



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Stelet, Bruno Pereira; Modesto, Antônio Augusto Dall'Agnol; Oliveira,
Alfredo de; Aragão, Cristal Moniz de; Reigada, Carolina Lopes de Lima
“Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 20, e00588191, 2022
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406769893027>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UNEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Trabalho, Educação e Saúde






ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

"Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde

"Advanced" or "precipitate"? About the Advanced/Open Access Model in Primary Health Care

¿"Avanzado" o "apresurado"? Sobre el Modelo de Acceso Avanzado/Abierto en Atención Primaria de Salud

Bruno Pereira Stelet¹  Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto² 
Alfredo de Oliveira Neto³  Cristal Moniz de Aragão⁴ 
Carolina Lopes de Lima Reigada⁵ 

¹Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Distrito Federal, Brasil.

brunopst@yahoo.com.br

²Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil. filomedlit@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. alfredoneto@medicina.ufrj.br

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social, Rio de Janeiro, Brasil. cristalaragao@gmail.com

⁵Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil. carol_reigada@yahoo.com.br

Resumo

O modelo de Acesso Avançado ou Aberto (Advanced/Open Access) vem sendo estimulado por gestores e valorizado pela medicina de família e comunidade brasileira como modelo de gestão da clínica na Equipe de Saúde da Família. Este artigo de revisão integrativa discute como essa tecnologia pode qualificar ou prejudicar a Atenção Primária à Saúde. Embora ajude a promover mudanças necessárias em agendas tradicionalmente voltadas para ações programáticas, o modelo tem um forte viés gerencialista. Ao desconsiderar premissas básicas, sua implantação pode resultar em sofrimento do profissional e em sua alienação perante o território e o cuidado integral em saúde, além de reforçar o modelo biomédico e a medicalização social. Apontamos caminhos para que 'avançado' não signifique 'precipitado', destacando que uma implantação com base no diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários parece mais coerente com a própria literatura sobre Acesso Avançado e com a produção nacional sobre Acolhimento no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave acesso aos serviços de saúde; atenção primária à saúde; medicina de família e comunidade; gestão de serviços de saúde.

Recebido: 31/03/2022

Aprovado: 28/06/2022



Como citar: STELET, Bruno P. *et al.* "Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00588191. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

Abstract

The Advanced/Open Access model has been encouraged by managers and valued by Brazilian family and community medicine as a model of clinical management in the Family Health Team. This integrative review article discusses how this technology can qualify or hinder Primary Health Care. Although it helps to promote necessary changes in agendas traditionally focused on programmatic actions, the model has a strong managerialist bias. By disregarding basic premises, its implementation may result in professional suffering and alienation from the territory and integral health care, besides reinforcing the biomedical model and social medicalization. We point out ways for 'advanced' not to mean 'precipitate', highlighting that an implementation based on dialogue among workers, managers, and users seems more coherent with the literature on Advanced Access and with the national production on Welcoming in the Unified Health System.

Keywords access to health services; primary health care; family medicine; health services management.

Resumen

El modelo de Acceso Avanzado o Abierto (Advanced/Open Access) ha sido estimulado por los gestores y valorado por la medicina de familia y por la comunidad brasileña como modelo de gestión de la clínica en el Equipo de Salud de la Familia. Este artículo de revisión integradora analiza cómo esta tecnología puede calificar o perjudicar la Atención Primaria de Salud. Si bien ayuda a promover cambios necesarios en agendas tradicionalmente enfocadas en acciones programáticas, el modelo tiene un fuerte sesgo administrativista. Al desconocer premisas básicas, su implementación puede resultar en sufrimiento del profesional y en su alienación ante el territorio y del cuidado integral en salud, además de reforzar el modelo biomédico y la medicalización social. Señalamos caminos para que 'avanzado' no signifique 'apresurado', destacando que una implementación basada en el diálogo entre trabajadores, gestores y usuarios parece más coherente con la literatura sobre Acceso Avanzado y con la producción nacional sobre Acogida en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave acceso a servicios de salud; atención primaria de salud; medicina comunitaria y de familia; gestión de servicios de salud.

Introdução

A discussão sobre Acesso Avançado (*Advanced Access*), Acesso Aberto (*Open Access*) ou 'Agendamento no mesmo dia' (*Same Day Appointment*) cresceu no Brasil com a expansão de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na última década. Gestores de capitais como Curitiba (2014), Florianópolis (2014) e Rio de Janeiro incentivaram a implantação do modelo e muitos Médicos de Família e Comunidade (MFCs) e suas equipes, principalmente vinculados a PRMFCs, têm transformado agendas tradicionalmente voltadas para ações programáticas no sentido de valorizar o atendimento à demanda espontânea. Nesse processo, considera-se importante um estudo mais aprofundado de relatos e pesquisas sobre o Acesso Avançado (AA), considerando como este vem sendo adotado e avaliado em diversos municípios do país.

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão integrativa da literatura brasileira sobre o tema do acesso avançado, tendo como perguntas norteadoras indagações sobre a sua prática: como o modelo de AA pode qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que tange ao acesso? E quando essa tecnologia pode ser um problema?

O acesso avançado

O AA tem sido considerado uma tecnologia estratégica para ampliar o acesso e melhorar o processo de trabalho na APS, especialmente em países como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos e Austrália. O modelo baseia-se nas formulações pioneiras de Mark Murray e Catherine Tantau, do final dos anos 1990, para os quais haveria três tipos essenciais de sistemas de agendamento: o modelo tradicional (*supersaturated*), centrado no serviço; o *Carve-out* (correspondente à primeira geração de sistemas com acesso aberto); e o *Advanced Access* (relacionado à segunda geração de sistemas com acesso aberto), o mais centrado no usuário (Murray e Tantau, 1999; 2000). Cada um deles tem diferentes características quanto às seis dimensões do acesso resumidas na Quadro 1.

