao fracasso na implantação do acesso avançado na Inglaterra: a confusão entre as metas de atendimento em 48 horas do Serviço Nacional de Saúde e o modelo do acesso avançado; o pressuposto de que o modelo de acesso avançado estrutura-se na previsibilidade da demanda, algo que é pouco crível pelos profissionais de saúde que operam em sistemas em que a demanda supera a oferta de serviços; e a influência de fatores contextuais locais como as representações das populações locais e os valores praticados nas clínicas que determinam certos padrões de agendamento.

Mehrotra et al (2008) estudaram a implantação do acesso avançado em Boston, Massachussets, em 6 clínicas de atenção primária à saúde por 3 anos. Verificaram que 5 das

6 clínicas reduziram de 21 para 8 dias a espera pelo terceiro próximo atendimento disponível para consultas de 15 minutos e de 39 para 14 dias para consultas de 30 minutos. Contudo, em 5 clínicas o atendimento no mesmo dia não foi possível. Além disso, não observaram o aumento da satisfação das pessoas usuárias, nem dos profissionais de saúde e a redução do absenteísmo.

Robinson e Chen (2009) compararam os modelos de acesso tradicional e de acesso avançado e verificaram que o segundo supera significativamente o primeiro em termos da redução dos tempos de espera e da utilização racional do tempo dos médicos.

Rose et al (2011) fizeram uma revisão sistemática sobre o acesso avançado e verificaram que sua implantação teve impacto na diminuição dos tempos de espera, mas poucos estudos indicaram a possibilidade de acesso em dois dias. Em alguns estudos observou-se diminuição no absenteísmo. Os efeitos na satisfação das pessoas usuárias foram variáveis e não houve impacto significativo nos resultados clínicos.

Fournier et al (2012) indicaram que o acesso avançado aumentou a satisfação das pessoas usuárias e reduziu os custos da atenção à saúde.

O acesso avançado tem sido introduzido, mais recentemente no Brasil, especialmente no SUS. Uma revisão de trabalhos publicados sobre o tema em nosso País mostra que, assim como na experiência internacional, predominam estudos do tipo evidências anedóticas que apresentam muitas limitações. Em geral, são estudos de caso avaliados por entrevistas com pessoas usuárias e profissionais de saúde.

Vidal (2013) estudou o acesso avançado em Florianópolis e verificou que as equipes da estratégia da saúde da família que implantaram este sistema atenderam um número maior de consultas médicas anualmente em comparação com outras formas de agendamento médico, tais como o sistema tradicional ou o sistema *carve-out* ou sistema com vagas. Contudo o autor adverte que o aumento de consultas não foi acompanhado por um aumento de pessoas consultadas e que o benefício deste incremento apresenta resultado quase nulo para as condições crônicas. O descompasso entre o aumento do número total de consultas sem o incremento do número de pessoas consultadas sugere que houve um aumento maior das consultas médicas das mesmas pessoas, o que poderia sugerir um caso de manifestação da Lei da Atenção Inversa de Hart (HART, 1971) em que se estaria beneficiando as pessoas que já tinham mais acesso às consultas, o que pode lesar o princípio da equidade no acesso.

Arrojo Junior e Fabi (2014) analisaram a capacidade de agendamento futuro da UBS Morada do Sol, no município de São Paulo, em que se implantou o acesso avançado, com três outras UBS's do mesmo município que operavam com o sistema de acesso tradicional. Os resultados demonstraram que a UBS Morada do Sol apresentou maior capacidade de agendamento futuro que duas das UBS's controle. Além disso, observou-se uma relação inversamente proporcional entre a capacidade de agendamento futuro e o tempo de espera por atendimento.

Asfor et al (2014) relataram o caso da unidade de saúde Terrenos Novos no município de Sobral, Ceará. Pesquisa realizada no território de abrangência da unidade de saúde revelou que 27,7% e 25,5% das pessoas faltavam às consultas programadas e, por esta razão, desenhou-se um estudo para descrever a associação entre a implantação do acesso avançado e o absenteísmo às consultas nessa unidade. Para isso, foi adotado o modelo de acesso avançado (consultas em até 48 horas), o qual procurava equilibrar as necessidades das pessoas com a capacidade dos médicos em atendê-las de forma resolutiva. Desenvolveu-se um estudo transversal em que foram contabilizados os dados obtidos através de mapas de atendimento da unidade de saúde de Terrenos Novos, em outubro e novembro de 2013, referentes à marcação de consulta, ao comparecimento ou ao absenteísmo das pessoas usuárias. Durante o período avaliado, 740 consultas foram agendadas nas seguintes categorias: pré-natal (7,43%), puericultura (6,08%), saúde da criança (22,97%), saúde do adulto (47,97%) e saúde do idoso (15,54%). Nesse período apenas 8,1% dos pacientes faltaram às consultas. Essas faltas foram distribuídas da seguinte maneira: puericultura (11,1%), saúde da criança (9,09%), saúde do adulto (7,04%) e saúde do idoso (8,7%). Nenhuma gestante faltou à consulta no período avaliado. Apesar da marcação de consulta ser maior para pessoas do sexo feminino (66,2%) a prevalência de faltas foi maior entre os homens (10%) do que entre as mulheres (6,2%). Os dados mostraram que existe uma associação positiva entre o sistema de marcação de consultas baseado no acesso avançado e a redução do absenteísmo às consultas programadas, garantindo a organização e a otimização do serviço, a satisfação do paciente e do profissional de saúde.

Faraco et al (2014) desenvolveram um projeto piloto de organização da atenção primária à saúde na UNIMED de Guarulhos, estado de São Paulo, abrangendo 2.700 colaboradores da organização e seus familiares. Trabalhou-se inicialmente com um sistema de agendamento em ondas duplas e, a partir de 2014, com o sistema de acesso avançado com agendamento para o mesmo dia. Os resultados indicaram alto nível de satisfação das pessoas usuárias,

redução dos custos assistenciais e melhoria das condições sensíveis à atenção primária à saúde.

Leal et al (2015) relataram o caso da implantação do acesso avançado na UBS Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. Essa UBS contava com seis equipes da estratégia de saúde da família. A equipe insatisfeita com as limitações do acesso iniciou uma série de estudos na literatura de acesso em atenção primária à saúde e formulou um modelo visando a equalizar o atendimento da demanda espontânea pela própria equipe e a realizar o seguimento programático. Optou-se por não mais diferenciar os atendimentos em agendados e espontâneos, criando um fluxo único, para a qual uma oferta de vagas passou a ser diária, tendo-se o cuidado de identificar no momento da procura se o motivo requer priorização no atendimento (por exemplo, crianças com febre, pessoas com dor) que seriam então avaliadas enquanto esperam sua consulta. Foram organizadas todas as equipes de forma a abrir em um dos dois períodos do dia (manhã ou tarde) uma agenda que fosse liberada naquele mesmo dia, a porta aberta. Foram mantidos dois períodos de agendas semanais para casos que se julgassem importantes manter o retorno pré-programado. Dessa forma três equipes ficaram com a porta aberta pela manhã e três à tarde. Foi realizada divulgação dos horários das equipes através de um cartão de visitas e organizado o acesso das pessoas diariamente. Os usuários do serviço passaram a chegar à recepção e a solicitar atendimento, sendo indagado o motivo da procura e classificado entre consulta médica e de enfermagem, realizando o agendamento na sequência e fornecendo uma previsão de horário de atendimento. Em caso de evento agudo era realizada a classificação de risco e priorizado o atendimento. A média de atendimentos pela própria equipe subiu para 91%, além de aumentar a oferta de consultas de modo geral. Houve redução do absenteísmo e otimização do uso do espaço físico, pela melhor distribuição do uso de salas. A avaliação da população foi excelente, verificada em instrumento elaborado pela equipe, ainda a ser publicado, mesmo aumentando o tempo em sala de espera. Os médicos da unidade relataram maior satisfação em atender a uma agenda com mais longitudinalidade do cuidado. No entanto, é importante citar as dificuldades enfrentadas por este modelo de acesso. A principal deve-se a desproporção entre a demanda e a oferta de vagas. Outro problema é a frequente demora na realização de atividades não prestadas na UBS, como especialistas ou exames complementares, que induzem o retorno da pessoa à própria UBS em busca de cuidado enquanto espera o agendamento, aumentando a procura.

Wollman et al (s/data) analisaram a implantação do acesso avançado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Os autores referem a alguns desafios para a implantação do acesso

avançado: por fim ao agendamento específico por grupos de patologia ou grupos etários; evitar pré-agendamentos demorados; envolver todos os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população de sua área; e definir quanto tempo será necessário para uma consulta pré-agendada considerando que esta se dará no máximo em uma semana. Algumas mudanças dos fluxos de atendimento foram propostas: ampliar as tarefas clínicas dos enfermeiros; dispor os consultórios do médico e do enfermeiro da mesma equipe lado a lado; a recepção deve direcionar todas as pessoas que procuram atendimento do dia para suas próprias equipes, sem passar pelo acolhimento e classificação de riscos feitos por enfermeiro de outra equipe; garantir a presença da equipe durante todo o horário de funcionamento da unidade com horários de atendimentos diferenciados entre os profissionais da mesma equipe; instituir equipes irmãs que alternam os horários dos médicos e enfermeiros de modo a permitir uma cobertura cruzada entre elas; delegar funções dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas a outros profissionais; reduzir a demanda de pré-agendamentos; balancear oferta e demanda; e calcular a demanda do dia considerando o número de consultas diárias dos médicos e enfermeiros e programando as consultas breves, as consultas agendadas no dia, as consultas pré-agendadas e os retornos. A programação é feita a partir de um modelo de programação de oferta que estima que para uma população de 4.000 pessoas, 60% delas ou 2.420 consultarão regularmente ao ano das quais 80% serão de acesso aberto. As necessidades das pessoas na atenção primária à saúde são diferentes, o que leva a tempos de consultas também diferenciados, consultas mais rápidas para problemas pontuais e consultas mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. A proposta de uma agenda padrão envolve: 7 a 8hs, consultas breves para as pessoas que chegam direto na unidade, em média de 10 minutos; 8 - 10 hs: consultas agendadas no dia ou no dia anterior, em média 15 minutos; 10 - 11 hs: consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, demandas administrativas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, em média 30 minutos; 12 - 13 hs: consultas breves para pessoas que chegam diretamente na unidade, em média 10 minutos; 13 - 15 hs: consultas agendadas no dia ou no dia anterior, em média 15 minutos; 15 - 16 hs: consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, demandas administrativas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, em média 30 minutos. Há uma proposta específica de agendamento odontológico. Em algumas unidades instituiu-se o horário estendido até às 22 horas para pessoas que apresentam dificuldades de comparecer no horário regular. Mesmo em unidades de saúde que apresentam dificuldades estruturais e em relação ao número de

peessoas por equipe foi possível avançar no agendamento. Algumas unidades começaram a oferecer o agendamento por telefone. Há propostas para implantar novas formas de agendamento como disponibilização de e mail institucional, disponibilização de e mail dos médicos e enfermeiros das equipes, disponibilização de e mail da equipe de saúde bucal, disponibilização de chat para diálogo entre a unidade, o distrito sanitário e o nível central. Uma avaliação do modelo implantado foi feita, por meio de depoimentos de servidores, nas unidades de saúde de Moradia dos Belém e Santa Quitéria e os relatos sugerem resultados positivos no trabalho médico, na equipe de enfermagem, no vínculo das pessoas com as equipes e na satisfação das pessoas usuárias.

Pode-se concluir que a revisão dos estudos sobre o acesso avançado apresenta alguns resultados contraditórios e convoca pesquisas mais rigorosas sobre este tema.

