



PYSIS - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Janeiro

Brasil

Alves Rocha, Suelen; Mangini Bocchi, Silvia Cristina; Fernandes de Godoy, Moacir

Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa

PYSIS - Revista de Saúde Coletiva, vol. 26, núm. 1, 2016, pp. 87-111

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400845588007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa

|¹ Suelen Alves Rocha, ² Silvia Cristina Mangini Bocchi,
³ Moacir Fernandes de Godoy |

Resumo: O acesso oportuno aos cuidados primários de saúde ainda é um problema em muitos países. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional referente ao incremento do acesso na atenção primária à saúde. O *corpus* de análise reuniu 16 artigos publicados, entre 2009 e 2014, localizados nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e Scopus. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos de atenção primária à saúde e em inglês. Diversas foram as abordagens metodológicas adotadas, com predomínio dos desenhos epidemiológicos observacionais. Um sistema de saúde menos iníquo provê acesso oportuno e continuidade do cuidado. Este texto apresenta as principais estratégias de alcance dessas duas diretrizes. O acesso avançado parece ser o modelo de agendamento mais promissor ao equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera. No entanto, não adianta modificar o agendamento sem prover a estrutura necessária para mantê-lo.

► **Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família; idosos; acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária em Saúde

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu-SP, Brasil (suelenalvesrocha@gmail.com)

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto-SP, Brasil (mf60204@gmail.com).

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu-SP, Brasil (smbocchi@fmb.unesp.br).

Recebido em: 12/01/2015
 Aprovado em: 10/08/2015

Introdução

Sabe-se que todo sistema de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população, por meio do uso do conhecimento mais avançado sobre a causa das enfermidades, gestão das doenças e maximização da saúde. A segunda é minimizar as desigualdades entre subgrupos populacionais (STARFIELD, 2002).

Garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade, mas alcançá-la é um problema em muitos países (SALISBURY et al., 2007). Considerando que o nível global de gastos em saúde não obedece a uma correlação positiva com melhores resultados, qualquer efeito dos serviços de saúde deve originar-se em características próprias desses serviços. Assim sendo, para alcançar a efetividade e a equidade é provável que haja a necessidade de fortalecer a orientação em atenção primária do sistema (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de um sistema de saúde que permite a entrada do indivíduo com novas necessidades e problemas, ofertando atenção longitudinal (não direcionada para a enfermidade) para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e que coordena ou integra a atenção fornecida em outros serviços que compõem a rede assistencial. Compartilha, ainda, características com outros níveis de atenção, tais como: trabalho em equipe, responsabilidade pelo acesso, qualidade, custos, prevenção, tratamento e reabilitação (STARFIELD, 2002).

A característica central de uma APS forte é o acesso aos cuidados, sendo os dois principais elementos a acessibilidade e o tempo de espera (FOURNIER; HEALE; RIETZE, 2012). A acessibilidade é mais ampla que o acesso, pois não trata apenas da entrada do indivíduo no sistema de saúde ou da disponibilidade do serviço e recursos em determinado tempo/espaço, mas do ajuste entre as necessidades da população e os serviços (ARAKAWA et al., 2011). Nessa relação, inúmeros obstáculos podem se colocar, tais como barreiras estruturais, culturais e mesmo organizacionais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010). Quanto ao tempo de espera, os esforços para reduzi-lo deveriam associar a maximização da eficiência com o uso dos recursos disponíveis (FOURNIER; HEALE; RIETZE, 2012).

Considerando que ainda persiste no mundo a dificuldade de acesso aos cuidados primários em saúde, sendo muito diferentes entre os países o grau de

acessibilidade e o tempo de espera, questiona-se: além do investimento financeiro, o que permite, em termos organizacionais, que alguns sistemas de saúde sejam menos iníquos que outros? Para tal, propõe-se analisar a produção científica nacional e internacional em periódicos, referente ao incremento do acesso na APS.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese das publicações referentes a um tema específico. Permite construir análise ampla da literatura, abordando inclusive discussões sobre métodos e resultados (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão integrativa comprehende as seguintes etapas: 1. Estabelecimento do problema (definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária); 2. Seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão; 3. Caracterização dos estudos (definem-se as características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros, norteados por instrumento). 4. Análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); 5. Apresentação e discussão dos achados (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

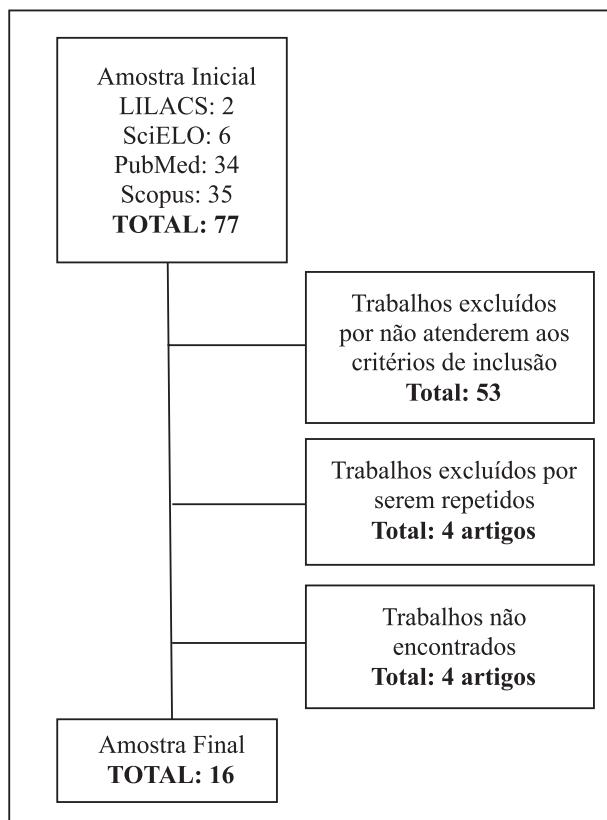
As questões da revisão, elaboradas com base na estratégia Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho), reconhecida pela abreviatura PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), foram: quais as estratégias usadas pelos serviços de APS visando à melhoria do acesso dos usuários? Como os modelos de agendamento usados na APS influenciam na eficiência do sistema de saúde?

A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *US National Library of Medicine* (PubMed Central) e *Scopus*. Foram usados os descritores controlados combinados com operadores booleanos: “*health services accessibility*” or “*equity in access*” and “*appointments and schedules*” and “*primary health care*”. Nas bases LILACS e SciELO foi empregada a equivalência em português dos descritores.