Quadro 1 - As seis dimensões do acesso

Dimensão	Comentários
Capacidade	Quantos atendimentos são possíveis prover em determinado período de tempo.
Critérios primários de distribuição e correspondência	Como promover o encontro da demanda com o recurso, ou seja, quem a pessoa vai ver e quando. Historicamente baseada em termos de urgência e rotina.
Reserva de vagas para marcação	Bloqueio de vagas para liberação futura, antecipando a demanda de então. Usada para garantir vagas para atendimento de casos agudos no mesmo dia.
Mecanismos de transbordamento	Existência de um plano de contingência caso o número de pacientes supere o número de vagas em algum dia.
Accountability	Prestação de contas pela gestão, incluindo disponibilidade de vagas e quadro de pacientes.
Questões únicas	Problemas específicos de cada modelo.

Fonte: adaptado de Murray e Tantau, 1999; e Murray e Tantau, 2000.

Knight e Lembke (2013), por sua vez, identificam cinco tipos de estratégias de organização do sistema de agendamento:

Supersaturate: as consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário conforme categorias de problemas; problemas agudos são ‘encaixados’ em um horário já ocupado por outro usuário (*double booking*);

Carve-out: uma parte das vagas é reservada para atendimento de queixas agudas, de acordo com a realidade do serviço que pode até ter um profissional dedicado apenas a esses atendimentos;

Book on the day: as pessoas ligam ou comparecem à unidade logo pela manhã para agendar as consultas para o mesmo dia. As vagas vão sendo ocupadas até atingirem a capacidade diária total, quando as pessoas são orientadas a ligarem ou retornarem no dia seguinte;

Open Access: não há agendamentos prévios – os usuários chegam à unidade e aguardam atendimento. É possível informar ao usuário o tempo de espera para a consulta, não sendo necessário aguardar o atendimento dentro da unidade;

Advanced Access: quando a demanda por consultas é igual à capacidade de oferecê-las, sem fila de espera, há vagas suficientes para acomodar toda a demanda no momento, à medida que surgir.

A tecnologia proposta por Murray e Tantau (1999; 2000) tem uma regra simples, que constitui seu maior desafio: ‘fazer hoje o trabalho de hoje’. Isso significa oferecer aos usuários consultas com o médico de referência no mesmo dia ou no dia seguinte em que buscam o serviço de saúde, pessoalmente ou por telefone, independentemente do motivo da procura: queixas agudas, consultas de seguimento ou ações preventivas. O agendamento para o futuro é sempre evitado, e toda a equipe de saúde se envolve na resolução dos problemas no mesmo dia – daí o nome *same day appointment*.

Além da não diferenciação entre demandas espontâneas e programáticas, os autores defendem que a previsibilidade da demanda é elemento fundamental na transformação do acesso e organização do

serviço. Propondo uma mudança na perspectiva da oferta de consultas, são indicados dois principais passos para implementação do AA: ‘o planejamento da capacidade de oferta de consultas’ e ‘a avaliação da demanda’.

Em certo sentido, um serviço regido pelo modelo tecnoassistencial – conhecido no Brasil como ‘Programação em Saúde’ – tende a organizar as consultas de acordo com enquadramentos programáticos da vigilância em saúde (pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes etc.), abrindo pouco espaço para situações mais agudas em que os usuários talvez mais precisem do serviço. Nesse sentido, o argumento dos autores em não diferenciar demandas ‘espontâneas’ e ‘programadas’ teria como objetivo ampliar o acesso das pessoas, tanto para o cuidado a situações crônicas como para as agudas.

Embora o modelo do AA venha sendo reconhecido como a forma de agendamento mais efetiva (Ghorob, Bodenheimer, 2013; Bodenheimer, 2014), favorecendo a confiança dos usuários, a flexibilidade da assistência e a continuidade do cuidado, com diminuição do absenteísmo, ele requer compromisso e tempo para sua implementação, além de mudanças no trabalho em equipe. Esse processo deve passar por medir a demanda e a capacidade do serviço, modelar e adequar a relação entre oferta e demanda, diminuir a fila de espera e ter planos para contingências (Knight e Lembke, 2013).

Nesse sentido, Mitchell (2008) indica pontos-chave para iniciar a implantação do modelo, segundo sua experiência em um serviço de APS no Canadá (Quadro 2).

Quadro 2 - Pontos-chave para iniciar organização de Acesso Avançado

Pontos-chave	Comentários
Determinar o equilíbrio entre oferta e demanda	Tentar manter muitas vagas para demanda espontânea e poucas para retornos, sendo estes sempre a critério médico.
Evitar atrasos, finalizar as marcações de agendamentos prévios e encerrar o trabalho acumulado	Avaliar a necessidade de aumentar a capacidade de atendimento (turnos extras ou mais longos, médicos extras).
Pactuar uma data para não agendar mais pacientes	Início do funcionamento em Acesso Avançado.
Otimizar a resolutividade clínica do médico em cada consulta	Evitar postergar compromissos para futuros encontros.
Padronizar o tempo de consulta e dobrar ou triplicar agendamentos para situações em que for necessário	Sugerem-se consultas de 10, 20 e 30 minutos, lembrando de não reservar vagas de ‘urgência’, já que o modelo não difere atendimentos de demanda espontânea ou programados.
Monitorar continuamente e planejar as variações sazonais, férias, epidemias	Buscar manter o equilíbrio entre oferta e demanda.