Em relação às evidências sobre o acesso avançado e os tempos de espera por um terceiro próximo atendimento disponível: oito estudos mostraram que a implantação do acesso avançado esteve associada com uma diminuição do tempo de espera por um terceiro atendimento; em cinco deles esse tempo foi menor que cinco dias e em dois menor que dois dias; dois estudos mostraram que a implantação do acesso avançado esteve significativamente associada com reduções no tempo de espera, ainda que esse efeito tenha sido pequeno; ainda que o tempo de espera tenha quase sempre diminuído, em poucas unidades alcançou-se o acesso das pessoas no mesmo dia; e na Inglaterra o foco estrito na redução do tempo de espera afetou o enfoque da atenção centrada na pessoa. Pesquisas qualitativas mostraram que o foco no atendimento no mesmo dia conflitou com atributos da atenção primária à saúde como o da longitudinalidade do cuidado (BELARDI et al, 2004; SOLBERG et al, 2004; PICKIN et al, 2004; SALISBURY et al, 2007b; POPE et al, 2008).

Em relação às evidências sobre o absentismo: em onze estudos a redução variou num percentual de 0% a 24% e foi significativamente diminuído em cinco desses estudos; outros estudos mostraram que o acesso avançado não produziu os benefícios positivos que foram teoricamente postulados (BUNDY et al, 2004; MALLARD et al, 2004; LASSER et al, 2005; CHERNIACK et al, 2007; KATHERINE et al, 2011).

Em relação às evidências da satisfação das pessoas usuárias observou-se que o atendimento no mesmo dia não aumenta a satisfação das pessoas com o cuidado recebido; em quatro estudos apenas um reportou melhoria estatisticamente significativa; em quatro estudos quantitativos antes e depois nenhum deles esteve associado com melhorias significativas na

satisfação das pessoas; em um deles cada 10% de aumento nos atendimentos no mesmo dia esteve associado com 8% de redução na satisfação das pessoas; e *surveys* feitos no Reino Unido mostraram que a satisfação das pessoas ocorre quando são atendidas numa data mais conveniente para elas e não no mesmo dia, a menos que tenham um problema novo (PASCOE et al, 2004; MEHROTRA et al, 2008; SAMPSON et al, 2008).

Em relação às evidências às associações entre acesso avançado e longitudinalidade do cuidado as opiniões de alguns médicos de que a longitudinalidade do cuidado seria prejudicada no acesso avançado não se confirmou; em nove estudos, somente em dois a longitudinalidade foi prejudicada; por outro lado, a posição dos proponentes do acesso avançado de que ele melhora a longitudinalidade do cuidado somente parece ser parcialmente verdadeira porque isso ocorreu somente na metade dos estudos analisados (O'CONNOR et al, 2006; SALISBURY, 2008; PHAN e BROWN, 2009; KATHERINE et al, 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado e os atendimentos programados dois estudos não encontraram diferenças na atenção programada nos modelos tradicionais e de acesso avançado; existe alguma evidência de que algumas pessoas apresentam maiores dificuldades de obter um atendimento programado no sistema de acesso avançado (BERARDI et al, 2004; PICKIN et al, 2004; ROHRER et al, 2007; KATHERINE et al, 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado e os atendimentos às urgências e emergências e às hospitalizações dois estudos verificaram o impacto do acesso avançado no atendimento de urgência e emergência; um estudo mostrou que houve uma diminuição significativa de cuidados de urgência, mas nenhum dos estudos encontrou efeitos consistentes sobre os atendimentos de emergência e as hospitalizações (SOLBERG et al, 2004; SPERL-HILLEN et al, 2008; SUBRAMANIAM et al, 2009; KATHERINE et al, 2011).

Em relação às evidências do acesso avançado no aumento das consultas médicas observou-se um aumento em vários estudos, mas sugeriu-se que este incremento não veio acompanhado pelo aumento do número de pessoas atendidas, o que pode sugerir uma maior concentração nas mesmas pessoas, um caso específico de manifestação da Lei da Atenção Inversa de Hart (VIDAL, 2013).

Em relação às evidências do acesso avançado e os resultados clínicos três estudos examinaram os resultados clínicos do acesso avançado em pessoas com diabetes e todos apresentaram melhorias no controle da hemoglobina glicada, mas somente um clinicamente significativo; um apresentou melhoria significativa no controle lipídico; e um encontrou uma

piora significativa no controle da pressão arterial; ainda que o acesso avançado não cause dano às pessoas, não é um método robusto para a melhoria dos resultados clínicos, especialmente nas condições crônicas (RADEL et al, 2001; SPERL-HILLEN et al, 2008; SUBRAMANIAM et al, 2009; HATHERINE et al, 2011).

A revisão feita na literatura sobre o acesso avançado permite algumas conclusões preliminares: o acesso avançado foi desenvolvido para superar os problemas de tempos de espera elevados na atenção primária à saúde e tem sido aplicado nos Estados Unidos e em outros países; não é um modelo novo de prestar serviços de atenção primária à saúde porque não interfere em todos os atributos, mas uma forma de melhorar o acesso das pessoas a estes serviços; foi desenvolvido no modelo clássico da medicina de família e com foco no acesso, no mesmo dia, à consulta médica; pressupõe um balanceamento adequado entre demanda e oferta, estruturando-se com base numa relação de 1 médico, com carga horária diária de 8 a 10 horas, para 2.500 pessoas; em algumas circunstâncias o modelo opera com uma equipe multiprofissional com enfermeiro e assistente médico; o acesso avançado consistentemente melhora o acesso aos serviços, mas em poucos casos consegue atender toda a demanda no mesmo dia; o acesso avançado é neutro ou tem pequeno impacto no absenteísmo, na longitudinalidade do cuidado e na satisfação das pessoas usuárias; os efeitos do acesso avançado nos resultados clínicos não estão demonstrados; o foco estrito na redução do tempo de espera pode afetar negativamente o enfoque da atenção centrada na pessoa; o foco no atendimento no mesmo dia pode conflitar com o atributo da longitudinalidade do cuidado; e há questões não respondidas pelo acesso avançado que convocam a necessidade de novas pesquisas a serem feitas.

Há um posicionamento vigente, mesmo entre os propositores do acesso avançado (MURRAY et al, 2003), que, em geral, os trabalhos de avaliação são pouco robustos para a produção de evidências e que há questões em aberto que ainda estão por serem respondidas, o que indica a necessidade de novas pesquisas realizadas com maior rigor científico sobre o tema.

Murray et al (2003) sugerem algumas questões a serem respondidas por futuras pesquisas: Pessoas idosas com certos diagnósticos devem ser atendidas no mesmo dia ou agendadas para outros dias? Há certos painéis de pessoas cujas características não são apropriadas para o acesso avançado? A melhoria do acesso de algumas pessoas faz-se às expensas da diminuição do acesso de outras pessoas ou apenas aumenta o acesso das mesmas pessoas? O acesso avançado realmente reduz os atrasos no atendimento de modo a melhorar os

resultados clínicos como a rápida resolução dos eventos agudos e a prevenção das agudizações das condições crônicas? Os profissionais estão trabalhando mais ou menos horas e como o estresse desses profissionais impacta a sustentabilidade do modelo? O acesso avançado é sustentável por muitos anos? O acesso avançado melhora os resultados sanitários? O acesso avançado melhora a satisfação dos profissionais e das pessoas usuárias?

V. ROTEIRO METODOLÓGICO PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os diferentes enfoques metodológicos analisados, em realidade, apresentam notáveis complementações em relação aos objetivos que pretendem alcançar. Por essa razão, o roteiro metodológico que se apresenta traz elementos de cada um dos quatro enfoques analisados para compor um percurso virtuoso para a organização do acesso à atenção primária à saúde.

Um Comitê do Institute of Medicine (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015) definiu seis princípios básicos para o acesso aos serviços de saúde nas dimensões da atenção primária à saúde, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar e da atenção pós-aguda.

O primeiro princípio é o balanceamento entre a oferta e a demanda. Esse princípio implica uma avaliação quantitativa, formal e contínua, da oferta e da demanda para a provisão do acesso oportuno aos serviços de saúde.

O segundo princípio é o atendimento imediato das pessoas usuárias e suas famílias.

Cada pessoa ou família que busca atenção à saúde deve ser questionada sobre qual é o problema e o que o serviço de saúde poderia ajudar naquele momento (Como podemos ajudá-lo hoje?). O atendimento imediato implica, no acesso à atenção primária à saúde, a definição de uma meta de atendimento no mesmo dia ou em dois dias no máximo, a menos que a pessoa deseje ser atendida em outro momento e nos atendimentos programados pela equipe (os bons *backlogs*).

O terceiro princípio são as preferências das pessoas usuárias. As pessoas usuárias são estimuladas a expressar suas preferências durante o cuidado interativo. As estratégias do acesso aos serviços de saúde devem objetivar a melhoria da experiência das pessoas usuárias e a responder às suas preferências. A captação das preferências das pessoas usuárias pode ser feita por análise de dados dessas preferências usando métodos como narrativas das pessoas e *surveys* (TOUSSAINT e BERRY, 2013; BRANDENBURG et al, 2015).

O quarto princípio é a utilização de uma atenção definida, sob medida, pelas necessidades das pessoas usuárias. As opções de atendimentos no mesmo dia deveriam incluir vários métodos testados para atender às necessidades e aos interesses das pessoas usuárias. Isso pode incluir atendimentos alternativos aos encontros clínicos individuais face a face como atendimentos à distância ou virtuais e os atendimentos por profissionais não médicos.

O quinto princípio é a utilização de planos de contingência. Cada serviço de saúde deve desenvolver planos de contingência para responder aos desequilíbrios, previstos e imprevistos, entre oferta e demanda.

O sexto princípio é a avaliação contínua. As métricas de acesso aos serviços de saúde devem ser coletadas, avaliadas e publicadas pelas unidades de saúde. Os dados coletados devem servir para avaliar as atividades diárias e monitorar os agendamentos em períodos de tempo específicos. Além disso, para avaliar o desempenho comparativo, padrões e *benchmarks* em acesso e tempos de espera na atenção primária à saúde devem ser desenvolvidos, testados e implementados (LITVAK, 2009; LITVAK e BISOGNANO, 2011; SMITH et al, 2013).

Um Comitê do Instituto de Medicina desenvolveu um modelo teórico para o acesso aos serviços de saúde composto por etapas de um ciclo: questionamento, engajamento, agendamento, preparação, encontro, ação e comunicação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). No questionamento as pessoas usuárias apresentam questões: as pessoas podem acessar o sistema 24/7(24 horas nos 7 dias da semana)? O sistema responde imediatamente e os interesses das pessoas são respeitados? No engajamento há um processo colaborativo para responder as questões: a comunicação é realizada de forma compreensível e conveniente. No agendamento as pessoas podem ter acesso rápido e fácil à marcação dos serviços: as pessoas podem agendar 24/7 e fazê-lo *online*? A marcação é fácil e prontamente disponível e novos agendamentos são sincronizados com outros já existentes? Na preparação as pessoas podem se preparar nos intervalos: formulários e pré-autorizações são obtidos

automaticamente e exames laboratoriais são marcados automaticamente? No encontro as pessoas são atendidas pelos profissionais de saúde: os encontros podem ser pessoais, *online* ou por teleassistência? Os encontros se dão em tempo oportuno? A equipe de saúde é respeitosa e cortês? Os locais de exames respeitam a privacidade e são confortáveis e as equipes vão até as pessoas? Na ação a equipe de saúde e as pessoas compartilham um plano de cuidados: as pessoas recebem uma cópia do plano de cuidados? As equipes asseguram que as pessoas compreenderam o plano de cuidados? E as prescrições são feitas digitalmente? Na comunicação as pessoas são monitoradas pelas equipes de saúde: todos os encontros de monitoramento são agendados pelas equipes de saúde? E as equipes de saúde asseguram o monitoramento dos planos de cuidados?

Os propositores originais do acesso avançado enumeraram um conjunto de perguntas fundamentais para a organização do acesso à atenção primária à saúde: Eu sou o profissional mais adequado para oferecer este atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do que aquela que estou atendendo neste momento? (MURRAY e TANTAU, 2000; MURRAY e BERWICK, 2003).

