

**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA**  
ORGANIZADORA

# **ACESSO À SAÚDE**

**Desafios, perspectivas, soluções e  
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**



**Pedro & João**  
editores

# **ACESSO À SAÚDE:**

**desafios, perspectivas, soluções e  
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**



**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA  
(ORGANIZADORA)**

**ACESSO À SAÚDE:**  
**desafios, perspectivas, soluções e**  
**oportunidades na Atenção Primária à Saúde**

**Copyright © Autoras e autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Larayne Gallo Farias Oliveira [Orgs.]**

**Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 200p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-265-0578-6 [Impresso]  
978-65-265-0579-3 [Digital]**

**DOI: 10.51795/9786526505793**

1. Acesso à saúde. 2. Desafios e perspectivas. 3. Soluções. 4. Atenção primária à saúde I. Título.

---

CDD – 610/370

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Revisão:** Alana de Jesus Senna

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2023

# **CAPÍTULO 11**

## **A PROPOSTA DO ACESSO AVANÇADO PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE\***

Denise Maria Campos de Lima Castro<sup>1</sup>

Larayne Gallo Farias Oliveira<sup>2</sup>

Daniela Cristina Geraldo<sup>3</sup>

Lislaine Aparecida Fraccolli<sup>4</sup>

### **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais estratégias para garantir o acesso à saúde de qualidade para a população. No entanto, é necessário um constante aprimoramento dos serviços oferecidos, a fim de atender às demandas e necessidades dos usuários. Devido à alta demanda e agendas lotadas, equipes de saúde têm debatido maneiras de reorganizar suas agendas, ampliar e qualificar o acesso aos serviços.

Existem duas formas operacionais utilizadas internacionalmente para avaliar a qualidade do acesso à APS: o acesso oportuno e a continuidade do cuidado. Segundo Cirino et al. (2020), o acesso oportuno é definido como a capacidade de agendar um atendimento o mais rápido possível, possibilitando o tratamento de demandas e condições agudas que poderiam gerar gastos desnecessários se encaminhadas aos serviços de urgência e emergência. Já a continuidade do cuidado, é alcançada quando o profissional de saúde responsável mantém o acompanhamento do usuário sempre que necessário, fortalecendo a relação de confiança e intensificando o cuidado individual e holístico.

---

\* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793153166>

Nesse contexto, surge a proposta do Acesso Avançado (AA) como uma alternativa para qualificar o acesso à saúde na APS. Essa estratégia busca melhorar a eficiência do atendimento, reduzir o tempo de espera e proporcionar uma assistência mais individualizada e humanizada (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Murray e Tantau (2000) corroboram que, na década de 1990, a gestão da APS na Califórnia realizava o atendimento de 250 mil usuários por meio de 100 médicos e 400 outros profissionais de saúde. No entanto, as grandes filas e os longos tempos de espera levavam à insatisfação, tanto dos usuários, quanto dos profissionais. Estes enfatizam, um período de até 55 dias da demanda do usuário até o seu atendimento (tal dado aproxima-se à realidade brasileira).

Esse modelo de agendamento, com a estratégia oposta e distinta dos demais, foi então desenvolvido pelos pesquisadores Murray e Tantau (2000), com o lema "Faça hoje o trabalho de hoje!". Esse sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em um prazo de até 48 horas, diferenciando-se dos outros modelos de agendamento (MURRAY; BERWICK, 2003).

Segundo estes autores, o AA busca reduzir a distância entre a oferta e a demanda, adotando uma abordagem contrária e distinta a todos os outros modelos de agendamento, que deixam grande parte do trabalho atual para o futuro. Ou seja, o AA antecipa todo o trabalho atual para o presente, visando preservar a capacidade futura.

Essa abordagem de organização dos serviços de saúde permite que os usuários procurem a unidade de saúde para qualquer tipo de problema de saúde, seja ele urgente, de rotina ou de prevenção. O objetivo desse modelo é promover a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem a necessidade de recursos adicionais (MURRAY; BERWICK, 2003).