Fonte: adaptado de Mitchell, 2008.

Percurso metodológico

No que tange ao processo de construção deste artigo, a fim de cumprir o objetivo de apresentar o panorama na literatura sobre os estudos realizados no Brasil com base na proposta do acesso avançado, foi necessário esperar alguns anos para que fosse possível termos um corpo de trabalhos que pudesse nos dar pistas de como essa atividade vem ocorrendo no país. Assim, a descrição metodológica do artigo não comporta apenas os procedimentos relativos a esta rodada de estudos, mas também às pesquisas feitas desde 2015 sobre o tema, mostrando um percurso anterior até chegar à proposta deste estudo.

Dessa maneira, os primeiros textos consultados foram indicados por MFCs que estudavam o assunto desde 2015, além de produções em outros países sobre a metodologia. Em seguida, a fim de fazer a revisão segundo uma metodologia mais organizada (Rother, 2007), efetuou-se uma busca pelo termo ‘acesso avançado’ na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), realizada em julho de 2016, que identificou quatro resultados correspondendo a três textos. A expressão ‘acesso aberto’, por sua vez, gerou 6.110 resultados, entretanto, substancialmente relacionada à discussão de *open access* na produção científica, mostrando não ser um descritor adequado. Pesquisas sobre os mesmos termos entre os títulos e resumos

do Pubmed não ofereceram nenhum resultado. Uma atualização dessa pesquisa foi realizada na mesma fonte, BVS, em 27 de julho de 2021, empregando-se o termo ‘acesso avançado’ entre aspas, procurando entre título, resumo e descritores, e trouxe 19 resultados.

No decorrer desse tempo, foi verificado um aumento de mais de 6 vezes nos resultados em relação à pesquisa anterior de 2016, o que corrobora a importância do debate, sublinhando sua pertinência para o campo da gestão na APS.

A pesquisa prosseguiu com o conjunto dos resultados, usando como critério de exclusão somente a inexistência ou falta de acesso ao texto ou recurso educacional completo, tendo chegado à exclusão de 3 resultados por este critério. O *corpus* final desta pesquisa, composta por 16 resultados, inclui artigos e relatos de experiência em revistas científicas, vídeos, monografias e materiais orientadores de Secretarias de Saúde.

Uma breve análise mostra que 9 estão publicados em revistas científicas, principalmente na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, com 5 resultados; outros 4 são de outras revistas científicas. As 7 publicações restantes são monografias ou recursos educacionais ligados a espaços de ensino ou secretarias de Saúde. Dentre os resultados selecionados, destacamos uma revisão integrativa publicada por Rocha, Bocchi e Godoy (2016) que apresenta um retrato dos trabalhos publicados entre 2009 e 2014 sobre o tema do acesso e foi importante para esta pesquisa, tendo como *corpus* textos quase exclusivamente em língua inglesa. Importa dizer que a nossa busca por pesquisas que apresentem resultados da aplicação de estratégias dessa organização do trabalho em português se justifica pela necessidade de aplicarmos a metodologia considerando as especificidades do país e de nosso sistema de saúde.

Com o objetivo de trazer outros elementos para a discussão, textos sobre ‘acesso’ que não foram listados nessa busca estão presentes como forma de qualificar o debate, bem como trabalhos que debatem assuntos correlatos à discussão do acesso avançado, como as discussões sobre Acolhimento e trabalho em saúde na APS. Esses temas não foram tratados como palavras-chave na análise, mas se mostraram importantes para trazer elementos para a discussão.

Resultados e discussão: acesso avançado ou precipitado?

Forjuoh et al. (2001) destacam que o planejamento prévio da oferta e da demanda por consultas deve ser feito em base territorial, considerando-se características locais singulares no que diz respeito à geografia, clima e demografia do lugar, e em relação aos padrões de utilização do serviço pela população e contexto socioeconômico. Cada serviço de saúde deveria ter, portanto, um plano de implantação do AA específico e adequado ao seu território de abrangência, considerando que os padrões de acesso às unidades são muito particulares de cada localidade e correspondem à interação entre o serviço e a comunidade.

Embora o planejamento prévio suponha que a demanda por consultas seja, em alguma medida, finita e previsível, Murray e Tantau (1999; 2000) recomendam considerar ‘mecanismos de transbordamento’ – ou seja, prever formas de responder a uma demanda maior que a oferta, apesar de todo o planejamento realizado: um plano de contingência. Ainda que oferta e demanda estejam equilibradas, as equipes somente poderão manter o AA se previrem mais oferta de atendimento em dias mais cheios e menos em dias mais vazios.

Ainda assim, o que aconteceu nas diferentes localidades em que os autores deste artigo trabalharam, ou tiveram contato com relatos, é que a demanda frequentemente superou a oferta. Quando isso acontece, médicos e equipes comprometidos com a provisão do AA, ao fazer estudo de oferta e demanda em seu território, concluem que é necessário reconsiderar o número de pessoas cadastradas por equipe, aumentar dias ou horas de trabalho, intensificar ofertas de acesso não relacionadas aos profissionais médicos ou, em uma tentativa de ‘organizar’ a demanda, até recorrer à precarização do cuidado ao colocar barreiras ao acesso travestidas de aumento de oferta, como obrigatoriedade de frequentar

grupos de 'Acolhimento' ou 'educação em saúde' antes de conseguir uma consulta individual. Nota-se que o AA pode se tornar ilusório se não houver mudanças estruturais na gestão do sistema local de saúde. Para dar conta de uma demanda geralmente imprevisível, espera-se que os trabalhadores sejam sempre 'flexíveis' – o que comumente significa sobrecarga de trabalho (Kiran e O'Brien, 2015; Vedsted, Sokolowski e Olesen, 2013). Esse também é o alerta do Telessaúde Santa Catarina (Santa Catarina, 2014, *on line*):

[...] o acesso avançado pode funcionar bem, mesmo se a demanda exceder a capacidade em um determinado dia. No entanto, se a procura excede a capacidade permanentemente, nenhum sistema vai funcionar, nem o modelo tradicional nem o acesso avançado. (...) para isso é necessário delimitar o número de pessoas por equipe, para que ela possa dispor de um melhor cuidado para o paciente, melhorando o acesso ao profissional de referência e reduzindo a sobrecarga de trabalho para esses profissionais.