Oldham (2002) estabeleceu os passos a serem dados na implantação do acesso avançado no Reino Unido como: análise e compreensão da demanda, racionalização da demanda, balanceamento da oferta e demanda, desenvolvimento de planos de contingência para dar sustentabilidade ao sistema e comunicação efetiva com as equipes de atenção primária à saúde e as pessoas usuárias.

Knight et al (2005) estabeleceram um roteiro para a organização do acesso avançado na Austrália, em ações a serem implantadas: balanceamento da oferta e da demanda, eliminação do mau *backlog*, redução do número de tipos de agendamento, elaboração de planos de contingência e redução da demanda.

Emont e Emont (2009) definiram uma série de estratégias a serem utilizadas na organização do acesso à atenção primária à saúde: redução do número de tipos de agendamento; redução do mau *backlog*; extensão dos retornos de agendamentos programados; predição e antecipação das necessidades das pessoas usuárias; gerenciamento dos gargalos; maximização das atividades desenvolvidas nas consultas para reduzir a demanda futura; suplementação dos atendimentos face a face presenciais por meio de outras formas de encontros clínicos e de atendimentos à distância; otimização do trabalho da equipe de saúde expandindo as funções de enfermeiros e de profissionais não clínicos e reduzindo as

atividades não clínicas dos médicos; balanceamento da oferta e da demanda em termos diários, semanais e de longo prazo; e sincronização de informações, recursos e pessoas usuárias em relação ao objetivo de “fazer hoje o trabalho de hoje”.

O roteiro metodológico que se propõe combina elementos dos quatro enfoques anteriormente analisados para a organização do acesso à atenção primária à saúde.

A organização do acesso à atenção primária deve ser feita por meio do modelo de melhoria que parte do pressuposto de que as mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo. É importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria. Assim, para organizar o acesso à atenção primária à saúde deve-se desencadear um processo que envolve alguns passos: a definição do problema, a designação de grupo-tarefa para manejá-lo, a definição de objetivos e metas, a identificação e implementação das mudanças propostas e o monitoramento do processo para verificar se as mudanças resultaram em melhorias. Em geral utiliza-se o ciclo de PDSA para a implementação das mudanças. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças.

Os resultados da aplicação do modelo de melhoria, em conjunto com uma filosofia educacional de “todos ensinam, todos aprendem”, em centenas de projetos colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis. O trabalho de implantação deve começar numa unidade laboratório para, daí, expandir-se pelas outras unidades de atenção primária à saúde. No SUS a organização da atenção primária à saúde em vários municípios tem sido feita com esse modelo com base num processo educacional de tutoria e os resultados têm se mostrado satisfatórios (MENDES, 2015).

Há algumas condições que se colocam para a construção de um modelo racional de acesso à atenção primária à saúde.

É importante que as unidades de atenção primária à saúde operem com um tempo estendido, no mínimo de 7 horas às 19 horas. Isso é fundamental para que pessoas que trabalham no horário comercial possam comparecer às unidades. Se isso não ocorre manifesta-se uma barreira de acesso injustificada. As unidades devem cumprir horário corrido, sem fechamento no horário de almoço.

Há um pressuposto para a organização do acesso à atenção primária à saúde: os profissionais devem cumprir o horário diário de 8 horas de trabalho, de segunda a sexta-feira. Em casos de presença de servidores com carga horária de 20 horas, o sistema de agendamento deve prever essa situação. Em Curitiba, numa experiência de acesso avançado, adotou-se um sistema que garante a presença das equipes durante todo o horário de funcionamento da unidade com horários diferenciados entre os profissionais da mesma equipe, garantindo maior vínculo e resolutividade e estruturando equipes irmãs que alternam os horários dos médicos e enfermeiros de modo a dar cobertura uma para outra. Para facilitar esse sistema o desenho da infraestrutura física colocou os consultórios dos médicos e dos enfermeiros de uma mesma equipe em salas lado a lado de modo a facilitar a comunicação entre eles (WOLLMAN et al, s/ data).

Há diferentes tipos de solicitação de agendamentos na atenção primária à saúde. Há agendamentos solicitados pelas pessoas usuárias (agendamentos diretos), presenciais quando as pessoas se deslocam para as unidades de atenção primária à saúde (*walk-in*) ou à distância quando as pessoas agendam por telefone ou internet. E há agendamentos indiretos realizados pelos profissionais de saúde para retornos programados. No SUS predomina largamente o sistema de agendamento presencial em que as pessoas devem se dirigir a uma unidade de saúde para buscar atendimento, mas há de se entender que esse sistema tem problemas porque é inerente a ele uma barreira de acesso que é o custo de oportunidade de deixar de fazer outras atividades diárias para ir até um serviço de cuidados primários. Assim, um sistema virtuoso de acesso à atenção primária à saúde deve ofertar as duas possibilidades, porém deve estimular, quando possível, o agendamento à distância por telefone ou internet.

O problema central do acesso à atenção primária à saúde está na existência de *backlogs* que são acumulações de trabalho em função de um modelo de agendar para datas futuras os atendimentos de hoje. Contudo, há que se diferenciarem os *backlogs* em maus *backlogs* expressos acumulação de solicitações de atendimentos em pessoas que buscavam a atenção pronta e não conseguiram, dos bons *backlogs*, atendimentos de pessoas nas datas mais confortáveis para elas e atendimentos de retorno programados pelas equipes de saúde. As experiências de acesso avançado mostraram que um percentual significativo de pessoas não buscaram o atendimento no mesmo dia, mas em dias mais apropriados para elas. Os atendimentos de retorno programados pelas equipes de saúde devem se fazer com base em evidências científicas e não em variáveis culturais. Deve ficar claro que nenhum sistema de agendamento pode funcionar adequadamente sem a eliminação do mau *backlog*. Isso é uma

pré-condição para a organização do acesso à atenção primária à saúde e deve ser colocado como uma prioridade.

Um sistema adequado de acesso à atenção primária à saúde tem como objetivo fortalecer o princípio da longitudinalidade que garante o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Ou seja, deve-se garantir que as pessoas tenham acesso preferencialmente aos profissionais da equipe a que estão vinculadas. Isso é importante na perspectiva sanitária, mas, também, econômica, vez que uma pessoa atendida fora de sua equipe irá buscar, quase sempre, um novo atendimento com os seus profissionais e tenderá a ter um atendimento centrado num único problema.

Em geral, o acesso aos serviços de saúde é materializado por meio de sistemas de agendamento das pessoas usuárias aos serviços. Três métodos de agendamento são comumente utilizados: o agendamento em bloco, o agendamento em bloco modificado e o agendamento individual (NATIONAL ACADEMY OF ENGINEERING AND INSTITUTE OF MEDICINE, 2005). No agendamento em bloco as pessoas usuárias são agendadas em turnos específicos durante o dia, tais como manhã e tarde, e atendidas, em geral, por ordem de chegada. No agendamento em bloco modificado um menor número de pessoas usuárias é agendado em períodos de tempo menores, como blocos de hora. No agendamento individual as pessoas usuárias são agendadas para um ponto específico de tempo determinado pela oferta dos profissionais, em geral, por atendimentos a cada 15 minutos (consultas médicas às 7,00 hs, às 7,15 horas, às 7,30 horas e assim sucessivamente). A forma mais virtuosa de agendamento individual na atenção primária à saúde é pelo agendamento em bloco modificado, ou seja, em bloco de horas. Nesse método, tendo como base um atendimento médio de 15 minutos, grupos de quatro pessoas são agendadas para cada hora do dia (por exemplo, as 7,00 horas deverão estar presentes quatro pessoas que serão ser atendidas entre 7,00 e 8,00 horas). A vantagem do bloco de horas é que introduz uma flexibilidade na atenção atendendo essas quatro pessoas com tempos diferenciados conforme as naturezas singulares de suas demandas (por exemplo, dois atendimentos de 10 minutos e dois atendimentos de 20 minutos).

A organização racional do acesso à atenção primária à saúde pressupõe um sistema de agenda aberta todos os dias para o atendimento das pessoas que buscam as unidades para a atenção e que desejam ser atendidas naquele mesmo dia. Nos modelos clássicos de acesso

avançado essa agenda aberta pode chegar à maioria dos atendimentos, especialmente nas consultas individuais. Contudo, quando se organiza o acesso, superando-se o mau *backlog*, essa relação pode ser mais equilibrada. De qualquer forma, em nenhuma circunstância deve-se utilizar - o que é comum no modelo tradicional de acesso aos cuidados primários -, a definição de uma equipe especialmente destinada, num turno ou num dia, para atender exclusivamente todas as demandas de eventos agudos. Entre outros problemas, isso lesa o atributo de longitudinalidade e realimenta a demanda.

A organização dos atendimentos programados pela equipe, especialmente para pessoas com condições crônicas não agudizadas, um tipo de bom *backlog*, deve ser feita, conforme uma programação prévia, por retornos previstos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Esses atendimentos de retorno estão detalhados nos parâmetros assistenciais contidos nas diretrizes clínicas e devem ser feitos com um horizonte de tempo maior (seis meses ou um ano). Isso permitirá distribuir melhor a carga de trabalho e estabelecer planos de contingência para variações sazonais de determinadas condições de saúde. Além disso, os atendimentos de retorno devem ser feitos para dias e horários de menor afluxo de pessoas às unidades, detectados no diagnóstico da demanda efetiva por cuidados primários. O aumento de tempo para atendimentos de retorno pode estimular o absentéismo e, por esta razão, tem de haver uma política específica de convocação das pessoas usuárias para que compareçam aos atendimentos previamente marcados. O papel do agente comunitário de saúde é fundamental nesse aspecto.

Um dos pontos importantes na organização do acesso à atenção primária à saúde é a elaboração de planos de contingência para situações de aumento da demanda ou diminuição da oferta. Por isso, há que se elaborarem e implementarem planos de contingência para situações como férias dos profissionais, licenças médicas de profissionais, ausências de profissionais, dias pós férias de profissionais, dias pós feriados e variações de demanda de doenças como dengue e infecções das vias aéreas superiores que aumentam fortemente em períodos de tempos previsíveis. Os planos de contingência devem ser feitos em relação à carência ou falta de profissionais não médicos nas equipes de atenção primária à saúde e em situações em que o painel de pessoas por equipe é muito alto.

A questão central do acesso à atenção primária à saúde está no balanceamento da demanda e da oferta. Para isso é necessário ter uma compreensão da natureza complexa da demanda

e das respostas que se devem estruturar para cada tipo de demanda a partir de diferentes perfis de oferta (MENDES, 2015).

Como se viu, os estudos de ecologia dos sistemas de saúde demonstraram que de cada 1.000 pessoas, em um mês, 217 irão buscar cuidados primários. Essa demanda é ampla podendo chegar a 1.500 diferentes problemas, dos quais metade não é passível de diagnóstico. 28 problemas respondem por 50% de toda a demanda. A grande maioria dos problemas são condições crônicas, há uma grande parte de problemas gerais e inespecíficos, as pessoas hiperutilizadoras e as pessoas com enfermidades usam um grande parte das agendas, há uma forte variabilidade temporal e sazonal por atendimentos, as demandas administrativas consomem um tempo significativo da equipe e há demandas por cuidados preventivos, por atenção domiciliar e por autocuidado apoiado.

Assim, como se mencionou anteriormente, a demanda na atenção primária à saúde envolve diferentes perfis: demanda por condições agudas, demanda por condições crônicas agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demanda por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades, demanda por pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, demanda por atenção preventiva, demanda por atenção domiciliar e demanda por autocuidado. Essa complexa estrutura de demanda tem sido minimizada na prática dos cuidados primários. Em geral, trabalha-se com uma estrutura de demanda restrita: demanda espontânea que cobre os eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas); demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas, em geral, estruturada em programas; demanda administrativa; demanda por atenção preventiva; e demanda por atenção domiciliar.