Foram incluídos na revisão artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, sem restrição de idiomas, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas, no período de janeiro de 2009 a junho de 2014 (cinco anos). Foram excluídos artigos do tipo revisão e comentário, bem

como artigos cujo objeto de estudo principal, ainda que alinhado com a APS, fosse o acesso aos serviços especializados, como de reabilitação (física/motora), tratamento (serviços de referência para tuberculose, Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV), emergência e saúde mental. Assim, selecionaram-se um artigo do Scielo, 14 artigos do PubMed e nove do Scopus. Quatro artigos se repetiram entre as bases e quatro não foram encontrados. Para tanto, estabeleceram-se 16 artigos como *corpus* de análise (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de constituição da amostra



Fonte: elaboração própria.

Visando à sistematização dos dados, desenvolveu-se um instrumento de coleta contendo: dados referentes à autoria (nome dos autores, profissão e local de atuação) e dados relativos às publicações (base de dados indexada, título, ano, periódico, idioma, país de origem, natureza do estudo, objeto de estudo,

objetivos, problema, sujeitos, conceitos definidos, principais resultados relativos ao objeto de estudo e cenário).

Após coleta dos dados, em junho de 2014, procedeu-se à caracterização do *corpus* de análise. A leitura dos artigos permitiu a sistematização do conhecimento produzido, apresentado a seguir.

Resultados

Trata-se de um *corpus* de análise quase totalmente em inglês, com apenas um artigo em português e um em espanhol, sendo que o país que mais contribuiu foi os Estados Unidos da América (EUA) (6), seguido da Austrália (3). Os anos de 2010 e 2011 juntos concentraram a maioria das publicações (10), sendo divulgadas principalmente em periódicos de APS/Saúde da Família (6).

Em relação à natureza dos estudos, seis são quantitativos, seis mistos e quatro qualitativos. Diversos foram os desenhos metodológicos adotados: estudo de caso (5), transversal descritivo (3), transversal analítico com caso-controle aninhado (2), transversal de base populacional (1), ensaio teórico/reflexão (3), relato de experiência (1) e fenomenologia (1). Apenas três estudos são puramente teóricos; cinco resultam de pesquisa avaliativa claramente mencionada, quatro apresentam resultados de intervenção previamente realizada, três descrevem a aplicação de modelagem matemática, visando ao incremento do sistema de agendamento, e um descreve a viabilidade do uso de um sistema automatizado de agendamento (Quadro 1). Em relação à profissão dos autores, não foi possível determinar a que mais contribuiu, demonstrando o caráter interdisciplinar do tema (engenharia, estatística, psicologia, enfermagem, medicina, entre outras).

Trata-se de uma temática que exige intervenções nos processos organizacionais dos serviços de saúde, fato que explica o reduzido número de publicações puramente teóricas, o predomínio de pesquisas avaliativas e a contribuição de diversas categorias profissionais. Inclusive os dois estudos brasileiros (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), representados nesta revisão, resultaram da avaliação de um programa de melhoria do acesso implantado na cidade de Salvador - BA.

Sabe-se que o modelo de APS e, por conseguinte, a denominação recebida divergem de um país para outro. Assim, neste texto, adotou-se a designação única de serviços de atenção primária à saúde (SAPSs), a fim de uniformizar e evitar confusões.

Quadro 1. Identificação dos artigos, conforme primeira autoria, ano de publicação, método, objeto de estudo e principais resultados.

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Ozen; Balasubramanian, 2013.	Misto – estudo de caso	Aplicação de modelagem matemática não linear para redesenhar <i>panel sizes</i> (usuários sob responsabilidade de um médico)	Tal reformulação dos <i>panel sizes</i> permitiu: 1. definir um padrão da performance de acesso de cada médico que compõe a equipe, bem como um valor de referência para a <i>overflow</i> (probabilidade da demanda exceder a capacidade); 2. Identificar a capacidade do SAPS em responder à demanda; 3. Identificar o número mínimo de usuários que seriam afetados com a atualização dos <i>panel sizes</i> (transferidos para outros médicos). O SAPS precisa de séries históricas para implementar esse método. Os autores não observaram se a sazonalidade e o dia da semana influenciavam a <i>overflow</i> .
Balasubramanian et al., 2010.	Misto – estudo de caso	Aplicação de metodologia da engenharia de sistemas para redesenhar <i>panel sizes</i> .	Em relação ao cenário atual, o cenário considerando a capacidade semanal melhorou em 32% o tempo de espera e o número de encaminhamentos semanais para outros médicos, enquanto o cenário otimizado melhorou o tempo de espera em 40% e o número de encaminhamentos em 36%.
Balasubramanian et al., 2014.	Misto – estudo de caso	Aplicação de programa dinâmico estocástico para alocar novos pedidos de consulta médica (<i>same-day</i>).	Permitir que os usuários escolham vagas mais tardias, e não as primeiras disponíveis, resulta em poucos atendimentos não agendados no horário regular de trabalho, que pode ser compensado com a possibilidade de hora extra. Alocar os usuários agendados para as primeiras vagas por período (manhã e tarde) foi o melhor cenário para <i>overbook</i> , porém, corre-se o risco de ter um maior número de usuários no SAPS esperando um encaixe por não comparecer que pode não acontecer.

continua...

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Berry-Millett; Bandara; Bodenheimer, 2009.	Qualitativo – ensaio teórico	As barreiras de acesso aos cuidados primários de saúde.	Oito são as principais barreiras de acesso à APS nos EUA: <i>panel size</i> , capacidade médica, distância geográfica, questões do <i>Medicaid/Medicare</i> , horário de cuidado estendido, agendamento, consultas virtuais e equipe de saúde. Sendo as soluções: aumento de reembolso para cuidados primários; programas de crédito para estudantes de Medicina se estabelecerem em áreas prioritárias de cuidados primários de saúde; padronizar taxas pagas por segurados privados, <i>Medicare</i> e planos do <i>Medicaid</i> ; proporcionar incentivo para SAPSs atenderem em horário estendido; investir em um programa nacional destinado a apoiar SAPSs que adotarem o acesso avançado, equipe multiprofissional e outras melhorias; prover reembolso para consultas virtuais, incluindo taxas para toda ajuda profissional que os SAPSs necessitarem no gerenciamento de doenças crônicas e cuidados preventivos.
Knight; Lembke, 2011.	Qualitativo – ensaio teórico	O sistema de agendamento de consulta na APS.	Boas decisões sobre o sistema de agendamento são fundamentadas na análise de seu funcionamento atual. Crie uma planilha onde serão computados todos os pedidos diários de consulta não agendada por profissional do SAPS por um período mínimo de quatro semanas. Construa um gráfico de barras comparando a demanda (número de consultas solicitadas) com a rotina semanal (capacidade ofertada), tendo a ideia se a capacidade do SAPS é suficiente para a demanda populacional. Existem três medidas para avaliar o tempo de espera: terceira consulta disponível, <i>unmet demand</i> e pesquisa de satisfação do usuário. Em posse de todos esses dados, molde a capacidade do SAPS de acordo com a demanda.

continua...