A revisão de Rocha, Bocchi e Godoy (2016) discute estratégias para melhoria do acesso aos serviços na APS e como modelos de agendamento influenciam na eficiência do sistema de saúde. Os autores fazem coro com o Telessaúde Santa Catarina ao afirmar que o modelo de AA

parece ser o mais promissor ao conseguir equilibrar a demanda, reduzindo simultaneamente o tempo de espera. Entretanto, não é possível pretender modificar o sistema de agendamento se não há estrutura disponível para sustentá-lo. É preferível iniciar pelas pequenas mudanças e incluir a população na discussão, uma vez que a preferência orienta a demanda (Rocha, Bocchi e Godoy, 2016, p. 108).

Já o curso de educação a distância sobre a implantação do AA, organizado pelo telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresenta uma visão otimista, ressaltando os pontos positivos desta implantação, inclusive estipulando um tempo de até dois anos de adaptação das equipes e usuários ao AA (Rio Grande do Sul, 2017). Nesse curso e em um outro documento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, as dificuldades relacionadas ao volume de trabalho e a viabilidade da proposta parecem ficar em segundo plano (São Paulo, 2015).

Embora a discussão sobre AA tenha crescido no Brasil desde 2015, no contexto da expansão recente da APS em algumas capitais, a questão de como manejar a demanda em serviços de saúde não é nova no país. A produção sobre 'Acolhimento' no campo da Saúde Coletiva evidencia a preocupação em garantir acesso e oferecer respostas, mesmo que não definitivas, quando se demanda cuidado, buscando-se uma organização do serviço com o máximo de resolutividade graças à escuta ativa e à compreensão das necessidades de saúde do usuário.

Importante elemento da Política Nacional de Humanização, o Acolhimento é entendido como "diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços" (Brasil, 2010, p. 18). Apesar de reafirmá-lo como 'ação técnico-assistencial', permitindo-se analisar o processo de trabalho com foco na produção de relações mais solidárias, e como 'tecnologia de encontro' e de construção de 'redes de conversações' (Teixeira, 2003), o debate sobre Acolhimento não trouxe modelos práticos para se equacionar minimamente o equilíbrio entre a demanda, 'consultas agendadas' e 'demanda espontânea', e a oferta de capacidade de trabalho na APS. Ao se partir de referenciais teóricos da análise institucional, a argumentação acerca do Acolhimento se baseia na afetação dos sujeitos e na implicação destes com o modo de se produzirem como sujeitos e com "os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde etc.)" (Brasil, 2010, p. 13).

Para Leif Solberg (2011), a inovação disruptiva no agendamento proposta pelo AA foi aceita por três razões: a assistência à saúde estava pronta para qualquer mudança em nome de melhorar a satisfação do usuário; a tecnologia oferecia vantagens econômicas para clínicos e gerentes, bem como para os usuários; e autores como Murray e Tantau (1999; 2000) forneceram ferramentas muito específicas para implementá-la. Já a produção brasileira sobre Acolhimento em saúde, presente muito anteriormente a qualquer discussão sobre AA no Brasil, situa-se mais próxima às ciências humanas – um campo menos familiar a profissionais historicamente habituados a manuais e protocolos, em busca de soluções concretas. A pergunta que não será respondida neste artigo, mas que poderia dar margem a outros textos é: fica clara a vantagem econômica de aplicação do AA em sistemas de saúde privados para aumento da clientela e de sistemas públicos em países centrais com grande orçamento para o setor, no entanto, no sistema público como o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sofrendo cada vez mais de déficit orçamentário, qual a vantagem de se aplicar o AA se não há maneiras de se equalizar a oferta segundo o aumento da demanda?

Justamente esta lacuna é preenchida pelo documento “Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde”, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Curitiba, 2014). Como primeira referência brasileira sobre AA, o texto discute experiências locais com base em referências exclusivamente estrangeiras e não contempla a produção da Saúde Coletiva sobre Acolhimento (Franco, Bueno e Merhy, 1999). De forma semelhante a Knight e Lembke (2013) e Mitchell (2008), o manual curitibano faz uma proposta de mudança de modelo em etapas, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Proposta de mudança para acesso avançado

Contexto de agendamento superior a 30 dias, com poucas vagas para atendimento no dia
Reavaliar agenda já existente visando a pertinência da consulta, uma vez que esta foi agendada há muito tempo
Os pacientes devem ser avaliados diariamente de forma resolutiva pela própria equipe
Preferencialmente atender o usuário no mesmo dia
Evitar agendamento para mais que duas semanas
Reservar no mínimo 50% da agenda do médico e do enfermeiro para atendimento no dia

Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba, 2014).