A complexa estrutura de demanda da atenção primária à saúde deve ser respondida com perfis de oferta singulares. Ou seja, deve haver uma harmonização entre os perfis de demanda e os perfis de oferta. O agrupamento das demandas faz-se em função da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da atenção primária à saúde. Conseqüentemente, os nove diferentes perfis de demandas da atenção primária à saúde podem ser agrupados em cinco perfis de oferta: atenção aos eventos agudos (condições agudas, condições crônicas agudizadas e condições gerais e inespecíficas); atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; atenção às demandas administrativas; atenção preventiva; atenção domiciliar; e atenção ao autocuidado.

No diagnóstico da demanda e oferta são importantes algumas informações: taxa corrente de atendimento é o número total de atendimentos no ano dividido pelo número total de pessoas atendidas; capacidade de oferta é o número de atendimentos disponíveis por dia para cada profissional multiplicado pelo número de dias de trabalho por (dia/semana/mês/ano) dos profissionais; oferta real é o número de pessoas que diariamente buscam e recebem atenção dos profissionais; demanda é número de pessoas que atendidas num período de tempo (p. exemplo, num dia); demanda total é o somatório da demanda externa, feita diretamente pelas pessoas ou referidas por um profissional, e da demanda interna, gerada pelos atendimentos programados definidos por profissionais da atenção primária à saúde; demanda feita hoje para hoje e feita hoje para um dia no futuro; variações da demanda por mês, por dia, por hora e por estações do ano; e tamanho do painel por cada equipe de atenção primária à saúde (TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE, 2004; MURRAY, 2015; LITVAK, 2015).

O balanceamento da demanda e da oferta, a essência da racionalização do acesso, pressupõe, pois, um diagnóstico preciso das demandas que se fazem, por cada tipo, por mês, por dia, por turno e por hora. De outra parte, há que se estruturarem os diferentes perfis de oferta para responder com efetividade e eficiência aos diferentes perfis de demanda. Isso implica mudanças nas formas como se organizam as ofertas de serviços por tipos de atendimentos, o que inclui mudanças no lado da demanda e da oferta.

O balanceamento entre demanda e oferta envolve várias ações: definição do tamanho do painel para cada profissional; definição da taxa de atendimento de cada pessoa usuária por profissional e por tipo de atendimento (consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupo operativo e outros); alimentação da planilha por equipe e por profissionais; se a capacidade de oferta da equipe está balanceada com a demanda, mas existe desbalanceamento em alguns profissionais transfira pessoas para outros profissionais; se há excesso de pessoas usuárias por equipe ou profissionais use estratégias de redução da demanda ou de aumento da capacidade de oferta; registro diário no prontuário eletrônico a demanda e a capacidade de oferta da UBS e de cada profissional; monitoramento do tamanho do painel por equipe mensalmente; implantação de horário estendido (mais horas por dia e eliminação de fechamentos em horários de almoço); definição do terceiro próximo atendimento disponível para cada unidade para cada profissional e se esta variável estiver muito estendida elabore um plano de redução do *backlog*; não criação de listas de espera para ocultar a demanda não atendida; estabelecimento de regras transparentes para as mudanças de uma pessoa usuária de um profissional a outro e definição

de um único servidor da unidade para tomar essas decisões; identificação das pessoas hiperutilizadas e dos atendimentos que recebem quantitativa e qualitativamente; identificação das ausências, dos cancelamentos e dos *overbookings* e determinação de estratégias para lidar com esses problemas; definição de uma quantidade diária de agendamentos a serem feitos de forma não presencial na unidade (telefone ou internet); separação das pessoas usuárias em grupos homogêneos como os que querem atendimento no mesmo dia, os que preferem atendimentos em outros dias e os que foram pré-agendados (TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE, 2004; MURRAY, 2015; LITVAK, 2015).

É fundamental eliminar o mau *backlog* para organizar o acesso na atenção primária à saúde. Para isso é importante: medir a magnitude do mau *backlog* pelo terceiro próximo atendimento disponível; se necessário elaborar um plano de redução do *backlog* que tenha uma data final que coincidirá com a implantação de um novo sistema de agendamento; esse plano de redução envolverá todos os profissionais da unidade e das equipes e, muitas vezes, exigirá, temporariamente, uma carga adicional de trabalho e/ou uma redução do tempo médio de atendimento. A redução do mau *backlog* acontece quando há uma redução dos terceiros próximos atendimentos disponíveis; quando isso ocorre torna-se possível atender toda demanda no mesmo dia (MURRAY, 2015; LITVAK, 2015).

O balanceamento da demanda e da oferta exige ações racionalizadoras nestes dois polos da atenção primária à saúde.

A racionalização da demanda pressupõe uma análise constante da demanda diária, por turno e por hora, numa unidade de saúde que possibilite comparar a oferta e a demanda a cada dia da semana em função da variabilidade existente (TANTAU & ASSOCIATES, 2009).

As principais ações de racionalização do lado da demanda são: o ajuste do tamanho do painel de pessoas, a elaboração e implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidência, a classificação de risco das pessoas com eventos agudos, a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas não agudizadas, a implantação da prevenção quaternária, a identificação e manejo adequado das pessoas hiperutilizadas e a redução do absenteísmo.

O ajuste do tamanho do painel de pessoas por equipe é uma condição necessária para a racionalização da demanda na atenção primária à saúde. O tamanho do painel deve ser estabelecido com equidade entre as diferentes equipes de modo que não haja equipes com painéis excessivos e equipes com painéis baixos. Isso implica numa distribuição injusta entre os profissionais de saúde e afeta o ambiente de trabalho de uma organização. Algumas

estratégias podem ser utilizadas para se obterem painéis de tamanho certo. Dentre elas estão: definir um painel inicial e observá-lo ao longo do tempo; impedir que os profissionais de painéis excessivos atendam pessoas de outras equipes ou cubram ausências de outros profissionais; quando o painel é excessivo para um médico deve se introduzir outros profissionais não médicos na equipe; e redistribuir pessoas que estão adstritas a uma equipe com painel excessivo para outras equipes que estão com um painel baixo. Na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza foi possível aumentar significativamente a cobertura dos agentes comunitários de saúde redistribuindo o número de famílias por agente sem contratação de novos profissionais já que havia grandes distorções no número de famílias por agente (TAVARES, 2016).

Ainda que as experiências internacionais de organização do acesso à atenção primária à saúde operem com painéis de 1.500 a 2.500 pessoas, a realidade do SUS nos coloca diante de um painel médio de 3.500 pessoas que parece muito alto. Contudo, experiências realizadas em alguns municípios brasileiros mostraram que esse painel médio, quando se tem uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar e ofertando novas formas de encontros clínicos, pode chegar a bons resultados em termos de acesso. Nos casos em que o painel é muito alto, como em municípios com grandes áreas descobertas de atenção primária à saúde, torna-se necessário desenvolver planos de contingência para enfrentar essa situação.

Do lado da demanda é fundamental dispor de diretrizes clínicas baseadas em evidência que definam o que deve ser feito e que agregue, efetivamente, valor para as pessoas usuárias. Muitas demandas, se efetivadas, não irão beneficiar as pessoas demandantes porque não estão baseadas em evidências, o que pode gerar excessos de diagnósticos e tratamentos, iatrogenias e gastos excessivos. A resposta aos diagnósticos e aos tratamentos excessivos está em utilizar corretamente diretrizes clínicas baseadas em evidência (BROWNLEE, 2008; WELCH et al, 2011; GAWANDE, 2015; NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE, 2015; PRASAD e CIFU, 2015; WELCH, 2015). Além disso, essas diretrizes clínicas contêm uma parte que define os parâmetros assistenciais constituídos a partir de necessidades de saúde que permitem racionalizar a demanda programável pela equipe de saúde.

A classificação de riscos dos eventos agudos e a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas são fatores importantes na racionalização do acesso à atenção

primária à saúde. A classificação de riscos nos eventos agudos permite estabelecer o lugar certo e o tempo certo para os atendimentos das urgências na atenção primária à saúde. A estratificação de riscos nas condições crônicas define o que deve ser atendido na atenção primária à saúde e com que frequência devem se dar os retornos. É comum uma frequência de encaminhamentos exagerados para atendimentos de retorno de pessoas com condições crônicas não agudizadas, o que representa um excesso de demanda desnecessária.

As equipes de atenção primária à saúde devem estar capacitadas a exercitar a prevenção quaternária que é um elemento importante na redução da demanda por cuidados primários, especialmente nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e na assistência farmacêutica.

A identificação de pessoas hiperutilizadoras é fundamental para a redução da demanda porque essas pessoas apresentam alto impacto na agenda de consultas individuais presenciais face a face, em especial de consultas médicas. As pessoas hiperutilizadoras não respondem bem às consultas médicas e de enfermagem e devem ser atendidas, preferencialmente, por outras formas de encontros clínicos.

A racionalização da demanda beneficia-se muito uma política de redução do absenteísmo. Lembretes realizados pelos agentes comunitários de saúde ou por internet ou telefone devem ser feitos imediatamente antes do atendimento para diminuir as ausências aos atendimentos agendados. Ademais, pode-se aumentar o número de agendamentos em situações em que o excesso de pessoas é menor que 10% e permitir excesso de agendamentos se a equipe de saúde concorda em trabalhar até que todas as pessoas usuárias sejam atendidas.

De outra forma, o balanceamento da demanda e da oferta pressupõe o desenvolvimento de várias ações de racionalização do lado da oferta como: o aumento da produtividade da oferta por meio da racionalização dos fluxos assistenciais e de redução de desperdícios, redundâncias e retrabalhos; a utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares; a introdução de novas formas de encontros clínicos; a oferta de serviços à distância mediados por tecnologias de informação e comunicação; a flexibilização da oferta com maior concentração em horários e dias de maior demanda; o uso de arranjos organizativos para atendimentos em condições especiais; e o aumento da capacidade de oferta por meio de novos investimentos.

A racionalização da oferta implica uma análise constante da capacidade de oferta por tipo de perfil de oferta, por dia, por turno e por hora, numa unidade de saúde que, também, possibilite comparar a oferta e a demanda em função da variabilidade existente.

É importante desenvolver ações para aumentar a produtividade da oferta. Isso se faz racionalizando os fluxos assistenciais, diminuindo desperdícios, redundâncias e retrabalhos e perfilizando a oferta. Essa é a contribuição fundamental do enfoque do alisamento dos fluxos de atenção à organização do acesso à atenção primária à saúde.

A perfilização da oferta envolve reconhecer seis perfis diferentes: a atenção aos eventos agudos; a atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; e a atenção ao autocuidado. Esses perfis devem ser analisados e submetidos a tecnologias de alisamento dos fluxos assistenciais.

Estabeleça o ciclo de tempo das pessoas usuárias desde a chegada à unidade até sua saída. Deve-se utilizar instrumentos da gestão por processos que permitem planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada de recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento de interfaces entre os processos executados. Assim, é necessário submeter cada um dos seis perfis de oferta à gestão por processos por meio de três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados. A gestão de processos beneficia-se muito da utilização de estratégias sistêmicas discutidas anteriormente e que têm sido aplicadas no campo dos serviços de saúde, com sucesso, como o PDSA, o sistema Lean de produção, a gestão de fluxos assistenciais, o 5's, o Seis Sigma e a teoria das filas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Outras ações necessárias para aumentar a capacidade de oferta é a utilização do trabalho multiprofissional interdisciplinar, uma contribuição do enfoque da otimização da força de trabalho para a organização do acesso à atenção primária à saúde. As soluções convencionais de aumentar o número de médicos ou de reduzir o painel por médico, como se viu, não produziram resultados satisfatórios. Por consequência, há que se introduzirem outros profissionais na equipe da atenção primária à saúde como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo, compondo com o médico, com o enfermeiro, com os técnicos de enfermagem, com os profissionais de saúde bucal e com os agentes comunitários de saúde, uma equipe que opera de forma interdisciplinar. O SUS sinalizou nesse sentido quando criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), mas o fez de forma equivocada ao imputar a estes novos profissionais um trabalho de apoio e matriciamento. O que se requer é que esses profissionais sejam membros

efetivos das equipes da estratégia da saúde da família e, não, meros apoiadores. Algumas experiências sugerem que esses profissionais podem ser incorporados na relação de 1 deles para cada 3 equipes de saúde da família. A introdução desses novos profissionais, além de enriquecer o trabalho pela interdisciplinaridade, permite que se aumente o leque de ofertas, seja em atendimentos individuais, seja em atendimentos coletivos, fugindo da centralidade das consultas individuais face a face de médicos e enfermeiros. Como mostraram trabalhos internacionais, o médico ficará com os atendimentos dos eventos agudos de maior gravidade e das condições crônicas não agudizadas de maior complexidade, delegando a outros profissionais os atendimentos de condições agudas de baixo risco, de condições crônicas não agudizadas de menor complexidade, de atendimentos preventivos, da maior parte dos atendimentos domiciliares, das demandas administrativas, das pessoas hiperutilizadas e das enfermidades.

A utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares abre caminho para a ampliação do menu de atendimentos na atenção primária à saúde por meio de novas formas de encontros clínicos. Certamente permanecerão as consultas individuais face a face, mas novos modos de fazer clínica, já testados com resultados positivos em vários países, devem emergir. Dentre essas novas formas de encontros clínicos destacam-se: a atenção contínua, muito adequada para a construção de planos de cuidados; os atendimentos compartilhados a grupos, muito úteis na construção de autocuidado apoiado e na mudança de comportamentos; os grupos de pares; e os grupos operativos, importantes na educação em saúde. As programações da agenda devem prever momentos para as formas de encontros clínicos convencionais e, também, para essas formas inovadoras de atenção.

Há uma forte tendência de se incrementarem, na atenção primária à saúde, formas de atenção à distância (teleassistência) ou de atenção não presencial, especialmente por meio de telefone e internet. Essa é a contribuição do enfoque das alternativas tecnológicas ao atendimento presencial para a organização do acesso à atenção primária à saúde. A incorporação desses novos modos de atenção permite aumentar significativamente a oferta dos cuidados primários. Nesse sentido, devem ser estimulados modos de atendimentos à distância por telefone ou internet como agendamento de atendimentos, consultas médicas ou de outros profissionais e disponibilização de chats para diálogos entre profissionais e pessoas usuárias. O sistema de agendamento deveria prever um tempo para que os profissionais pudessem, em tempo protegido, exercer essas funções clínicas à distância.

A racionalização da oferta na atenção primária à saúde passa por uma flexibilização dos atendimentos com concentração relativa em momentos de maior demanda. As avaliações de demanda mostram que ela se dá diferentemente em dias da semana e em horários do mesmo dia. A partir dessa constatação propõe-se que a agenda dos profissionais seja flexibilizada para concentrar mais força de trabalho naqueles momentos de maior pressão de demanda. A observação de que algumas unidades de atenção primária apresentam uma concentração de demanda nas segundas feiras pela manhã, pode sugerir que neste período poderiam se concentrar mais horas/profissionais que numa quarta feira à tarde, o que aumentaria a capacidade de resposta destas unidades.

Em certas situações deve-se fazer uso de arranjos organizativos para atendimentos em condições especiais. Essa ação é importante na redução do mau *backlog* que se expressa em filas e tempos de espera longos. A racionalização sustentada do acesso à atenção primária à saúde implica a redução desse mau *backlog*. Para isso, podem se utilizar soluções *ad hoc*, uma delas, muito usual no SUS, os mutirões. Em geral, seleciona-se uma tecnologia que possa ser respondida por este tipo de oferta e desencadeia-se um esforço concentrado e de alto impacto no curto prazo. O mutirão como ação isolada, sem um plano coerente de balanceamento da demanda e da oferta, tal como ocorre no SUS, limpa a fila, mas ela volta a se formar em pouco tempo. Portanto, os mutirões só se justificam como uma ação de curto prazo para superação do mau *backlog* articulada com uma ação de médio e longo prazo de balanceamento sustentado da demanda e da oferta.

Em certas situações, mesmo instituindo-se todas essas ações do lado da demanda e da oferta, podem permanecer os desequilíbrios causados por uma clara insuficiência de oferta. Somente nesses casos deve-se partir para o aumento da capacidade de oferta por meio de novos investimentos em recursos como construção ou ampliação de unidades de atenção primária à saúde, contratação de novos profissionais e/ou aquisição de novos equipamentos e materiais. Só dessa forma vai se superar o modelo de gestão da oferta que busca responder a cada desequilíbrio de demanda e oferta com incremento dos recursos da atenção primária à saúde.

Uma vez organizado o acesso à atenção primária à saúde devem ser monitorados os resultados de sua implantação. Na literatura encontram-se algumas métricas que podem ser utilizadas para a avaliação do acesso: o número de demandas por atendimentos feitos por telefone, por presença na unidade de saúde e do número de atendimentos de retornos programados; o número de atendimentos disponíveis por dia para cada membro da equipe; o

tamanho do painel por equipe; o terceiro próximo atendimento disponível na agenda; a possibilidade das pessoas serem atendidas pelos profissionais a que estão vinculadas para medir o atributo da longitudinalidade; a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; as práticas de agendamento; os tempos de espera; os ciclos de tempo de atendimento; a capacidade de oferta; o desempenho dos modelos alternativos ao cuidado individual face a face; e a longitudinalidade do cuidado (MURRAY e BERWICK, 2003).

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BDUCH C. Grupos operativos em adolescentes. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

AGWUNOBI J, LONDON PA. Removing costs from the health care supply chain: lessons from mass retail. *Health Affairs* 28:1336-1342, 2009.

AHLUWALIA S, OFFREDDY M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC FamilyPractice*, 2005. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-6-39>.

ALETRAS V et al. Economies of scale and scope. In: Ferguson B et al. (Editors). Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ALEXANDER GC et al. Physician in retainer (conciierge) practice: a national survey of physician, patient, and practice characteristics. *J Gen Intern Med*, 20: 1079-1083, 2005.

ALMEIDA C et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30: 129-162, 2000.

ALMEIDA FILHO N et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, 171: 524-529, 1997.

ALMEIDA FILHO N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14: 30-50, 2005.

ALTSCHLER J et al. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physician with team-based task delegation. *Annals of Family Medicine*, 10: 396-400, 2012.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Group visits: shared medical appointments. 2005. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Emergency department crowding: high-impact solutions. Irving, American College of Emergency Physicians, 2008.

ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.*, 36: 1-10, 1995.

ANDRADE MV et al. Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, 2007.

ANDRADE MV et al. Equidade na saúde: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

ANGELES RN et al. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 35: 344-352, 2011.

ANHANG PRICE R et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 7: 522-554, 2014.

ARENALES M et al. Pesquisa operacional. Rio de Janeiro, Elsevier, 6ª edição, 2007.

ARROJO JUNIOR JC, FABI LF. Impacto do acesso avançado na capacidade de oferta futura em unidade básica de saúde do município de São Paulo. *Medicina Ribeirão Preto*, 47: S5, 2014.

ASFOR ATP et al. Implantação do acesso avançado como medida resolutiva ao absenteísmo às consultas programadas. Gramado, Anais do Congresso Sul Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2014.

BANTA HD, BOS M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. *Health Policy*, 18: 1-10, 1991.

BARLOW JH et al. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed Res*, 20: 128-136, 2005.

BARNETT ML et al. Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. *Archives of Internal Medicine*, 172: 163-170, 2012.

BARRET J et al. CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2007.

BAUMGARTEN A et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. *Epidemiologia Serv Saúde*, 24: 353-362, 2015.

BEASLEY JW et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? *Ann Fam Med*, 2: 405-410, 2004.

BEISECKER AE, BEISECKER TD. Patient information seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care*, 28:19-28, 1990.

BELARDI FG et al. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med*, 36: 341-345, 2004.

BELLÓN JA et al. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*, 58: 324-330, 2008.

BENATAR D et al. Outcomes of chronic heart failure. *Arch Intern Med*, 163: 347-352, 2003.

BENNETT KJ, BAXLEY EG. The effect of a carve-out advanced access scheduling system on no-show rates. *Fam Med*, 41: 51-56, 2009.

BERGESON SC, DEAN JD. A systems approach to patient-centered care. *JAMA*, 296: 2848-2851, 2006.

BERTANI TM. Lean healthcare: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares. São Carlos, Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Escola de Engenharia de São Carlos da USP, 2012.

BERWICK DM et al. The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*, 27: 759-769, 2008.

BIDINHA LV et al. Análise do atendimento em serviços de saúde utilizando teoria de filas e simulação: aplicação em uma unidade básica em Manaus, Amazonas, Brasil. Salvador, XLVI Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, 2014.

BLERMAN E et al. Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. *Stud Health Technol Inform*, 77: 327-332, 2000.

BLEUSTEIN C et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *American Journal of Managed Care*, 20: 393-400, 2014.

BODENHEIMER T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*, 298: 2048-2055, 2007.

BODENHEIMER T. Transforming practice. *New Engl J Med*, 359: 2086-2089, 2008.

BODENHEIMER T et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288: 2469-2475, 2002.

BODENHEIMER T, GRUMBACH K. Improving chronic care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw Hill, 2007.

BODENHEIMER T, LAING BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*, 5: 457-461, 2007.

BOISJOLY H. et al. Reducing wait time for cataract surgery: comparison of 2 historical cohorts of patients in Montreal. *Canadian Journal of Ophthalmology/Journal Canadien d'Ophtalmologie*, 45: 135-139, 2010.

BRADDOCK CH et al. Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*, 282: 2313-2320, 1999.

BRANDENBURG L et al. Innovation and best practices in health care scheduling. 2015. Disponível em: <http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2015/Innovation-and-Best-Practices-in-Health-Care-Scheduling.aspx>

BRASIL MA. Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília, DAB/SAS/MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, SAS/Ministério da Saúde, 2015.

BRITT H et al. General practice activity in Australia, 2004-05. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2005.

BROCK C. Self care: a real choice. 2005. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>

BROUSSEAU DC et al. The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158: 78-82, 2004.

BROWNLEE S. Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York, Bloomsbury USA, 2008.

BUENO D, SIEBERTZ M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. *Rev APS*, 11: 468-473, 2008.

BUNDY DG et al. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics*, 116:82-87, 2005.

BUNKER JP et al. Should surgery be regionalised? *Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.

BUSSE R et al. Mapping health services access: national and cross-border issues. Health Access Project, European Union, 2006.

CAMPBELL et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. *British Medical Journal*, 323: 784-787, 2001.

CAMPINO ACC et al. Poverty and equity in Latin America and Caribbean: results of country-case studies from Brazil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Mexico and Peru. Washington, The World Bank, PNUD and OPAS, 1999.