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Fabrellas et al., 2011.	Quantitativo – transversal descritivo	A eficácia de consultas de enfermagem requeridas (<i>same-day</i>) por doenças de menor gravidade.	De um total de 629.568 consultas, os enfermeiros resolveram 61,8% das consultas de adultos e 75,6% das pediátricas. Nos adultos, altas taxas de resolução (>90%) foram obtidas para queimaduras, lesões cutâneas e contraceção de emergência e baixas para sintomas urinários inferiores (46,7%), infecção de garganta (45,7%), conjuntivite (45,5%) e sintomas respiratórios superiores (41,4%). Em crianças, altas taxas de resolução para cólicas e queimaduras; baixas taxas para tosse (36,2%). A taxa de retorno para se consultar num intervalo de sete dias pelo mesmo problema foi baixa, sendo 4% nos adultos e 2,4% nas crianças.
Vieira-da-Silva et al., 2010.	Quantitativo, pesquisa avaliativa, transversal analítico com caso-controle aninhado. A razão de prevalência (RP) foi a medida usada para identificar a associação entre o nível de implementação e as variáveis de resultado. A inferência estatística fundamentou-se nas séries de Taylor 95% ICs.	O acesso de SAPSs com e sem implementação do programa de melhoria de acesso.	Encontraram-se melhores resultados de acesso entre os SAPSs que implementaram o projeto, sendo os principais resultados: o tempo de espera para conseguir uma consulta agendada (RP=0,23; IC95%: 0,15 – 0,34); a criação de um sistema de agendamento por telefone (RP=0,76; IC95%: 0,70 – 0,83).

continua...

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Kontopantelis; Roland; Reeves, 2010.	Quantitativo, pesquisa avaliativa, transversal de base populacional	A satisfação de usuários com o acesso aos cuidados primários de saúde.	Os fatores demográficos dos usuários associados à satisfação foram: idade (idosos mais satisfeitos), etnia (britânicos brancos mais satisfeitos e asiáticos menos satisfeitos) e condições de emprego (empregados por período integral menos satisfeitos e aposentados mais satisfeitos). Usuários de SAPSs menores reportaram melhor acesso. Áreas geográficas com uma minoria branca estiveram mais associadas com baixas taxas em todos os domínios de acesso, a etnia criada (visão dominante) em determinada área populacional impactou o acesso modificando tendências avaliativas e expectativas individuais. Encontrou-se uma associação significativa entre dificuldade de conseguir consultas e admissões de emergência, resultado que deve ser melhor investigado, pois não foi considerado o período de funcionamento dos SAPSs.
Aljasir; Alghamdi, 2010.	Quantitativo, transversal descritivo	A satisfação do usuário com um SAPS itinerário.	A maioria (94,9%) dos usuários está satisfeita com o horário que o SAPS fica aberto, mas 35,8% estão insatisfeitos com a localização e 20,5% com o sistema de agendamento de consultas. A taxa de satisfação com a estrutura de serviços foi de 94,9%; com os tipos de serviços ofertados, de 98,9%. Contudo, 62,5% acham que o SAPS itinerário tem menor qualidade que o SPAS tradicional de sua região e 90,9% acreditam que o SAPS itinerário não pode prover todas suas necessidades. Embora o SAPS itinerário tenha atingido altas taxas de satisfação e melhorado o acesso, não pode substituir todos os serviços ofertados por um SAPS tradicional.

continua...

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Kearney; Fulbrook, 2012.	Qualitativo, fenomenologia	As experiências de vida diária de pais e enfermeiros vinculados a um serviço de saúde da criança que adotou acesso aberto.	Os enfermeiros se sentem sobrecarregados, pois acabam gerindo inúmeros casos complexos com uma equipe numericamente limitada. Contudo, essa situação não reflete nas impressões das mães sobre o cuidado prestado. O programa foi avaliado como flexível, efetivo e direcionado às necessidades dos pais, oferecendo vantagens econômicas quando comparado ao tradicional serviço individual e mantendo alta a qualidade dos serviços prestados.
Mira et al., 2012.	Quantitativo, transversal descritivo	A frequência de uso, efetividade e a viabilidade de um sistema automatizado de agendamento.	Cerca de 44,4% dos usuários utilizam a Internet, 3,6% o portal de voz e 0,9% SMS. Os homens e indivíduos entre 51 e 70 anos são os que mais utilizam a internet. Os usuários com condições crônicas preferem os canais tradicionais de agendamento (pessoalmente ou por telefone). A viabilidade do uso de tecnologia da informação foi elevada (90%) e não implicou maior tempo de espera.
Morgan; Beerstecher, 2011.	Quantitativo, pesquisa avaliativa, transversal com caso-controle aninhado. Utiliza análise multivariada.	A satisfação dos usuários com o horário estendido dos SAPSs.	A satisfação dos usuários com o horário que os SAPSs ficam abertos melhora com o incremento da capacidade, porém a demanda por capacidade adicional só diminuiu com consultas aos sábados. As consultas noturnas durante a semana não obtiveram resultado significativo sobre a demanda. Isso indica que não é apenas a capacidade que influencia a demanda, mas também a conveniência do período para a população atendida.
Knight; Lembke, 2013.	Qualitativo, ensaio teórico	O sistema de agendamento de consulta na APS.	Para verificar a efetividade do sistema de agendamento deve-se atentar às medidas: terceira vaga de agendamento disponível, <i>unmet demand</i> , satisfação do usuário, tempo de espera e <i>doorknob to doorknob time</i> . Cinco são os tipos principais de agendamento: acesso aberto, <i>book on the day</i> , <i>supersaturate</i> , <i>carve-out</i> e acesso avançado.

continua...