A implementação do AA requer mudanças profundas na cultura e na organização dos serviços de saúde, incluindo a adoção de práticas colaborativas e o uso de tecnologias para aprimorar a comunicação e gestão de informações (BRETON *et al.*, 2022). É essencial haver uma ampla divulgação sobre as funcionalidades do

AA e seus benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários.

Inicialmente, o modelo de AA foi proposto com base em seis pilares por Murray e Berwick (2003). No entanto, em 2022, Breton et al. (2022) reelaboraram esses pilares, estabelecendo cinco fundamentais, a saber: 1) planejamento abrangente para necessidades, suprimentos e variações recorrentes; 2) ajuste regular da oferta à demanda; 3) processos de marcação e agendamento de consultas; 4) integração e otimização da prática colaborativa; e 5) Comunicação sobre acesso avançado e suas funcionalidades. Estes, foram ilustrados por Oliveira e Fracoli (2023) em um guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo. conforme a Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Infográfico: Pilares AA (Breton *et al.* 2022)



FONTE: OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023.



Este capítulo visou apresentar o modelo de AA como uma ferramenta para a qualificação na APS. Para isto, apresentou o AA na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Mitsutani na cidade de São Paulo-SP, e assim discutiu os benefícios do AA para a saúde pública e como sua implementação pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde no Brasil.

## DESENVOLVIMENTO

Castro (2021) relatou que em uma UBS, a proposta de implantação de um novo modelo de organização do acesso iniciou-se em 2016. A proposta partiu do projeto “Desafio Mais Saúde na Cidade” proposto pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo. Este desafio, tinha como objetivo estimular, mobilizar, identificar, reconhecer, valorizar e incentivar projetos na APS relacionados aos processos de trabalho das UBS, fundamentado nas Novas Diretrizes da Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

Segundo esta autora, um grande problema enfrentado pelos usuários, equipes e gestores da UBS era o acesso às consultas com as equipes. As agendas apresentavam um tempo médio de espera de 44 dias, podendo chegar a 80 dias, e uma taxa de absenteísmo de 30%. Além disso, os profissionais ficavam ociosos entre as consultas, enquanto os usuários aguardavam por um longo tempo para serem atendidos pela sua equipe de referência.

Durante esse tempo de espera, muitos usuários procuravam outros serviços ou o acolhimento na própria UBS para resolver problemas agudos, mas acabavam não comparecendo às consultas agendadas, o que prejudicava a continuidade do cuidado e dificultava o conhecimento da equipe sobre as necessidades de saúde da população. As agendas eram segmentadas e tinham dias específicos para atender a gestantes, crianças e pacientes crônicos, dificultando o acesso dos usuários que não se enquadravam nesses grupos. A UBS não tinha autonomia para fazer mudanças no modelo de agendamento naquele momento.

Para lidar com essa questão, e enfrentar o desafio que se apresentava, foi necessário solicitar autorização às instâncias superiores para modificar e flexibilizar a agenda dos profissionais da UBS. Para isso, a equipe teve que buscar estudos e experiências, tanto nacionais como internacionais, a fim de descobrir novas formas de organizar o acesso. Assim, o modelo de AA foi adotado pelos profissionais da UBS como uma das formas de reorganizar o serviço e ampliar o acesso, preferencialmente com sua equipe de referência, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado (MURRAY; BERWICK, 2003). Isso contribui para o fortalecimento dos atributos da APS, tornando-a mais resolutiva (STARFIELD, 2002).

A figura 2, ilustra a agenda de médicos e enfermeiros de uma das equipes antes da implementação do AA:

Figura 2 – Agenda do médico e do enfermeiro antes da implementação do AA em uma UBS de São Paulo-SP