As etapas referentes ao planejamento da demanda e aos mecanismos de transbordamento são pouco abordadas no documento, que indica superficialmente como calcular a demanda esperada para um dia de atendimento mediante dados como população coberta, taxa de frequência e oferta de consultas. Isso permitiria programar a agenda para ‘consultas breves’, consultas agendadas no dia e/ou pré-agendadas e retornos (Curitiba, 2014). O texto do Telessaúde Santa Catarina (Santa Catarina, 2014), publicado no mesmo ano, também faz orientações nesse sentido, enquanto o documento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2015) apresenta o relato de experiência de médicos paulistanos na implementação do AA. Anterior a esses, a “Carteira de Serviços da APS” carioca (Rio de Janeiro, 2011) sequer cita a tecnologia, embora ela seja sabidamente recomendada por gestores e preceptores MFCs de PRMFCs do Rio de Janeiro.

A noção de ‘consultas breves’ remete a uma prática comum na APS no manejo das demandas espontâneas, ou seja, consultas com um tempo reduzido com vistas a buscar dar resposta a queixas ou necessidades de saúde mais pontuais. As consultas breves se sustentam em uma APS que também aposta na longitudinalidade, ou seja, os vínculos de confiança, tão fundamentais ao cuidado em saúde, aconteceriam ao longo do tempo, tanto por meio de consultas agendadas (programadas) como também por consultas breves, de modo a buscar garantir mais acesso aos usuários do serviço.

Outro manual dedicado à gestão da clínica e às tecnologias de acesso é o *Caderno de Atenção Básica*, n. 28 (Brasil, 2013), que trata do Acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde e sua implementação no cotidiano dos serviços. Apesar de expor diferentes modelagens de Acolhimento (pela equipe de referência, por equipe de acolhimento do dia, acolhimento coletivo etc.) e de reafirmar a importância do atendimento às demandas espontâneas ou de queixas agudas na APS, o manual não dialoga com a vasta literatura internacional sobre sistemas de agendamento, nem cita as experiências de municípios brasileiros cujos serviços têm sido estimulados a adotarem o AA.

Em 2017, devido a diversas experiências no Brasil em relação ao modelo de acesso, é criado, durante o 18º Congresso Brasileiro de MFC, o “Grupo de Trabalho de Acesso da Sociedade Brasileira de MFC”, que destaca a relevância do tema para a especialidade. De fato, o tema do acesso e da insatisfação das equipes da APS no Brasil em relação à pressão assistencial é tão relevante que um projeto de pesquisa que objetivava apenas aplicar o AA no município de Jardinópolis em São Paulo (ou seja, sem ainda apresentar nenhum resultado) obteve 3.791 visualizações brasileiras (Alves, 2017), e está presente em nossa pesquisa na BVS; documento semelhante, também sem resultados, foi produzido por Costa (2017).

Apesar do estímulo no Brasil à adoção desse modelo de agendamento, serviços de saúde de países como Estados Unidos, Austrália e Canadá têm tentado implementar o AA, mas os resultados têm sido ambivalentes (Kiran, O’Brien, 2015). Avaliações da experiência evidenciam que a ampliação do acesso foi compensada pela insatisfação do usuário com outros quesitos da assistência (Salisbury, 2008). Por outro lado, estudos de caso nos Estados Unidos demonstraram sucesso variado em uma gama de configurações de acesso (Murray et al., 2003).

Pesquisas empíricas durante a década que se seguiu ao artigo seminal de Murray e Tantau evidenciaram controvérsias na implementação do AA. Um estudo em seis serviços de APS privada em Boston, nos Estados Unidos, demonstrou que cinco deles melhoraram o acesso em alguns parâmetros estudados, mas nenhum alcançou o acesso no mesmo dia, ou seja, o AA de fato, e as melhorias muitas vezes não foram sustentadas ao longo do tempo. Além disso, não houve melhora na satisfação de usuários ou profissionais (Mehrotra, Keehl-Markowitz e Ayanian, 2008).

Apesar de alguns estudos canadenses em serviços isolados apresentarem melhora da satisfação da equipe de saúde pós-implementação do AA (Hudec, Macdougall e Rankin, 2010; Fournier et al., 2015), um desses é um relato de experiência em uma clínica com enfermeiras, uma revisão sistemática publicada no periódico *JAMA* analisou 28 artigos sobre implementação de AA (27 nos Estados Unidos e 1 no Reino Unido), no entanto, apenas um aplicou ensaio randomizado. Nenhum dos estudos quantitativos que analisou satisfação dos usuários antes e depois da implementação mostrou melhora consistente.

Uma revisão sistemática de 2011 (Rose, Ross e Horwitz, 2011) apontou que as tentativas de aplicação do AA na prática lograram reduzir a espera por consulta, porém poucas conseguiram que o atendimento fosse no mesmo dia ou no dia seguinte. Além disso, em pesquisas que usaram avaliação de satisfação do usuário não houve melhora na satisfação e, em alguns cenários, registrou-se piora.

Por outro lado, outra revisão sistemática canadense, que emprega experiência de intervenções em serviços para diminuir tempo de espera em consulta (6 nos Estados Unidos, 4 no Reino Unido e 1 no Canadá), evidenciou o AA como uma estratégia eficiente (Ansell et al., 2017).