Referência (Ano)	Método	Objeto de estudo	Resultados principais
Ralston et al., 2009.	Misto, pesquisa avaliativa fundamentada no referencial de Donabedian, estudo de caso único	O impacto de uma iniciativa de melhoria do acesso implementada em um grupo cooperativo de saúde.	As inscrições no plano de saúde, dois anos após intervenção, acompanharam as tendências de cobertura de saúde do estado em que o grupo cooperativo desempenha suas atividades. Os usuários reportaram melhorias no acesso avançado, incluindo satisfação com tempo para marcação de consulta, exames, espera no SAPS e em atendimento telefônico. No entanto, não reportaram melhorias no acesso aos especialistas. Os profissionais relatam melhoria na qualidade do serviço prestado. Apesar das mudanças organizacionais e exigência de produtividade para médicos da APS as opiniões sobre o ambiente de trabalho não declinaram significativa e persistentemente.
Cunha; Vieira-da-Silva, 2010.	Misto, pesquisa avaliativa, estudo de caso único	O grau de implantação de ações destinadas a melhorar a acessibilidade à APS.	Embora o município tenha investido no incremento da oferta de serviços de maneira a melhorar a acessibilidade geográfica, ainda persistiam barreiras organizacionais. Entre os SAPSs estudados, três apresentaram nível intermediário de implantação de ações de melhoria da acessibilidade e um apresentou nível insatisfatório, sendo que o melhor desempenho deu-se nas unidades de saúde da família, devido ao acolhimento e referência aos serviços especializados. As principais barreiras estão vinculadas ao sistema de marcação de consulta, marcação de consulta por telefone e de referência aos serviços especializados. Os autores declararam que há necessidade de melhor investigar a marcação de consulta decorrente de procura espontânea na saúde da família, pois a demanda, por vezes, acaba sendo rejeitada, apesar do discurso de acolhimento.
Woodcock et al., 2011.	Misto, relato de experiência	As barreiras de acesso decorrentes de processos gerenciais em um SAPS.	Com as mudanças processuais, o volume de consultas para acompanhamento do <i>Medicaid</i> aumentou 32%; o número de crianças que manteve acompanhamento regular nos intervalos recomendados também aumentou em todas as faixas etárias.

Fonte: elaboração própria.

Removendo obstáculos e facilitando o acesso

Acesso oportuno e continuidade do cuidado são duas medidas operacionais utilizadas internacionalmente para verificar a qualidade do acesso do usuário à APS. Considera-se acesso oportuno a capacidade de se obter um agendamento tão rápido quanto possível, permitindo que o usuário obtenha assistência para condições agudas, que poderiam resultar em custos e visitas desnecessárias aos serviços de emergência. Continuidade é a capacidade do usuário acessar o profissional de saúde de referência para acompanhamento sempre que possível, visando ao desenvolvimento de uma relação duradoura com o profissional e, consequentemente, cuidado individual e holístico (BALASUBRAMANIAN et al., 2014).

Os estudos selecionados nesta revisão contextualizam brevemente as políticas nacionais de acesso aos cuidados primários de alguns países, dando uma ideia da organização dos Estados para diminuir a iniquidade.

No Reino Unido, em 2002, o *National Health System (NHS)* estabeleceu o prazo de 24 horas para o usuário conseguir ser atendido por um profissional de saúde e de 48 horas para conseguir passar com um clínico geral. Nessa ocasião, muitos SAPSs receberam um incentivo financeiro e adotaram o modelo de acesso avançado, que equilibra a demanda com a capacidade diária de prestação de serviço. Nos EUA, esse modelo foi bem sucedido, acelerando a entrada no sistema e reduzindo a pressão sobre os recursos clínicos. No entanto, a experiência na Inglaterra ocasionou a redução no agendamento de consultas em longo prazo e o aumento do número de consultas agendadas em 24 e 48 horas, sendo um dos fatores intervenientes na continuidade do cuidado. Dessa forma, o *NHS* criou um plano de melhoria do acesso incentivando a obtenção de consultas rápidas e a manutenção dos agendamentos de rotina, visando à continuidade do cuidado. Esse esquema incorporou, em 2006, um inquérito nacional de avaliação da satisfação do usuário, realizado anualmente, no qual são medidas as dimensões do acesso dos SAPSs, recompensados de acordo com seu desempenho (KONTOPANTELIS; ROLAND; REEVES, 2010).

Nos EUA, há diversas políticas direcionadas à resolução da dificuldade de acesso aos cuidados primários: modelos alternativos de cuidado, equipes de saúde bem concebidas, pagamentos por coordenação do cuidado, sistemas informatizados de cuidado e outras ferramentas de cuidado à distância e

autodirigido, mas o problema do acesso persiste (BALASUBRAMANIAN et al., 2010). Berry-Millett, Bandara e Bodenheimer (2009) afirmam que, enquanto os EUA focam em expandir a cobertura de saúde, cresce o número de americanos segurados com dificuldade de acesso à APS. A escassez de médicos na APS não é a única razão da dificuldade dos americanos obterem acesso oportuno. Entre as principais razões estão o desequilíbrio entre demanda por consulta e a capacidade dos médicos em providenciá-las, limitação do horário de funcionamento e problemas organizacionais em SAPSs (BERRY-MILLETT; BANDARA; BODENHEIMER, 2009).

Na Austrália, o governo fundou o *Australian Primary Care Collaboratives (APCC)*, fundamentado no conhecimento dos EUA, do Reino Unido e em experiências australianas em SAPSs, para o desenvolvimento das estratégias: melhoria dos resultados clínicos dos usuários; redução dos fatores de risco ligados ao estilo de vida; manutenção de bons resultados de saúde para aqueles com condições crônicas e complexas; e promoção de uma cultura de melhoria da qualidade na APS. No entanto, apenas 36% dos australianos doentes conseguem uma consulta no dia em que necessitam (KNIGHT; LEMBKE, 2011).