AGENDA MÉDICA 2016						
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	
07:00	REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF	RESERVA TÉCNICA	CONS.COMP NASF	HAS/DM	REUNIÃO DE EQUIPE	
07:15						
07:30						
07:45						
08:00	ATIVIDADE COLETIVA HIPERDIA (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	PRÉ-NATAL	GRUPO/CONSULTA (criar vaga conforme demanda)	SAÚDE MENTAL	
08:15						
08:30						
08:45		VISITA DOMICILIAR ( criar vaga no dia)			PUERICULTURA	CONSULTA GERAL
09:00						
09:15						
09:30	PEQUENOS PROCEDIMENTOS	CUIDADO CONTÍNUO	Reunião Técnica			
09:45						
10:00						
10:15	HAS/DM			PUERICULTURA	Reunião Técnica	
10:30						
10:45						
11:00	HAS/DM	CUIDADO CONTÍNUO	Reunião Técnica			
11:15						
11:30						
11:45	HAS/DM			CUIDADO CONTÍNUO	Reunião Técnica	
12:00						
12:15						
12:30	Almoço	Almoço	Almoço			Almoço
12:45						
13:00						
13:15	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	CONSULTA GERAL	CUIDADO CONTÍNUO	MENORES DE 1 ANO	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	
13:30						
13:45						
14:00		EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA		
14:15						
14:30						
14:45	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	EXAMES ALTERADOS	RESERVA TÉCNICA	PUERICULTURA		
15:00						
15:15						
15:30		CUIDADO CONTÍNUO	REUNIÃO DE EQUIPE OU COM NASF	PUERICULTURA		
15:45						

AGENDA ENFERMEIRO 2016					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00	RE/NASF	RE	CONS.COMP NASF	RE	RE
07:20					
07:40					
08:00	ATIVIDADE COLETIVA HIPERDIA (criar vaga conforme demanda)	PRÉ-NATAL	COLETA PAPANICOLAOU (criar vaga conforme demanda)	GRUPO/CONSULT A (criar vaga conforme demanda)	ATIVIDADE COLETIVA PLANEJAMENTO FAMILIAR (criar vaga conforme demanda)
08:20					
08:40					
09:00					
09:20	ADMINISTRATIVO	CUIDADO CONTÍNUO		VISITA DOMICILIAR ( criar vaga no dia)	Reunião Técnica
09:40					
10:00					
10:20					
10:40	Almoço	Almoço			
11:00					
11:20					
11:40					
12:00					
12:20					
12:40					
13:00	ACOLHIMENTO (criar vaga conforme demanda)	VISITA DOMICILIAR ( criar vaga no dia)	Almoço	Almoço	
13:20					
13:40					
14:00			Supervisão	REUNIÃO DE ENFERMAGEM	
14:20	Supervisão				
14:40	Supervisão				
15:00			RE/NASF		
15:20					
15:40					

FONTE: CASTRO, 2021.

Diante desse cenário, foi realizada uma construção coletiva, com a participação de todos os profissionais da UBS, em espaços de reunião, onde os profissionais puderam discutir e estudar sobre as formas de acesso e como isso seria organizado dentro da unidade. Esse espaço propiciou a troca de experiências e exposição das dúvidas, angústias e sugestões. Todos tiveram contato com materiais sobre a temática desenvolvidos no Brasil e em outros países.

Assim, as equipes puderam construir uma nova agenda com 70% de vagas de consultas de médicos e enfermeiros para o dia, sem agendamento prévio, e 30% com agendamentos prévios, apenas para crianças menores de 1 ano e gestantes, como apresentado na figura 3:

Figura 3 – Agenda do médico e enfermeiro depois da implementação do Acesso Avançado em uma UBS de São Paulo-SP

AGENDA MÉDICA 2017							
Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA		
07:00	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO DE EQUIPE	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	CUIDADO CONTÍNUO		
07:20							
07:40							
08:00							
08:20							
08:40							
09:00							
09:20							
09:40							
10:00							
10:20	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO TÉCNICA			
10:40							
11:00							
11:20							
11:40	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	REUNIÃO TÉCNICA			
12:00							
12:20							
12:40							
13:00	ACESSO AVANÇADO	ALMOÇO	VISITA DOMICILIAR (CRIAR VAGA NO DIA)	CUIDADO CONTÍNUO	ALMOÇO		
13:20							
13:40							
14:00							
14:20		ACESSO AVANÇADO			ACESSO AVANÇADO	CUIDADO CONTÍNUO	ACESSO AVANÇADO
14:40							
15:00							
15:20							
15:40							
15:40							