Alguns autores têm se debruçado para identificar os problemas que dificultam a implementação do AA, tendo-se como um dos pontos principais a relação entre usuários cadastrados e oferta de consultas. Segundo os autores, mesmo que os médicos fossem auxiliados por outros profissionais, o que no caso do Brasil são os enfermeiros, não se poderia oferecer o AA de maneira satisfatória para usuários e profissionais. Para melhora desta equação, estes autores propõem a criação de funções específicas de profissionais: o gerenciador dos usuários cadastrados (*panel manager*), que gerencia os prontuários, identificando exames de rastreio/investigação e procedimentos que estejam faltando; o *coaching* da saúde (*health coaching*) para estimular mudanças de comportamento em usuários com doenças crônicas e, por último, a função de um gestor de cuidados complexos (*complex care manager*) para usuários com complexidades psicossociais e utilizadores excessivos de serviços que mais oneram os custos. Medidas que

para a realidade brasileira não apenas soam como impraticáveis, como também, ao se tratar de funções empresariais do setor corporativo, possuem práticas mais próximas à relação empresário-cliente do que entre Estado-cidadão, podendo-se, inclusive, infringir o princípio de integralidade do SUS.

Norman e Tesser (2009) trazem uma contribuição sobre o funcionamento dos serviços de saúde ingleses com alta resolutividade e funcionamento profundamente apoiado por tecnologias da informação e comunicação, caracterizado por proporção população/MFC em média de 1.800 pessoas; grande número de pessoal administrativo e recepcionistas na interface com os usuários e grande autonomia assistencial da equipe de enfermagem.

Avaliando revisões sistemáticas e estudos observacionais, Degani (2013) concluiu que a implantação do AA não melhorou resultados clínicos (como níveis de glicemia e pressão arterial) de usuários coronariopatas e diabéticos, nem a satisfação destes quanto ao atendimento. Segundo a autora, pesquisas recentes sobre AA têm indicado: dificuldade de mantê-lo por longos períodos; aumento do tempo de consulta para problemas agudos de saúde em relação ao seguimento, prevenção e manejo de problemas crônicos; e desvantagem para populações específicas, como idosos, migrantes e pessoas de baixa renda (devido a barreiras de linguagem), bem como para pessoas com dificuldades cognitivas. Tais fatos se deram principalmente em serviços onde o AA foi implementado de maneira 'dogmática'; além disso, não há indícios de que essa tecnologia diminua a procura por unidades de urgência e emergência ou reduza taxas de hospitalização.

A aplicação do AA em cenários de aprendizagem como PRMFC foi analisada por alguns autores, como Belardi, Weir e Craig (2004), Phan e Brown (2009), MacCarthy et al. (2012) e Zacharias, Oliveira e Soares (2020), referenciados neste texto. Em que pese a dificuldade em generalizar os achados dos estudos devido à singularidade dos contextos socioeconômicos, epidemiológicos e de uso do serviço, o modelo pode oferecer aos residentes mais oportunidades de atendimento e uma maior variedade de problemas clínicos. Por outro lado, a longitudinalidade pode ser prejudicada, já que os residentes frequentemente se ausentam da unidade para frequentar estágios, aulas e seminários, o que muitas vezes impede as pessoas de serem revistas por seus próprios médicos quando necessitam.

Estudos brasileiros (Reigada, 2017; Lima e Brandão, 2019; Pires Filho et al., 2019; Vidal et al., 2019; Cirino et al., 2020; Bonilla e Wollmann, 2020; Freire, 2020; Zacharias, Oliveira e Soares, 2020) sobre experiências com AA, em sua maioria, descrevem experiências de curta duração, grande parte em unidades com PRMFC; geralmente usando metodologias quantitativas como número de consultas realizadas e percentual de absenteísmo; foco em atendimentos individuais e sem maior avaliação da população ou profissionais em relação à carga de trabalho, saúde mental ou preferência dos usuários. Em geral, todos apontam para uma avaliação positiva de tais esforços. Importante notar que nesses estudos predominam relatos de experiência.

Em Florianópolis, o estudo realizado por Vida et al. (2019) aplicou o PCATool-Brasil em 11 unidades de APS no norte da cidade, em 2012, com agentes comunitários de saúde entrevistando os usuários, a unidade que aplicava o AA, em vez de *carve-out* ou modelo tradicional, foi a mais bem avaliada em relação à qualidade da APS. No entanto, das 11 unidades, apenas essa possuía o modelo de AA, além de possuir o maior número de equipes e não pertencer a uma área de vulnerabilidade social. Não há também descrição no estudo sobre quais das 11 unidades possuíam serviço de residência médica ou de enfermagem associada, o que aumentaria a quantidade de profissionais nas equipes. No geral, o estudo também demonstrou uma relação inversa entre tamanho de usuários cadastrados e escore de qualidade do PCATool-Brasil.

Em Curitiba, em 2019, usuários que recorriam à UPA (unidade de pronto atendimento) por condições que poderiam ser manejadas na APS avaliaram negativamente o tipo de acesso nos serviços de APS ao qual pertenciam. Nas considerações finais, está a pergunta: "o estabelecimento do número de pacientes por equipe definido pela PNAB [Política Nacional de Atenção Básica] difere das

recomendações internacionais, estaria aqui um fator primordial para dificuldade de acesso?” (Bizinelli et al., 2019, p. 202).

Murray e Tantau (2000), em artigo seminal, descrevem o serviço de APS apenas para adultos, no qual aplicaram o AA na Califórnia, Estados Unidos, no início dos anos 1990, com o seguinte cenário: 100 médicos e 400 *support staff*, sem descrição se esses 400 eram da enfermagem e/ou administrativos, para uma população de cerca de 250 mil pessoas, o que dá uma relação de 2.500 pessoas por médico. No fim do texto, eles reforçam: “o número de cadastrados para um médico de família, em tempo integral, cuidar de seus próprios usuários em um sistema maduro pode ser de até 2.500 aproximadamente” (Murray e Tantau, 2000, p. 50, tradução nossa). Ou seja, em uma população californiana, adulta, em um sistema ‘maduro’, o que deve provavelmente se referir ao estágio de marcação em AA, contendo um plano elaborado em caso de absenteísmo médico e momentos de alta pressão assistencial, o MFC e sua equipe precisariam ter uma população adscrita de, no máximo, 2.500 pessoas para que a implantação do AA obtivesse êxito.