No Brasil, embora a cobertura de SAPSs venha aumentando显著mente, a iniquidade de acesso ainda persiste. A Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, trata das relações interpessoais entre os envolvidos no processo de cuidar (prestadores, usuários e gerentes) e apresenta formas para reorganizar o fluxo de usuários e o processo de trabalho visando melhorar o acesso aos serviços de saúde. De acordo com a PNH, a preocupação com a dimensão interpessoal do cuidado deve estar articulada com a melhoria da qualidade do modelo de saúde, assim, o acesso ao sistema deve ser incrementado pela redução de filas e tempo de espera (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010). Pesquisas avaliativas recentes realizadas em diversas regiões do país, financiadas pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), revelaram a acessibilidade como a dimensão de menor satisfação para os usuários (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Prover cuidados com qualidade é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, mas a intenção nem sempre é suficiente. Equilibrar a demanda com capacidade ainda parece ser um sério problema a ser enfrentado em relação ao acesso na APS.

Por mais que os profissionais de saúde julguem que a demanda é imprevisível, essa é apenas uma sensação de quem está envolto num processo de trabalho ininterrupto. Assim, devem encontrar dados básicos sobre a demanda do SAPS em que atuam e executar um plano para controlá-la (KNIGHT; LEMBKE, 2011).

Knight e Lembke (2011) compartilham algumas sugestões de como moldar a demanda à capacidade: 1. Crie uma planilha onde serão computados todos os pedidos diários de consulta não agendada por profissional (médicos e enfermeiros) do SAPS, por um período mínimo de quatro semanas. Se achar útil, investigue ainda o número de prescrições e de encaminhamentos realizados pelos profissionais do SAPS. 2. Construa um gráfico de barras comparando a demanda (número de consultas solicitadas) com a rotina semanal (capacidade ofertada), tendo a ideia se a capacidade é suficiente para a demanda populacional. 3. De posse de todos esses dados, molde a capacidade de acordo com a demanda. As segundas-feiras, por exemplo, são dias cheios, pois normalmente refletem a demanda do fim de semana; assim, agende ações rotineiras (pequenas cirurgias, avaliações clínicas periódicas) para outros dias da semana e deixe a segunda mais livre.

Diversas experiências têm sido realizadas na tentativa de equilibrar demanda com capacidade, tais como: reorganização de *panel size* (número de usuários sob responsabilidade de um médico) (BALASUBRAMANIAN et al., 2010; OZEN; BALASUBRAMANIAN, 2013), implementação de consultas de enfermagem no atendimento de condições agudas de menor gravidade (FABRELLAS et al., 2011), incremento financeiro para SAPSs que atendem em horário estendido (noturno e finais de semana) (MORGAN; BEERSTECHER, 2011) e reorganização no processo de agendamento (KEARNEY; FULBROOK, 2012; BALASUBRAMANIAN et al., 2014). Os principais resultados dessas experiências estão descritos no Quadro 1.

Visando ao incremento do acesso, após identificar a demanda e moldá-la à capacidade do SAPS, deve-se atentar ao tempo de espera e programar estratégias de redução. Algumas medidas podem ser úteis nesse processo, tanto para diagnóstico, quanto para avaliação das intervenções gerenciais realizadas (KNIGHT; LEMBKE, 2011; 2013):

- 1. Terceira vaga de agendamento disponível:** a equipe responsável pelo agendamento deve verificar o número de dias para a terceira vaga de

- agendamento disponível de cada médico e enfermeiro, ignorando a primeira e a segunda. Essa medida deve ser realizada semanalmente, pois ajuda a identificar os fatos que impactam no tempo de espera;
2. Unmet demand: refere-se ao número de usuários que deixaram o SAPS semanalmente, porque não conseguiram um agendamento na data que precisavam;
 3. Pesquisa de satisfação do usuário: as seguintes questões podem ser feitas aos usuários: – Em uma escala de 0 a 10, qual número representa a minha satisfação com o agendamento? – Consigo uma consulta com o profissional que desejo e no dia que necessito?;
 4. Demora: muitos softwares usados nos SAPSs (tarifação, prontuário eletrônico) demoram a iniciar e acessar os arquivos do usuário, sendo interessante diminuir esse tempo;
 5. Doorknob to doorknob time: tempo total de permanência do usuário no SAPS, desde a chegada até a saída.

Adicionalmente, ao empregar estratégias para reduzir o tempo de espera, deve-se analisar a efetividade do sistema de agendamento do SAPS, uma vez que maximizar a efetividade do sistema tem o potencial para conectar usuários e profissionais por meio do cuidado oportuno e simultaneamente criar um ambiente de trabalho sustentável. Dessa forma, o primeiro passo é entender as vantagens e desvantagens do modelo atual de agendamento adotado. Embora existam pequenas variações, são cinco os principais tipos de agendamento utilizados na APS (KNIGHT; LEMBKE, 2013):

- **Acesso aberto (*Open access*)** – não há agendamentos; os usuários chegam e aguardam atendimento. Algumas variações foram concebidas para gerenciar inconveniências e pontos negativos: um sistema de ordenamento que permite informar ao usuário quanto tempo demorará em ser atendido, assim ele pode sair para resolver outras coisas e retornar no tempo determinado; telefonar ou chamar o usuário próximo do momento dele se apresentar para o atendimento; estratégias para garantir continuidade com médicos de escolha. Vantagens: o dia de trabalho começa com toda a capacidade disponível; os usuários sabem que serão atendidos, devendo apenas aguardar; médicos fazem plantões e sa-

bem que terminarão no tempo determinado; o tempo das consultas é flexível e teoricamente adaptável à necessidade do cliente; outros médicos podem ser escalados no momento que se percebe um excesso de demanda para a capacidade atual; não há vagas reservadas, em longo prazo, na agenda médica para acompanhamento de condições crônicas; esse sistema se adapta à população e circunstâncias locais. Desvantagens: pessoas que trabalham ou que precisam do auxílio de outras para transportá-las ou acompanhá-las não conseguem programar com a antecedência desejada suas consultas e tendem a serem ‘excluídas’ nesse sistema de agendamento; o SAPS perde a capacidade de influenciar sobre quando as pessoas devem procurar atendimento dificultando que molde sua demanda; em muitos serviços a continuidade do cuidado é prejudicada, desta forma, inviabilizando a busca ativa de faltosos; usuários podem esperar por horas se o SAPS está muito cheio ou algum médico faltar; se a sala de espera está cheia os médicos podem se sentir pressionados a diminuir o tempo das consultas ou não abordar todos os problemas (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