- CARPILHEIRA MF, SANTOS IS. Individual factors associated with medical consultations by adults. Ver. Saúde Pública, 40: 436-443, 2006.
- CARR-HILL R et al. Access and the utilization of healthcare services. In: Ferguson B et al. (Editors). Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- CASTRO MSM et al. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Revista de Saúde Pública, 39: 277-284, 2005.
- CAPITAL CARE. Capital care renovating older centres. 2011. Disponível em: <http://www.capitalcare.net>.
- CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. Physician survey, 2006. Disponível em: <http://www.hschange.com>.
- CERONDOGLO NETO M. O hospital na construção do sistema de saúde: perspectivas e desafios. Belo Horizonte, Seminário Sistema de Saúde de excelência, ANAHP, 2015.
- CHAUDHRY SI et al. Telemonitoring in patients with heart failure. N Engl J Med, 36: 2301-2309, 2010.
- CHAVES ALF et al. Estudo da teoria das filas em um sistema médico-hospitalar na cidade de Belém-PA. Belo Horizonte, XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2011.
- CHERNIACK EP et al. The use of open-access scheduling for the elderly. J Health Qual, 29:45-48, 2007.
- CHIN SY et al. Aplicação da teoria das filas em um centro de atendimento de saúde em Ponta Grossa, PR. Curitiba, XXXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2014.
- CHRISTENSEN CM et al. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre, Bookman, 2009.
- CHWIF L, MEDINA AC. Modelagem e simulação de eventos discretos: teoria & aplicação. São Paulo, Editora do Autor, 2ª edição, 2007.
- COATES AS. Breast cancer: delays, dilemmas, and delusions. Lancet, 353:1112-1113, 1999.
- CORDEIRO JÚNIOR E. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.
- CORKERY et al. Effect of a bicultural community health worker on completion of diabetes education in a Hispanic population. Diabetes Care, 20: 254-257, 1997.
- CORREA HL, CORREA CA. Administração da produção e operações. São Paulo, Atlas, 2006.
- COSTA ZBD, MARTINS FRD. atendimentos MACC no CISAMUSEP. Maringá, CISAMUSEP, 2015.
- COULTER A et al. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- COUNCIL MH. Annual report on the performance of the Massachusetts health care system. Boston, Center for Health Informatics and Analysis, 2014.
- CROMBIE DL. Diagnostic process. J Coll Gen Pract, 6:579-589, 1963.
- CUELLAR AE, GERTLER PJ. Strategic integration of hospitals and physicians. J Health Econ, 25: 1-28, 2005.
- CULYER AJ, WAGSTAFF A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ, 12: 431-457, 1993.
- CUNNINGHAM PJ et al. The use of hospital emergency departments for non-urgent health problems: a national perspective. Med Care Res Rev, 52: 453-474, 1995.
- DACULCHI MG. A atenção ambulatorial especializada no Paraná. Brasília, Seminário CONASS: Debate sobre a atenção ambulatorial especializada, 2015.

DAHGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991.

DARKINS AP et al. Care coordination/home telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions. *Telemedicine and e-Health*, 14: 1118-1126, 2008.

DAVIS K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20: 953-957, 2005.

DEPARTMENT OF DEFENSE. Military health system review. Washington, Department of Defense, 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London, Department of Health, 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH. Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, COI/Department of Health, 2005.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. Access audit: system-wide review of access. Washington, U.S. Department of Veterans Affairs, 2014.

DEVARAJ S et al. Examining the impact of information technology and patient flow on healthcare performance: a theory of swift and even flow (TSEF) perspective. *Journal of Operations Management*, 31:181-192, 2013.

DEVEUGELE M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ Couns*, 54: 227-233, 2004.

DIAS RB et al. Mudança de comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas. In: CAMPOS EF et al (Organizadores). Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed's de Minas Gerais. Belo Horizonte, Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2010.

DIAS RB, NOGUEIRA FPS. Trabalho em equipe. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.

DUBOIS CA et al. The human resource challenge in chronic care. In: DUBOIS CA, McKee M, Nolte E (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Maidenhead, Open University Press, 2008.

DUBOIS CA, SINGH D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7: 87, 2009.

DUGDALE DC. Time and physician-patient relationship. *J Gen Intern Med*, 14: 34-40, 1999.

ECHEVARRIETA AB. El grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica. Madrid, Memoria para optar a grado de doctor en el Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid, 1999.

EMONT S, EMONT N. Evaluation of the optimizing primary care collaborative. Dansbury, California HealthCare Foundation, 2009.

ENGEL GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-544, 1980.

EPSTEIN RM et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, 3: 415-421, 2005.

EVANS RG, STODART GL. Producing health, consuming health care. *Social Sciences and Medicine*, 31: 1347-1363, 1990.

- FARACO FS et al. Implantação da APS na UNIMED Guarulhos: novo modelo de atenção à saúde do sistema UNIMED. 2015. Disponível em: www.unimed.coop.br/pct/serviet/ServietDownload?id=MjE0NzUyMjQ5NA
- FERGUSON B et al. Introduction. In: FERGUSON B et al (Editors). Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.
- FERNANDES CLC. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS, 2013.
- FERRIS TG et al. Changes in daily practice of primary care for children. Arch Pediatr Adolesc Med, 152: 227-233, 1998.
- FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH. Non-insured health benefits program. Ottawa, Health Canada, 2008.
- FOGLIATTI MC, MATTOS NMC. Teoria de Filas. Rio de Janeiro, Editora Interciência, 2007.
- FONSECA et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev APS, 11: 285-294, 2008.
- FORTES S et al. Queixas somáticas sem explicação médica. In: DUNCAN BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª edição, 2013.
- FOURNIER J et al. Advanced access decreases wait times in primary healthcare. Healthcare Quartely, 15: 64-68, 2012.
- FRANK J. Canada Institute of Population and Public Health. Message from Jonh Frank, Scientific Director, 2002. Disponível em: http://www.cirh-irsc.gc.ca/institutes/ipph/about_ipph/ipph_message_director_c.shtml
- FREIRE M. O que é um grupo? In: GROSSI E, BORDIN J (Organizadores). A paixão de aprender. Petrópolis, Ed. Vozes, 12ª Ed, 2011.
- FRENK J. Concept and measurement of accessibility. Salud Publica Mex., 27: 438-453, 1985.
- FRENK J. The concept and measurement of accessibility. In: White KL et al. Health services research: na anthology. Washington, Pan American Health Organization, 1992.
- FU D et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the World Health Organization, 81: 174-182, 2003.
- GARCÍA-CAMPAYO et al. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. Ate Primaria, 24: 594-601, 1999.
- GAYED B et al. Redesigning a joint replacement program using Lean Six Sigma in a Veterans Affairs hospital. JAMA Surgery, 148: 1050-1056, 2013.
- GAWANDE A. Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London, Profile Books, 2002.
- GAWANDE A. Mortais: nós, a medicina e o que importa no final. Rio de Janeiro, Objetiva, 2015.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona, Department de Salut, 2007.
- GÉRVAS J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. Gac Sanit Bilbao, 104: 93-96, 2007.

GÉRVAS J, FERNÁNDEZ MP. Proteção dos pacientes contra os excessos e danos das atividades preventivas. In: GUSSO G, LOPES JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.

GLYNN E et al. The quality of health care delivered to adults in United States. *N Engl J Med*, 348: 2635-2645, 2003.

GODFREY MM (Editor). Clinical microsystem action guide. Hanover, Trustees of Dartmouth College, 2004.

GOITEN M. Waiting patiently. *N Engl J Med*, 323: 604-608, 1990.

GOLDBERG D, HUXLEY, P. Common mental disorders: a biosocial model. London, Routledge, 1992.

GOLDBERG D et al. A general introduction to training physicians in mental health skill. In: GOLDBERG et al. WPA teaching material. Geneva, World Psychiatric Association, 2001.

GONÇALVES DM, KAPCZINSKI F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 24: 1641-1650, 2008.

GONZALES RF et al. Grupos Balint. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012.

GOODALL S et al. Implementation of advanced access in general practice: posted survey of practices. *Br J Gen Pract*, 56: 918-923, 2006.

GRABAN M. Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction. New York, Taylor & Francis, 2009.

GRANJA M et al. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open*, 4: e005026, 2014.

GRANJA M, PONTE C. O que ocupa os médicos de família? Caracterização do trabalho médico para além da consulta. *Rev Port Clin Geral*, 27: 388-396, 2011.

GRAY M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, Third Edition, 2009.

GREEN LA et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*, 344: 2021-2025, 2001.

GREENBLATT J. Access to urgent medical care, 2001. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

GRIFFIN S et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2: 595-608, 2004.

GROOPMAN J. Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York, Penguin, 2001.

GROSSMAN C, TAVARES M. Consultas por telefone como recurso em atenção primária à saúde. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012.

GROUP HEALTH COOPERATIVE. Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams. 2001a. Disponível em: <http://www.ghc.org>.

GROUP HEALTH COOPERATIVE. Visit starter kit. 2001b. Disponível em: <http://www.ghc.org>.

GRUMBACH K. Redesign of the health care delivery system: A Bauhaus “form follows function” approach. *JAMA* 302: 2363-2364, 2009.

- GRUMBACH K et al. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*, 291: 1246-1251, 2004.
- GULLIFORD M et al. What does access to health care mean? *J Health Serv Res Policy*, 7: 186–188, 2002.
- GUTTMANN A et al. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *British Medical Journal*, 342: d2983, 2011.
- GUSSO GDF. Necessidades do SUS e processos de geração de educadores. Brasília, Departamento de Gestão e de Educação em Saúde/Ministério da Saúde, 2007.
- GUSSO GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2). São Paulo, Tese de Doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- HALL R. Matching healthcare resources to patient needs. In: HALL R (Editor). *Handbook of healthcare system scheduling*. New York, Springer Science and Business Media, 2012.
- HALL R et al. *Patient flow: Reducing delay in healthcare delivery*. New York, Springer Science & Business Media, 2013.
- HALLAM L. You've got a lot to answer for, Mr. Bell: a review of the use of the telephone in primary care. *Fam Pract*, 6: 47-57, 1989.
- HAM C et al. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 327: 1257-1259, 2003.
- HARRY MJ. Six Sigma: A breakthrough strategy for profitability. *Quality Progress*, 31:60-64, 1998.
- HART JT. The inverse care law. *Lancet*, 297: 405-412, 1971.
- HARTNETT T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. 2006. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>.
- HEALTH CANADA. Taking action on population health. Ottawa, Health Canada, 1998.
- HEALTHWATCH GLOUCESTERSHIRE. GP Access Report. 2014. Disponível em: www.issuu.com.
- HEATH I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care*, 10: 10-11, 2010.
- HILL R. *Queing methods for services and manufacturing*. Englewood Cliffs, 1991.
- HODGSON P et al. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med*, 3: 318-323, 2005.
- HOFFMAN KA et al. Improving substance abuse data systems to measure “waiting time to treatment”: lessons learned from a quality improvement initiative. *Health Informatics Journal*, 17: 256-265, 2011.
- HOFMARCHER MM et al. Improved health system performance through better care coordination. Paris, OECD, Health Working Papers nº 30, 2007.
- HOLMAN H, LORIG K. Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320: 526-527, 2000.
- HORTA NC et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS*, 12: 293-301, 2009.
- HOUSE OF COMMONS. NHS continuing care, volume I: report, together with formal minutes, oral and written evidence. London, The Stationery Office Limited, 2005.

HOWIE JG et al. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 319: 738-743, 1999.

HSU CK et al. Spreading a patient-centered medical home redesign: a case study. *Journal of Ambulatory Care Management*, 35: 99-108, 2012.

HUGHES G. Four hour target for EDs: the UK experience. *Emergency Medicine Australasia*, 22: 368-373, 2010.

ICKOVICS JR et al. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. *Obstet Gynecology*, 102: 1051-1057, 2003.

ILLICH I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 3ª edição, 1977.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Optimizing patient flow: moving patients smoothly through acute care settings. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2003.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Advanced access : reducing waits, delays, and frustrations on Maine, 2006. Disponível em: <http://www.chcf.org/publications/2006/10/overuse-of-emergency-departments-among-insured>.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Third next available appointment. 2014. Disponível em: <http://www.ihf.resourcess/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx>

INSTITUTE OF MEDICINE. Access to health care in America. Washington, The National Academies Press, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE. Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality: workshop summary. Washington, The National Academies Press, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington, The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington, The National Academies Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington, The National Academies Press, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD). Rio de Janeiro, IBGE, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD). Rio de Janeiro, IBGE, 2008.

JAMOULLE M et al. Working fields and prevention domains in general practices/Family Medicine. 2002. Disponível em: <http://docpatient.net/mj/prev.html>

JANCA et al. WHO international study of somatoform disorders: an overview of methods and preliminary results. Tokyo, Springer, 1999.

JEMIAI N et al. An overview of cost sharing for health services in the European Union. *Euro Observer*, 6, 1-4, 2004.

JENKINS SF et al. Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. *JAMA*, 289: 305-312, 2003.

JOHNSON BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda, Institute for Family-Centered Care, 2008.

JOVELL A et al. Nuevo rol del paciente em el sistema sanitario. *Atención Primaria*, 38: 234-237, 2006.