Para além da hipótese de não haver experiência *stricto sensu* AA brasileira, devido à não aplicação prévia das etapas propostas pelo método, é no mínimo uma extrapolação científica a confiança de se usar o AA em um cenário completamente diferente: população de todas as idades, de raças e etnias distintas, com alta vulnerabilidade social e associação de multimorbidade clínica com agravos como violência, desemprego e baixa escolaridade, o que gera um volumoso sofrimento psicossocial. Como se não bastasse tal extrapolação, há na Estratégia Saúde da Família, um dos maiores serviços públicos de APS do mundo, o fator de exclusão para a implementação do AA, realçado pelos próprios autores: uma relação de mais de 2.500 pessoas por médico, que pode, no máximo, quando os turnos de atendimento com a enfermagem coincidirem, compartilhar uma parte da demanda, de acordo com alguns protocolos, a depender do município de atuação.

Considerações finais

O Brasil ainda não resolveu o dilema entre uma Atenção Primária à Saúde restrita, pautada por programas e voltada a necessidades priorizadas pelo sistema de saúde, e uma abrangente, mais comprometida com a integralidade e organizada para enfrentar necessidades e demandas coletivas e individuais (Giovanella, 2008).

Muitos serviços infelizmente ainda trabalham com agendas programáticas desencadeadas por morbididades (hipertensão, diabetes) ou grupos populacionais, gestantes, crianças etc. e poucas vagas de atendimento à demanda espontânea, o que limita o acesso de outras populações – por exemplo, trabalhadores de 30 a 50 anos, como indicado em Modesto (2016). Sem acesso, não há universalidade, e a reorganização da gestão da clínica pode representar uma estratégia de garantia aos princípios do SUS.

Por outro lado, a implantação do AA em muitas cidades brasileiras tem ocorrido sem uma reflexão mais demorada sobre o seu significado. Com poucas referências nacionais disponíveis, a implantação do AA nos serviços vem acontecendo sem a consideração de premissas básicas e tarefas preparatórias apontadas pela própria literatura estrangeira sobre AA, bem como a não consideração da equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como elemento facilitador para o cuidado.

Estudos nacionais poderiam especificar como a implantação do AA, sem planejamento prévio, por equipes com mais de 2.500 pessoas cadastradas (muitas acima de 3.500), populações socialmente vulneráveis, poderia influenciar o adoecimento dos trabalhadores envolvidos, a dificuldade de fixação deles na mesma equipe e a provisão de cuidado integral, longitudinal e comunitário à população atendida.

Nossa revisão integrativa permite indicar práticas para evitar que o ‘avançado’ seja ‘precipitado’:

1. Discutir sobre acesso e Acolhimento nos espaços de educação permanente das equipes;
2. Produzir sentido, pela própria equipe, da necessidade de mudança do modelo de acesso;

3. Avaliar a pertinência do AA em cenários de ensino-aprendizagem, como programas de residência;
4. Planejar e executar um diagnóstico de demanda das microáreas assistidas;
5. (Re)arranjar o trabalho da equipe multiprofissional para ofertar esse tipo de tecnologia de Acolhimento.
6. Avaliar constantemente o perfil dos usuários atendidos mediante adoção dessa forma de gestão da APS.

Por fim, esta revisão integrativa não objetiva desmerecer ou desencorajar esforços das equipes no sentido de aumentar o acesso e melhorar o seu processo de trabalho. No entanto, traz reflexões necessárias para que as mudanças sejam pautadas não em esforços heroicos e individuais, e sim sustentadas por práticas orgânicas e estruturais nos serviços, adaptadas à realidade e perenes, de forma que a população não precise sofrer com instabilidades e mudanças no cuidado em saúde de forma rotineira.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: BPS; AADM; AON.
 Curadoria dos dados: BPS; AADM; AON; CMA; CLLR.
 Coleta de dados: BPS; AADM; AON; CMA; CLLR.
 Análise dos dados: BPS; AADM; AON; CMA; CLLR.
 Redação - manuscrito original: BPS; AADM; AON; CMA; CLLR.
 Redação - revisão e edição: BPS; AADM; AON; CMA; CLLR.

Financiamento

Não houve.

Conflitos de interesses

Não há.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Não se aplica.

Referências

ALVES, Bruna. *Implementação do acesso avançado na Unidade de Estratégia Saúde da Família VI-Morumbi*, Jardinópolis-SP. 2017. 6f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, Universidade Aberta do SUS, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9964>. Acesso em: 29 jul. 2021.

ANSELL, Dominique *et al.* Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397774/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BELARDI, Francis; WEIR, Sam; CRAIG, Francis. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Family Medicine*, v. 36, n. 5, p. 341-345, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15129381/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BIZINELLI, Bruno *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA). *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 198-205, 2019. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.39>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/39>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BODENHEIMER, Thomas *et al.* The 10 building blocks of high-performing primary care. *The Annals of Family Medicine*, v. 12, n. 2, p. 166-171, 2014. <https://doi.org/10.1370/afm.1616>. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/12/2/166>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BONILLA, Pedro P. G.; WOLLMANN, Lucas. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2.360, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2360](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2360). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2360>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CIRINO, Ferla M. S. B. *et al.* O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2.111, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2111). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COSTA, Diego C. P. *Diminuir as filas de espera e o absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde, utilizando o método do acesso avançado*. 2017. 6f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, Universidade Aberta do SUS, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10033>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CURITIBA (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde*. Curitiba: SMS, 2014.