- **Book on the day:** a clínica recebe inúmeras ligações pela manhã e as vagas de consultas vão sendo preenchidas, quando a capacidade diária total é atingida as pessoas são orientadas a ligarem no dia seguinte. Vantagens: deficientes, idosos e pessoas que trabalham têm mais oportunidade de conseguir atendimento; médicos têm mais flexibilidade para contingências como fazer partos; nesses casos, os usuários podem ser reagendados brevemente com facilidade; pessoas com problemas agudos conseguem atendimento no mesmo dia. Desvantagens: estruturar o cuidado para doenças crônicas torna-se difícil; pela manhã há um pico de ligações sobrecarregando o sistema e a capacidade da equipe (KNIGHT; LEMBKE, 2013).
- **Supersaturate:** consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário, assim consultas para problemas agudos são encaixadas em um horário já ocupado por outro usuário (*double booking*), no horário do almoço ou no fim do dia; há um sistema de cores que identifica o tipo de consulta: emergência, acompanhamento ou outras condições. Trabalhar muitas categorias de agendamento pode ser complexo se não estabelecer regras e particularidades para cada médico. Vantagens: é uma tentativa de fazer o sistema funcionar para todos, tanto para aqueles com condições crônicas quanto para aqueles com

condições agudas. Desvantagens: a equipe que atende as ligações pode não conseguir definir casos de emergência e quais usuários realmente necessitam passar por atendimento médico. Essa mesma equipe explica, tria, procura por vagas inexistentes, tem de lidar com a falta de acesso e realizar contato com médicos. A duração das consultas pode ultrapassar o tempo previsto se o usuário traz inúmeros problemas para a consulta tão esperada. Médicos tentam atender a todos, causando estresse e atrasos. O ambiente do SAPS parece uma panela de pressão e a capacidade de refletir sobre o sistema ou estabelecer uma estrutura para o cuidado crônico é reduzida. A equipe de recepção fica constantemente insatisfeita, sendo elevada a rotatividade.

- **Carve-out**: o SAPS deliberadamente reserva uma parte de sua capacidade diária para consultas concernentes às questões agudas. A demanda por questões agudas pode ser medida e ajustada com a realidade do SAPS. Alguns SAPSs deixam um médico exclusivamente para atendimento de quadros agudos. Vantagens: normalmente as questões agudas são atendidas no mesmo dia, permite que o usuário planeje seu transporte, favorece o engajamento profissional e a estruturação para atender o cuidado crônico. Desvantagens: a reserva para cuidados agudos causa um tempo de espera para outros agendamentos, ocasionando uma pressão para usá-la com consultas de rotina. Pode haver um desequilíbrio e as consultas de reservas não serem preenchidas (KNIGHT; LEMBKE, 2013).
- **Acesso avançado (Advanced access)**: quando a demanda é equilibrada com a capacidade e não há demora, pois as consultas são suficientes para acomodar toda a demanda. Há cinco passos para o acesso avançado (KNIGHT; LEMBKE, 2013):
 1. Verifique a demanda e a capacidade da clínica;
 2. Adapte-se à demanda;
 3. Faça com que a capacidade da clínica reformule a demanda;
 4. Diminua o tempo de espera;
 5. Tenha um plano de contingência.

Os objetivos do acesso avançado são: começar a trabalhar com consultas suficientes para a demanda daquele dia; não restringir consultas futuras; priorizar

a continuidade. Vantagens: quando a demanda e a capacidade estão equilibradas e o valor da terceira consulta disponível é menor que um, com certeza a demanda da população será atendida. O dia começa com a maioria das consultas livres, sendo preenchidas conforme os usuários ligam. Os usuários conseguem consultas com médicos de preferência; continuidade e atendimento de casos agudos ocorrem sem demora. Desvantagens: requer comprometimento e tempo para implementação. Muitas de suas ideias parecem contrassenso e requerem educação permanente da equipe do SAPS, a fim de alcançar as mudanças propostas. Para manter o acesso avançado é necessário liderança, apoio administrativo e cooperação dos médicos (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

Após reconhecer o modelo de agendamento do SAPS, deve-se refletir, considerando todas as variáveis já discutidas (continuidade, acesso oportuno, medidas de tempo de espera) se o atual sistema é vantajoso e efetivo. Caso contrário, uma mudança de modelo ou mesmo introdução de pequenas modificações para minimizar aspectos negativos podem ser necessárias, desde que toda a equipe do SAPS esteja incluída no processo.

Cabe aqui destacar a pesquisa realizada por Morgan e Beerstecher (2011) sobre a satisfação dos usuários com o horário estendido oferecido pelos SAPSs, encontrando que a demanda por capacidade adicional só diminuiu com consultas aos sábados. As consultas noturnas durante a semana não obtiveram resultado significativo sobre a demanda. Assim sendo, a demanda é direcionada pela preferência e não pela capacidade adicional por si só. Logo, melhorar a eficiência do sistema de agendamento pode não reduzir tanto a demanda populacional se não considerar a conveniência. Para Ralston et al. (2009), há a importância crescente entre os usuários de um cuidado oportuno e centrado em suas necessidades e preferências.

Para além dos passos já discutidos, pode ser necessária a identificação de outros fatores que podem atrapalhar o acesso. Berry-Millett, Bandara e Bodenheimer(2009), por exemplo, apontaram as oito principais barreiras de acesso aos cuidados primários nos EUA, algumas já discutidas neste texto, e possíveis meios de superá-las:

- Barreira 1. Número de usuários sob responsabilidade de um médico (*Panel size*) – em média os *panel sizes* tem cadastrados 2.300 usuários, número elevado apontado em pesquisas norte-americanas recentes para um médico prover

cuidados adequados. Nessa situação a demanda por consulta ultrapassa a capacidade e os usuários não conseguem acesso oportuno;