KAISER FAMILY FOUNDATION. Women's health in United States: health coverage and access to care. Menlo Park, Kaiser Family Foundation, 2002.

- KAISER PERMANENTE. Annual report 2013. Disponível em: http://share.kaiserpermanente.org/static/kp_annualreport_2013.
- KAPLAN GG et al. Bringing a systems approach to health. 2013. Disponível em: <http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2013/SystemsApproaches.aspx>
- KAPLAN SH et al. Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. *Med Care*, 33: 1176-1187, 1995.
- KATHERINE DR et al. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*, 171:1150-1159, 2011.
- KIM CS et al. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1: 191-199, 2006.
- KIM CS et al. Creating value in health care: The case for Lean thinking. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16: 557-562, 2009.
- KIM HS, OH JA. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *J Adv Nurs*, 44: 256-261, 2003.
- KINDIG D, STODDART G. What is population health? *Am J Public Health*, 93: 380-383, 2003.
- KLOTZEL K. O diagnóstico clínico: estratégias e táticas. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª Ed, 2013.
- KNAUSE DR et al. Antropologia e atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª edição, 2013.
- KNIGHT AW et al. Reduced waiting times for the GP: two examples of advanced access in Australia. *MJA*, 183: 101-103, 2005.
- KROENKE K et al. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychol*, 130: 102-105, 1973.
- KRUGER DF et al. Effect of modern transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. *J Am Acad Nurse Pract*, 15: 371-375, 2003.
- KWAK YH, ANBARI FT. Benefits, obstacles, and future of Six Sigma approach. *Technovation* 26: 708-715, 2006.
- LaFRAMBOISE LM et al. Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. *Fam Community Health*, 26: 275-288, 2003.
- LAMB A. Why advanced access is a retrograde step. *Br J Gen Pract*, 52: 1035, 2002.
- LANDSBERG G et al. Análise da demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17: 3025-3036, 2012.
- LANGLEY GJ et al. *Modelo de melhoria*. Campinas, Mercado de Letras, 2011.
- LASSER KE et al. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved*, 16:475-486, 2005.
- LEAL AEB et al. *Acesso avançado: um caminho para a integridade na atenção básica*. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, 2015.
- LEAL MC et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*, 39: 100-107, 2005.
- LEAPE LL, BERWICK DM. Five years after to err is human: what have we learned? *Journal of American Medical Association*, 293: 2384-2390, 2005.

- LEE EK et al. Transforming hospital emergency department workflow and patient care. *Interfaces*, 45: 58-82, 2015.
- LEVESQUE JF et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12: 18, 2013.
- LEVINSON W et al. Not all patients want to participate in decision making. *J Gen Intern Med*, 20: 531-535, 2005.
- LEWIS N. Populations, population health, and the evolution of population management: making sense of the terminology in US health care today. *IHI Leadership Blog*, 2014.
- LIMA FXC et al. Propostas de melhorias de atendimento num pronto socorro utilizando teoria de filas e teoria de restrições. São José dos Campos, Anais do 13º Encontro de Iniciação Científica e Pós-Graduação do ITA, 2007.
- LIMA MV et al. Registros médicos, certificados e atestados. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.
- LIPPMAN H. Same-day scheduling. *Hippocrates*, 2: 49-53, 2000.
- LITVAK E. Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions. Oak Brook, Joint Commission Resources, 2009.
- LITVAK E. Reengineering flow through the primary care office. In: INSTITUTE OF MEDICINE. *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. Washington, The National Academies Press, 2015.
- LITVAK E, BISOGNANO M. More patients, less payment: Increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform. *Health Affairs*, 30:76-80, 2011.
- LITVAK E, FINEBERG HV. Smoothing the way to high quality, safety, and economy. *N Engl J Med*, 369:1581-1583, 2013.
- LLANWARNE NR et al. Relationship between clinical quality and patient experience: analysis of data from the English quality and outcomes framework and the national General Practice Patient Survey. *Annals of Family Medicine*, 11: 467-472, 2013.
- LONGTIN Y et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85: 53-62, 2010.
- LOPES JM, OLIVEIRA MB. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. *Rev Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*, 11: 28-50, 1998.
- LORIG K et al. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder, Bull Publishing Company, Thord editon, 2006.
- LOPES PRR. O Centro de Atenção Secundária Integrado Viva Vida e Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. Belo Horizonte, III Seminário do Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas de Santo Antônio do Monte, 2014.
- LOTTENBERG C. O médico é um individualista. *Veja*, 48: 13-17, 2015.
- LOZANO P et al. A multiple randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158: 875-883, 2004.
- LUSIGNAN S et al. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*, 3: 723-730, 2001.
- MACKWAY-JONES K et al. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

- MAHMUD SJ et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO G, LOPES JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.
- MALLARD SD et al. Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *J Public Health Manag Pract*, 10:148-155, 2004.
- MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad Saúde Pública*, 22: 2229-2239, 2006.
- MARQUES AJS et al. Rede de transporte sanitário: um instrumento de gestão fortalecendo o SUS. Juiz de Fora, ACISPES, 2007.
- MARTIN JC et al. The future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*, 1: S3-82, 2004.
- MASLEY S et al. Planning group visits for high-risk patients. *Family Practice Management*. 2000. Disponível em: <http://www.aafp.org>
- McALEARNEY AS. Population health management: strategies to improve outcomes. Chicago, Health Administration Press, 2003.
- McGLYNN EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*, 348: 2635-2345, 2003.
- McKINSTRY B et al. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract*, 59: e209-218, 2009.
- McWHINNEY IR. The importance of being different. *Brit J Gen Pract*, 46: 433-436, 1996.
- McWHINNEY IR, FREEMAN T. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre, Artmed, 3ª edição, 2010.
- MEADOR CK. The art and science of nondisease. *New Engl J Med*, 14: 92-95, 1965.
- MECHANIC D et al. Are patients office visit with physician getting shorter? *N Engl J Med*, 344: 198-204, 2001.
- MEHROTRA A et al. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Ann Intern Med*, 148: 915-922, 2008.
- MELO ICCW. Grupo operativo. Belo Horizonte, III Seminário do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, 2014.
- MELON KA et al. Beat the clock! Wait times and the production of quality in emergency departments. *Nursing Philosophy*, 14: 223-237, 2013.
- MENDES EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- MENEZES JC. Atenção primária à saúde e puericultura: uma proposta de intervenção. Belo Horizonte, NESCON/Faculdade de Medicina da UFMG, 2010.
- MESTRE AG et al. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1: 1, 2008.

- MEYER H. At UPMC, improving care processes to serve patients better and cut costs. *Health Affairs*, 30: 400-403, 2011.
- MICHENER JL et al. Alternative models for academic family practices. *BMC Health Serv Res*, 6: 38, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL. Publicação periódica sobre o número de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, 2015.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Proyecto de Real Decreto por el cual se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Dossier especial, MSC, 2005.
- MINTZBERG H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo, Editora Atlas, 2ª edição, 2003.
- MODELL M et al. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. *British Medical Journal*, 317: 788-791, 1998.
- MOJA L et al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes: a meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PLoS ONE*, 7:e46175, 2012.
- MOONEY G. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, 1: 179–185, 1983.
- MOREIRA AC et al. A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde. Belo Horizonte, Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.
- MORRIS LA et al. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med Care*, 35: 996-1007, 1997.
- MOYSÉS ST et al. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MURRAY M. Reducing waits and delays in the referral process. *Family Practice Management*, 9: 39-42, 2002.
- MURRAY M. Open access on advanced access scheduling. In: Institute of Medicine. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington, The National Academies Press, 2015.
- MURRAY M, BERWICK DM. Advanced access. *JAMA*, 289:1035-1040, 2003.
- MURRAY M et al. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access modelo. *JAMA*, 289: 1042-1046, 2003.
- MURRAY M, TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*, 7: 45-50, 2000.
- NATIONAL ACADEMY OF ENGINEERING AND INSTITUTE OF MEDICINE. Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership. Washington, The National Academies Press, 2005.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE. Improving diagnosis in health care. Washington, The National Academies Press, 2015.
- NATIONAL SURVEY OF CONSUMER EXPERIENCES WITH HEALTH PLANS. Menlo Park, Kaiser Family Foundation, 2000.
- NEAL RD et al. Frequent attenders: who needs treatment? *Br J Gen Pract*, 46: 131-132, 1996.
- NEAL RD et al. Frequency of patients consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract*, 48: 895-898, 1998.
- NERI M, SOARES W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18: 77-87, 2002.

- NEWHOUSE J et al. Is competition the answer? *Journal Health Economics*, 1: 109-116, 1982.
- NHS ENGLAND. GP patient survey. 2015. Disponível em <https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports>.
- NIEFELD MR et al. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26: 1344-1349, 2003.
- NOFFSINGER EB, SCOTT JC. Understanding today's group visit models. *Group Practice J*, 49: 48-58, 2000.
- NOLAN TW et al. Reducing delays and wasting times throughout the healthcare system. Boston, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
- NORMAN AH, TESSER CD. Rastreamento de doenças. In: GUSSO G, LOPES JMC (Organizadores). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.
- NORONHA JC et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: a caso da cirurgia coronariana no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 1781-1789, 2003.
- NORONHA KVMS, ANDRADE MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 17: 410-418, 2005.
- NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT. From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.
- NUFFIELD TRUST. GP numbers relative to UK populations. 2011. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/data-and-charts/gp-numbers-relative-UK-populations>.
- NUNES A et al. Medindo desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
- NUÑO RS. Exploración conceptual de la atención integrada. In: BENGUA R, NUÑO RS. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona, Elsevier, 2008.
- O'CONNOR ME et al. Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160:889-893, 2006.
- O'DELL K. Transportation among barriers to health care. Springfield, New Leader, 2008.
- OECD. *Health at a glance. : Europe 2014*. Paris, OECD, 2014.
- O'HARE CD, CORLETT J. The outcomes of open-access scheduling. *American Academy of Family Physicians/Family Practice Management*, 2004. Disponível em: www.aafp.org/fpm
- OKKES IM et al. Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: OKKE et al. *ICPC in the Amsterdam Transition Project*. Amsterdam, Department of Family Medicine/University of Amsterdam, 2005.
- OLSHAM J. The National Primary Care Development Team. 2002. Disponível em: www.guidelinesinpractice.co.uk/augo2_oldham_aug02
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
- OSTBYE T et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, 3: 209-214, 2005.
- PARKER H. Making the shift: a review of NHS experience. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement/University of Birmingham, 2006.