DEGANI, Naushaba. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, v. 13, n. 7, p. 1-48, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796762/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FORJUOH, Samuel N. *et al.* Open-access appointment scheduling in family practice: comparison of a demand prediction grid with actual appointments. *The Journal of the American Board of Family Practice*, v. 14, n. 4, p. 259-265, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11458968/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FOURNIER, Jennifer *et al.* Implementation of an advanced access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. *Healthcare Quarterly*, v. 18, n. 1, p. 60-64, 2015. <https://doi.org/10.12927/hcq.2015.24241>. Acesso em: 8 jul. 2022.

FRANCO, Túlio; BUENO, Wanderlei; MERHY, Emerson. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en. Acesso em: 10 de jan. 2021.

FREIRE, Lilian. *Avaliação da qualidade do acesso e da satisfação dos usuários após a implantação do Acesso Avançado em uma Unidade Básica de Saúde*. Trabalho de Conclusão de Residência. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020. 11 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177095/tcr-lilian-veronese-freire.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

GHOROB, Amireh; BODENHEIMER, Thomas. Three building blocks for improving access to care. *Family Practice Management*, v. 20, n. 5, p. 12-17, 2013. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2013/0900/p12.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, s21-s23, 2008. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TTwyRTTyGVjQFXBHw6xjJfJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.

HUDEC, John C.; MACDOUGALL, Steven; RANKIN, Elaine. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Canadian Family Physician*, v. 56, n. 10, p. e361-e367, 2010. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/56/10/e361.long>. Acesso em: 10 jan. 2021.

KIRAN, Tara; O'BRIEN, Patricia. Challenge of same-day access in primary care. *Canadian Family Physician*, v. 61, n. 5, p. 399-400/407-409, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430049/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

KNIGHT, Andrew; LEMBKE, Tony. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. *Australian Family Physician*, v. 42, n. 1-2, p. 152-156, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23529528/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LIMA, Roberta S.; BRANDÃO, Isabel C. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, 2019. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2021](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2021). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2021>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MACCARTHY, Dan *et al.* Improving primary care in British Columbia, Canada: evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. *BMC Medical Education*, v. 12, n. 110, p. 1-12, 2012. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-110>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MEHROTRA, Ateev; KEEHL-MARKOWITZ, Lori; AYANIAN, John Z. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Annals of Internal Medicine*, v. 148, n. 12, p. 915-922, 2008. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-12-200806170-00004>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587225/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MITCHELL, Victoria. Same-day booking: success in a Canadian family practice. *Canadian Family Physician*, v. 54, n. 3, p. 379-383, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18337532/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MODESTO, Antônio A. D. *Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na Atenção Primária à Saúde*. 2016. 223f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MURRAY, Mark *et al.* Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1.042-1.046, 2003. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1042>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12597761/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family Practice Management*, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MURRAY, Matk; TANTAU, Catherine. Redefining open access to primary care. *Managed Care Q Journal*, v. 7, n. 3, p. 45-55, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10620958/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

NORMAN, Armando H.; TESSER, Charles D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2.012-2.020, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XcDF968JkS97DqmfD8RhqhF/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PHAN, Kathy; BROWN, Steven R. Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. *Family Medicine*, v. 41, n. 1, p. 46-50, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19132572/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PIRES FILHO, Luís A. S. et al. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2021.

REIGADA, Carolina L. L. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-7, 2017. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1451](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1451). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1451>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Carteira de serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo Telessaúde Estadual do Rio Grande do Sul. *Curso EAD de qualificação dos processos de trabalho e gestão da APS: acesso avançado: parte II*. 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7511>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ROCHA, Suelen A.; BOCCHI, Sílvia C. M.; GODOY, Moacir F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100007&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2021.

ROSE, Katherine D.; ROSS Joseph S.; HORWITZ, Leora I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, v. 171, n. 13, p. 1.150-1.159, 2011. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21518935/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ROTHER, Edna T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en. Acesso em: 10 jan. 2021.

SALISBURY, Chris. Evaluating open access: problems with the program or the studies? *Annals of Internal Medicine*, v. 149, n. 12, p. 910-911, 2008. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-12-200812160-00015>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19075216/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. *Como organizar o acolhimento em saúde?* 2014. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>. Acesso em: 22 set. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria Regional de Saúde Oeste. *Acesso avançado: um caminho para a integralidade na Atenção Básica*. São Paulo: SMS, 2015. 5p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9724>. Acesso em: 26 set. 2016.

SOLBERG, Leif I. Advanced access: fad or important? – Comment on “advanced access scheduling outcomes”. *Archives of Internal Medicine*, v. 171, n. 13, p. 1.159-1.160, 2011. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.169>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21518932/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

TEIXEIRA, Ricardo R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p. 89-111.

VEDSTED, Peter; SOKOLOWSKI, Ineta; OLESEN, Frede. Open access to general practice was associated with Burnout among general practitioners. *International Journal of Family Medicine*, p. 1-6, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/383602>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23401770/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

VIDAL, Tiago B. *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 38, p. 1-10, 2019. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100233&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

ZACHARIAS, Mariana O.; OLIVEIRA, Stefen V.; SOARES, Larissa S. Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional. *Saúde em Redes*, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 2, p. 305-313, 2020. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p305-313>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2456/532>. Acesso em: 29 jul. 2021.