- **Barreira 2. Capacidade (médica)** – determinada pelo número de horas por semana que o médico pode atender e o número de usuários agendados por hora. Verifica-se que muitos médicos têm trabalhado apenas um período nos SAPSs; assim, sua capacidade de atendimento fica prejudicada. Adicionalmente, a aparente saída de encurtar o tempo das consultas afeta a qualidade do cuidado prestado;
- **Barreira 3. Distância geográfica** – a localização dos SAPSs pode dificultar o acesso às pessoas com dificuldade de transporte e àquelas que não podem sair de casa (acamados, pessoas com dificuldade de locomoção). A telemedicina pode diminuir esse problema, mas poucos SAPSs possuem esse serviço;
- **Barreira 4. Questões do Medicaid/Medicare** – muitos gerentes de SAPSs escolhem os usuários que atenderão baseados no tipo de cobertura que obterão. Assim, em locais onde as taxas pagas pelo *Medicaid* estão abaixo das pagas por asssegurados privados os gerentes tendem a limitar a inscrição de usuários assegurados pelo *Medicaid*;
- **Barreira 5. Horário de cuidado estendido** – a falta de SAPSs que trabalhem em horário estendido causa uma explosão de “clínicas de conveniência” (farmácias e centro comerciais) e o aumento de visitas aos serviços de emergência;
- **Barreira 6. Agendamento** – o intervalo de tempo para conseguir um agendamento em diversos SAPSs é de três semanas. Embora a maioria dos serviços tenha aderido ao acesso avançado, este só pode se manter se a capacidade do SAPS estiver em equilíbrio com a demanda por consultas. Parte do problema parece ser organizacional, pois o intervalo de tempo entre as consultas de rotina de usuários crônicos não é definido pela necessidade clínica dos usuários, mas pelos hábitos dos médicos e do grupo provedor de cuidados;
- **Barreira 7. Consultas virtuais** – diversos cuidados (crônicos e preventivos) poderiam ser resolvidos em consultas breves via telefone ou correio eletrônico. No entanto, as seguradoras não reembolsam consultas virtuais;
- **Barreira 8. Problemas com a equipe de saúde** – a despeito dos benefícios de uma equipe multiprofissional, diversas seguradoras reembolsam apenas serviços prestados por médicos, médicos assistentes e enfermeiros, não havendo incentivo para a APS contratar outros profissionais.

Para resolução dessas questões, Berry-Millett, Bandara e Bodenheimer (2009) sugerem algumas mudanças políticas e outras de organização do processo de trabalho: aumento de reembolso para cuidados primários; programas de crédito para estudantes de Medicina se estabelecerem em áreas prioritárias de cuidados primários de saúde; padronizar taxas pagas por segurados privados, *Medicare* e planos do *Medicaid*; proporcionar incentivo para os serviços trabalharem em horário estendido; investir em um programa nacional destinado a apoiar os SAPSs que implementarem o acesso avançado, equipe multiprofissional e outras melhorias; prover reembolso para consultas virtuais, incluindo taxas para todo apoio profissional que os SAPSs necessitarem no gerenciamento de doenças crônicas e cuidados preventivos. Em adição, médicos deveriam realizar algumas mudanças para melhorar o acesso de seus usuários, estendendo o intervalo entre as consultas para usuários estabilizados e reorganizando sua agenda para que o SAPS consiga trabalhar em horário estendido.

Nesse contexto, outros estudos identificaram as principais barreiras de acesso à APS e programaram melhorias diversas: uso de tecnologia da informação para agendamentos de consulta (MIRA et al., 2012), criação de SAPSs itinerários e avaliação da iniciativa (ALJASIR; ALGHAMDI, 2010), implementação de um plano de melhoria de acesso fundamentado em mudanças gerenciais/organizacionais e até mesmo conceituais (RALSTON et al. 2009; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010; WOODCOCK et al., 2011), avaliação do grau de implantação de ações destinadas à melhoria da acessibilidade (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e identificação de preditores da satisfação do usuário com o acesso à APS (KONTOPANTELIS; ROLAND; REEVES, 2010). Os resultados dessas pesquisas constam do Quadro 1.

Ainda que a oferta de serviços de saúde seja insuficiente, simples mudanças no sistema de agendamento de consultas e na maneira como os usuários são recebidos tornam-se suficientes para evitar filas e sofrimento humano (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

Esta revisão apresenta algumas limitações, como o tempo decorrido entre a seleção do *corpus* de análise e a publicação dos resultados, sendo inevitável que alguma modificação conceitual ou prática sobre o acesso à APS tenha surgido

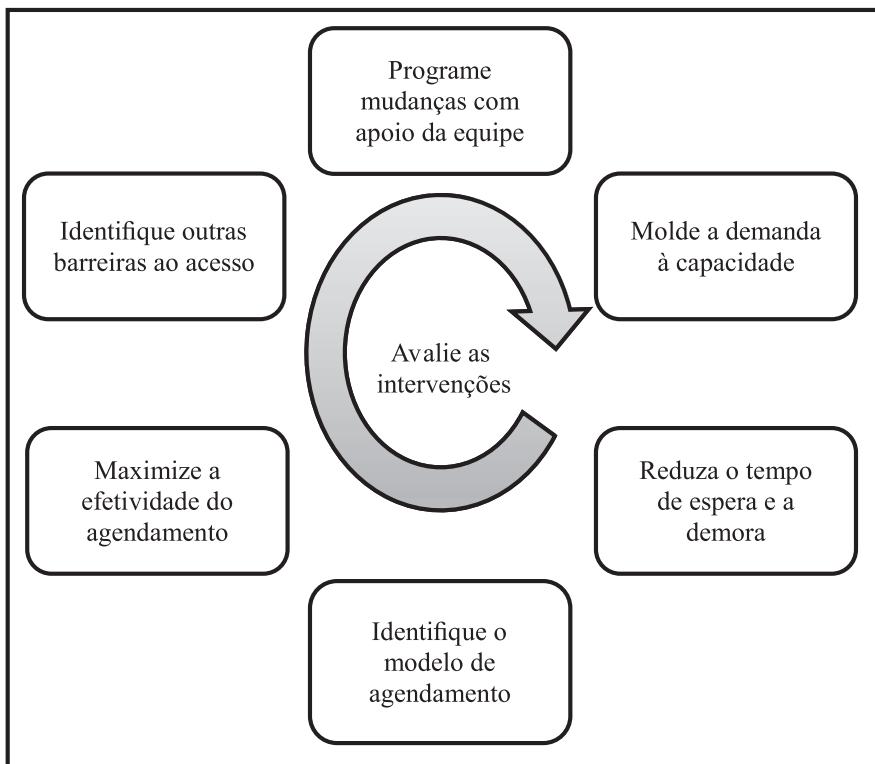
no período. A perda de estudos indexados em bases de dados diferentes das examinadas e a amostra incluindo apenas artigos completos, publicados em periódicos científicos, desconsiderando dissertações, teses e documentos oficiais, pode ter resultado na exclusão de material pertinente à temática.

A maioria das publicações ocorreu entre os anos de 2010 e 2011, publicadas em inglês nos periódicos de APS/Saúde da Família. Os EUA foram o país que mais contribuiu, seguido da Austrália. Diversas foram as abordagens metodológicas, com destaque aos desenhos epidemiológicos observacionais. Houve o predomínio de pesquisas avaliativas e um reduzido número de trabalhos puramente teóricos. No entanto, apenas dois estudos brasileiros, realizados na cidade de Salvador – BA, compuseram a amostra dessa revisão.