- PARMAR A. UnitedHealth executive: fee-for-value is here. 2014. Disponível em: www.mddionline.com/blog/devicetalk/unitedhealth-executive-fee-value-here?cid=nl.mddi01.
- PASCOE SW et al. Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. *Br J Gen Pract.* 54: 367-369, 2004.
- PEARL R. Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. *Health Affairs*, 33: 251-257, 2014.
- PETTERSON SM et al. Unequal distribution of the U.S. primary care workforce. *American Family Physician* 87: 11, 2013.
- PENCHANSKY DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19: 127-140, 1981.
- PERLARD G. Seis sigma: o que é e como funciona. 2012. Disponível em: <http://www.sobreadministracao.com/seis-sigma-o-que-e-como-funciona>
- PHAM HH et al. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *New England Journal of Medicine*, 356: 1130-1139, 2007.
- PHAM HH et al. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Annals of Internal Medicine*, 150: 236-242, 2009.
- PHAN K, BROWN SR. Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. *Fam Med*, 41:46-50, 2009.
- PHILLIPS R, PETTERSON S. Primary care workforce: maldistribution into shortage. Washington, Robert Graham Center, 2011.
- PICHON-RIVIÈRE E. Una teoria del abordage de la prevención en el ambito del grupo familiar. Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.
- PICHON-RIVIÈRE E. O processo grupal. São Paulo, Martins Fontes Editora, 8ª edição, 2009.
- PICKIN M et al. Evaluation of advanced access in the national primary care collaborative. *Br J Gen Pract*, 54:334-340, 2004.
- PIETTE JD et al. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care*, 22: 1302-1309, 1999.
- PIETTE JD et al. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 24: 202-208, 2001.
- PILOWSKY I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*, 31: 207-213, 1990.
- PINOCK H et al. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326: 477-479, 2003.
- PINTO CF, BATTAGLIA F. Aplicando Lean na saúde. São Paulo, Lean Institute Brasil, 2014.
- PIKER INSTITUTE. Principles of patient-centered care, 2011. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles>.
- PIZER SD, PRENTICE JC. What are the consequences of waiting for health care in the veteran population? *Journal of General Internal Medicine*, 26: S676-S682, 2011.
- POPE C et al. Improving access to primary care: eight case studies of introducing Advanced Access in England. *J Health Serv Res Policy*, 13:33-39, 2008.
- PORTARRIEU ML, TUBERT-OKLANDER J. Grupos operativos. In: OSÓRIO LC (Organizador). Grupo terapia hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

- PORTER M. Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.
- PORTER ME, TEISBERG EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.
- PORTER M, KELLOGG M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atención Integrada, 1: 1, 2008.
- PRADO D. Teoria das filas e da simulação. Belo Horizonte, Falconi, 5ª edição, 2014.
- PRASAD VK, CIFU AS. Ending medical reversal. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2015.
- PRENTICE JC, PIZER SD. Delayed access to health care and mortality. Health Services Research, 42: 644-662, 2007.
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol, 51: 390-395, 1983.
- QUINET A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 2005.
- RADAELLI SM et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev Saúde Publ, 24: 232-240, 1990.
- RADEL SJ et al. Redesigning clinical office practices to improve performance levels in an individual practice association model HMO. J Health Qual, 23:11-15, 2001.
- RAMOS V, CARRAPIÇO E. Pessoas que consultam frequentemente. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.
- RIEGEL B, CARLSON B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? Cardiovasc Nurs, 19: 174-183, 2004.
- ROBINSON LW, CHEN RR. A comparison of traditional and open-access policies for appointment scheduling. Manufacturing & Services Operations Management, 12: 330-346, 2009.
- ROBLIN DW et al. Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an COM. Health Serv Res, 39: 607-626, 2004.
- RODRIGUES GJ. Porque consultam os utentes o seu médico de família? Rev Port Clin Geral, 16: 442-452, 2000.
- ROHRER JE et al. Impact of open-access scheduling on realized access. Health Serv Manage Res, 20:134-139, 2007.
- ROLLNICK S et al. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre, Artmed, 2009.
- ROSE D et al. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. Arch Intern Med, 171: 1150-1159, 2011.
- ROTER DL et al. Studies of doctor-patient interaction. Ann Rev Public Health, 10: 163-180, 1989.
- ROUMIE CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann Intern Med, 145: 165-175, 2006.
- SABA GW et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. Ann Fam Med, 4: 54-62, 2006.
- SALISBURY C. Does advanced access work for patients and practices? Br J Gen Pract, 54: 330-331, 2004.
- SALISBURY C et al. Does advanced access improve access to primary health care? questionnaire survey of patients. Br J Gen Pract, 57: 615-621, 2007a.

- SALISBURY C et al. An evaluation of advanced access in general practice: final report. Bristol, National Co-ordinating Centre for NHS Service and Delivery Organisation on R & D, 2007b.
- SALISBURY C. Evaluating open access: problems with the program or the studies? *Ann Intern Med*, 149:910-911, 2008.
- SALKEVER DS. Accessibility and the demand for preventive care. *Soc Sci Med*, 10: 469–475, 1976.
- SALMON P et al. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med*, 61: 1505-1515, 2005.
- SAMPAIO LFR. O papel das secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. Brasília, CONASS, 2004.
- SAMPSON F et al. Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract*, 58:641-643, 2008.
- SANTOS JA et al. Simulação do sistema de atendimento de uma cafeteria universitária: um estudo de caso. 2012. Disponível em: http://www.revistasapere.inf.br/download/2012-2/SANTOS_BEM_REIS_NAUMANN_MORO.pdf
- SAWIER DO et al. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7: 757-776, 2002.
- SCHERGER JE. It's time to optimize primary care for a healthier population. *Med Econ*, 87: 86-88, 2010.
- SCHILLINGER D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*, 163: 83-90, 2003.
- SCHILLINGER D et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Advances in patient safety: from research to implementation*. Rockville, AHRQ, 2005.
- SCHIRMER C et al. Atendimento sequencial multiprofissional em crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. *Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida*. Interface, supl. 3, 2014.
- SCHWARTZ I et al. Setting the revisit interval on primary care. *J Gen Intern Med*, 14: 230-235, 1999.
- SHEA S et al. A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. *J Am Med Informat Assoc*, 13: 40-51, 2006.
- SHENGELIA B et al. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: Murray CJL, Evans DB. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- SHILTS et al. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am J Health Prom*, 19: 81-93, 2004.
- SILBERSTEIN ACL. Um estudo de caso sobre a aplicação dos princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada ao COPPEAD de Administração da UFRJ para obtenção do grau de Mestre em Ciências, 2006.
- SIMON G et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*, 341: 1329-1335, 1999.
- SINGER IA. *Advanced access: a new paradigm in the delivery of ambulatory care services*. Washington, National Association of Public Hospitals and Health Systems, 2001.

SINGH D. Transforming chronic care; evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham, Health Services Management Centre/University of Birmingham, 2005.

SINGH D, HAM C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement/University of Birmingham, 2006.

SMITH GR et al. Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med*, 314: 1407-1413, 1986.

SMITH M et al. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington, The National Academies Press, 2013.

SMITS FT et al. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract*, 9: 21, 2008.

SOBOLEV BG et al. An observational study to evaluate 2 target times for elective coronary bypass surgery. *Medical Care*, 50: 611-619, 2012.

SOLBERG LI et al. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *American Journal of Managed Care*, 10: 717-722, 2004.

SPERL-HILLEN JM et al. The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Prev Chronic Dis*, 5:A16, 2008.

STALIANO P, COÊLHO AEL. Grupos operativos com agentes comunitários de saúde: contribuições da psicologia na atenção básica. *Rev Psicologia em Foco*, 7: 16-32, 2015.

STARFIELD B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD B et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, 62: 580-583, 2008.

STEVENSON FA et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 7: 235-245, 2004.

STEVENSON K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*, 18: 21-26, 2001.

STIELF M, NOLAN K. A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita cost. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012.

STOTO MA. Population health in the Affordable Care Act era. Washington, Academy Health, 2013.

STREMIKIS K et al. A call for change: the 2011 Commonwealth Fund survey of public views of the U.S. health system. New York, Commonwealth Fund, 2011.

STRUNK BC, CUNNINGHAM PJ. Treading water: american's access to needed medical care, 1997-2001. Washington, Center for Studying Health System Change, 2002.

SUBRAMANIAN U et al. Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. *J Gen Intern Med*, 24:327-333, 2009.

SWIDER SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub Health Nurs*, 19: 11-20, 2002.

SZWARCWALD CL et al. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Service Res*, 10: 1-7, 2010.

TAKEDA S. Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, mimeo, 2012.

TAKEDA S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª edição, 2013.

- TANTAU & ASSOCIATES. Panels and panel equity. 2009. Disponível em: <http://www.ihl.org/Pages/Tools/UnderstandingPanelsinPrimaryCare.asp>
- TASCA R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Caminhos da Saúde no Brasil, CONASS Debate. Brasília, CONASS, 2014.
- TAVARES C. Resultados na CORES IV. Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2016.
- TEOBALD M, MASLEY S. A guide group visit for chronic conditions affected by overweight and obesity. Leawood, American Academy of Family Physicians, s/data.
- TEXAS A M LIBRARIES. Transportation barriers to health care: assessing the Texas Medicaid program, 2007. Disponível em: <http://handle.tamie.edu/1969.1/6016>.
- TILDESLEY HD et al. Efficacy of A1C reduction using internet intervention in patients with type 2 diabetes treated with insulin. Canadian Journal of Diabetes, 35: 250-253, 2011.
- TOBAR F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002.
- TÓFOLI LF et al. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo II, 2012.
- TORRES OF. Elementos da teoria das filas. Rev adm empres, 6: 111-127, 1966.
- TOUSSAINTJS, BERRY LL. The promise of Lean in health care. Mayo Clin Proc, 88: 74-82, 2013.
- TRAVASSOS C et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 5: 133-149, 2000.
- TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20: 5190- 5198, 2004.
- TRAVASSOS C et al. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 11: 975-986, 2006.
- TREVISAN MS et al. Teoria de filas: uma aplicação em ponto de atendimento de saúde. Maringá, Centro Científico Conhecer, 2013.
- TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE. Clinical microsystem action guide, 2004. Dartmouth Medical School/CECS, Institute for Healthcare Improvement. Disponível em: www.clinicalmicrosystem.org
- TU HT, BOUKUS ER. Despite rapid growth, retail clinic use remains modest. Washington, Center for Studying Health System Change, 2013.
- TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. Population-based health care: definitions and applications, 2000. Disponível em: <http://www.thci.org>
- UNITEDHEALTHCARE. Shifting from fee-for-service to value-based contracting model. 2012. Disponível em: http://www.consultant.uhc.com/assets/vbc_overview_flier_pdf
- VALLA VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca de sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS EM (Organizador). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.
- VAN DOORSLAER E et al. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. Health Economics, 13: 629-647, 2004.
- VARGAS I et al. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. BMC Health Serv Res, 10: 297, 2010.
- VARGAS I et al. Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial em Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington, Organización Panamericana de la Salud/Consortio de Salud y Atención Social, 2011.

- VESTED P, CHRISTENSEN MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119: 118-137, 2005.
- VIACAVA F et al. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
- VIDAL TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- WAGNER EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counselling*, 26: 225-230, 1995.
- WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4, 1998.
- WAGNER EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 320: 569-572, 2000.
- WAGNER EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74: 511-544, 1996.
- WAITZKIN H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252: 2441-2446, 1984.
- WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH. Access to primary health care services. Tumwater, Washington State Department of Health, 2002.
- WASSON JH et al. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA*, 267: 1788-1793, 1992.
- WATERS HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*, 51: 599-612, 2000.
- WEBER EJ et al. Implications of England's fourhour target for quality of care and resource use in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 60: 699-706, 2012.
- WEALCH HG. Less medicine, more health: 7 assumptions that drive too much medical care. Boston, Beacon Press, 2015.
- WELCH HG et al. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston, Beacon Press, 2011.
- WELLINGHAM J et al. The development and implementation of the chronic care management programme in Counties Manukau. *NZ Med J*, 116: 327, 2003.
- WETZELS R et al. GP's view on involvement on folder patients: an European qualitative study. *Patient Educ Couns*, 53: 183-188, 2004.
- WILSON A, CHILDS S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. *Br J Gen Pract*, 52: 1012-1020, 2002.
- WITT MJ. Advanced access works! Improved patient satisfaction, access, and P4P scores. El Segundo, Greenbranch Publishing, 2006.
- WHITE KL et al. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, 265: 885-892, 1961.
- WOLLMAN A et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, s/ data.
- WOMEN'S HEALTH IN UNITED STATES. Health coverage and access to care. Menlo Park, Kaiser Family Foundation, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva, World Health Organization, 2015.

YARNALL HSH et al. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health, 93: 635-641, 2003.

YARNAL KS et al. Family physicians as team leaders: time to share the care. Preventing Chronic Disease, 6: A59, 2009.

YOUNG T et al. Using industrial processes to improve patient care. British Medical Journal, 328:162-164, 2004.

YOUNG TP, McCLEAN SI. A critical look at Lean thinking in healthcare. Quality and Safety in Health Care, 17:382-386, 2008.

ZAMOSKY L. What retail clinic growth can teach us about patient demand. Threat or opportunity: retail clinic popularity is about convenience. Medical Economics, 91: 22-24, 2014.

ZIMERMAN DE, OSÓRIO LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.