A iniciativa de maior sucesso em relação à gestão da demanda espontânea descrita entre os trabalhos que compõem esta revisão é a do Reino Unido. Em Londres, em 2006, as autoridades do *NHS* solicitaram ao Lord Darzi uma avaliação do sistema de saúde. Assim, em 2007, uma consulta pública foi aberta, a fim de elucidar as mudanças desejadas para os próximos dez anos. Os resultados dessa pesquisa foram publicados sob o título “*A framework for action*” e entre os seis itens prioritários apontados encontrava-se a necessidade de um modelo londrino efetivo para gestão da demanda espontânea. Diversas pesquisas se sucederam visando subsidiar as mudanças necessárias e um projeto de governo foi desenhado objetivando a efetivação de um sistema de cuidado integrado e capaz de responder as necessidades dos usuários (*NHS*, 2008; 2011).

A partir das evidências oferecidas pelo *corpus* de análise, por meio de um processo indutivo, elaborou-se uma síntese do conhecimento (TORRACO, 2005) representada por um modelo gráfico adaptável (Figura 2), apresentando as principais estratégias para alcançar o acesso oportuno e a continuidade, diretrizes asseguradas por sistemas de saúde menos iníquos. Essas estratégias devem ser utilizadas após o diagnóstico da realidade de acesso do sistema de saúde, sendo apenas um guia adaptável que não obedece a uma ordem rígida. Muitas mudanças solicitadas pedem intervenções organizacionais, portanto, as primeiras a serem realizadas devido à alta governabilidade dos SAPSs. Contudo, mudanças políticas são indispensáveis e esperadas.

Figura 2. Esquema representativo das principais estratégias utilizadas para melhoria do acesso na APS



Fonte: elaboração própria.

Quanto aos principais modelos de agendamento utilizados na APS, todos apresentam vantagens e desvantagens; porém, o acesso avançado parece ser o mais promissor ao conseguir equilibrar capacidade e 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.¹

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado. O artigo expressa a visão dos autores e não necessariamente reflete a posição da agência financiadora.

Referências

- ALJASIR, B.; ALGHAMDI, M. S. Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. *East Mediterr. Health J.*, v. 16, n. 10, p. 1085-1090, 2010.
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Latino-am Enferm.*, v. 19, n. 4, p. 994-1002, 2011.
- BALASUBRAMANIAN, H. et al. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag. Sci.*, v. 17, p. 31-48, 2014.
- _____. Improving clinical access and continuity through physician panel redesign. *J. Gen. Intern. Med.*, v. 25, n. 10, p. 1109-1115, 2010.
- BERRY-MILLETT, R.; BANDARA, S.; BODENHEIMER, T. The health care problem no one's talking about. *J. Fam. Pract.*, v. 58, n. 12, p. 633-637, 2009.
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saude Public.*, v. 16, n. 4, p. 725-737, 2010.
- FABRELLAS, N. et al. Nurse management of "same day" consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Cataloni. *J. Adv. Nurs.*, v. 67, n. 8, p. 1811-1816, 2011.
- FOURNIER, J.; HEALE, R.; RIETZE, L. "I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. *Healthc. Q.*, v. 15, n. 10, p. 64-68, 2012.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health*, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- KEARNEY, L.; FULBROOK, P. Open-access community child health clinics: The everyday experience of parents and child health nurses. *J. Child Health Care*, v. 16, n. 1, p. 5-14, 2012.
- KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments: getting it right. *Aust. Fam. Physician*, v. 40, n. 1-2, p. 20-23, 2011.
- _____. Appointment 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust. Fam. Physician*, v. 42, n. 1-2, p. 152-156, 2013.
- KONTOPANTELIS, E.; ROLAND, M.; REEVES, D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam. Pract.*, v.11, n. 61, p. 2-15, 28 Aug., 2010.
- MIRA, J. J. et al. Cita por Internet, SMS y portal vocal. Nuevas tecnologías para un viejo problema. *Rev. Calid. Asist.*, v. 27, n. 5, p. 249-254, 2012.
- MORGAN, C. L.; BEERSTECHER, H. J. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 61, n. 589, p. e498-e507, 2011.

- NATIONAL HEALTH SERVICE. Healthcare for London. *Study of Unscheduled Care in 6 Primary Care Trusts*. London, 2008.
- _____. *Commissioning a new delivery model for a unscheduled care in London*. London: NHS, 2011.
- OZEN, A.; BALASUBRAMANIAN, H. The impact of case mix on timely access to appointments in a primary care group practice. *Health Care Manag. Sci.*, v. 16, n. 2, p. 101-118, 2013.
- RALSTON, J. D. et al. Group health cooperative's transformation toward patient-centered access. *Med. Care Res. Rev.*, v. 66, n. 6, p. 703-724, 2009.
- SALISBURY, C. et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 57, n. 541, p. 608-14, 2007.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-am Enferm.*, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. *Human Resources Development Review*, v. 4, n. 3, p. 356-67, 2005.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 64, n. 12, p. 1100-1105, 2010.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- WOODCOCK, E. W. et al. Remove roadblocks and improve access to preventive care. *Fam. Pract. Manag.*, v. 18, n. 5, p. 26-30, 2011.

Nota

¹ S. A. Rocha colaborou com a concepção do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; e redação do artigo. S. C. M. Bocchi e M. F. de Godoy colaboraram com a concepção e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, assim como aprovaram a versão final do artigo a ser publicada.

Abstract

Access to primary health care: integrative review

Timely access to primary health care is still a problem in many countries. We conducted a literature integrative review aimed to analyze the national and international scientific production about the increase of access in primary health care. The analysis brought out 16 articles published between 2009 and 2014, in the databases LILACS, SciELO, PubMed and Scopus. Most publications were available in journals of primary health care and in English. Several methodological approaches were adopted, with a predominance of observational epidemiological designs. An equitable health system provides timely access and continuity of care. This article presents the main strategies to reach both guidelines. The advanced access appears the most promising scheduling model because balances the demand and capacity while controlling delay. However, it is no use to modify the scheduling model without providing the necessary infrastructure to maintain it.

► **Key words:** Family Health Strategy; aged; access to health services; primary health care.