AGENDA ENFERMEIRO 2017								
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta			
07:00	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO DE EQUIPE	REUNIÃO DE EQUIPE	ACESSO AVANÇADO	ADMINISTRATIVO			
07:20								
07:40								
08:00		ADMINISTRATIVO	ACESSO AVANÇADO		ACESSO AVANÇADO			
08:20								
08:40								
09:00								
09:20		SUPERVISÃO				ACESSO AVANÇADO	CUIDADO CONTÍNUO	
09:40								
10:00								
10:20								
10:40	CUIDADO CONTÍNUO	PRÉ-Natal		CUIDADO CONTÍNUO				Reunião Técnica
11:00								
11:20								
11:40								
12:00	ALMOÇO	PRÉ-Natal	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO			
12:20								
12:40								
13:00								
13:20	ATIVIDADE COLETIVA GRUPO DE BEBÊ (criar vaga conforme demanda)	ACESSO AVANÇADO	ACESSO AVANÇADO	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)	VISITA DOMICILIAR (criar vaga no dia)			
13:40								
14:00								
14:20								
14:40								
15:00								
15:20								
15:40								
15:40								
15:40						GRUPO HIPERTENSÃO (Atividade Coletiva)	ACESSO AVANÇADO	REUNIÃO DE ENFERMAGEM
15:40								

FONTE: CASTRO, 2021.

O projeto ocorreu, a princípio, entre duas equipes (de um total de 11) e o início foi marcado para maio de 2016, porém, desde janeiro do mesmo ano, a UBS já estava se preparando para esta mudança por meio da utilização das agendas em 100% de sua capacidade, sem agendamento de consultas futuras, objetivando deixá-las livres para o início do novo modelo. Neste intervalo, todos os usuários que procuravam o serviço para agendar consultas, eram inseridos no lugar de outros que faltavam, sendo assim atendidos prontamente.

No início de maio de 2016, as agendas dessas duas equipes-piloto, de médicos e de enfermeiros, ficaram configuradas com 70% de vagas para o dia e 30% de vagas agendadas, como o planejado. Foram criadas equipes “irmãs”, que prestavam apoio umas às outras em horários complementares de reunião, visita domiciliar, horários para atividades administrativas e grupos educativos.

No começo havia um estranhamento por parte dos usuários, que diziam não estar preparados para serem atendidos prontamente, mas rapidamente eles se adaptaram e divulgaram dentro da comunidade essa nova forma de acesso. Além disso, foi fundamental a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como a articulação com o conselho gestor local, para divulgação no território deste novo modelo de programação de agenda. Outro ponto importante, foi a integração dos assistentes administrativos nas discussões, preparando-os para orientar e direcionar adequadamente, principalmente na recepção, os usuários que procuravam a Unidade. Ao longo deste processo, os encontros entre os profissionais para discussão da experiência das equipes com a implantação dessa nova estrutura de agenda continuaram, bem como os estudos da literatura existente e a construção de novos fluxos internos para o serviço.

Assim, houve a compreensão pela equipe de quatro questões relevantes: 1) a agenda deveria contemplar a necessidade dos usuários e não as necessidades “pessoais” dos profissionais; 2) o AA não poderia ser resumido a “queixa/conduta” (que uma queixa pontual deveria ser vista de maneira integral, baseada nas

necessidades de saúde da população); 3) esse atendimento deveria ser contínuo, garantindo o retorno, prioritariamente, com a mesma equipe; e 4) a carteira de serviço da unidade deveria estar disponível e atualizada, assim como a equipe teria que buscar conhecimentos e desenvolver habilidades para manejo do tempo e de incertezas na clínica.

Em março de 2017, com a experiência e amadurecimento de toda a unidade, iniciou-se o modelo de AA com as demais equipes. Elas foram organizadas de acordo com o horário de atendimento para serem referências umas das outras em horários que determinada equipe não estivesse em consulta, e se revezam na escala para sempre ter disponível um médico e/ou enfermeiro em consulta. Os casos mais complexos eram sempre compartilhados com a equipe de referência.

Durante as reuniões entre os profissionais, foram estipulados planos para contingências em diferentes situações: mudanças estruturais na agenda, férias, licenças, ausências dos profissionais, questões sazonais (como horário de verão ou períodos chuvosos) e variações na procura por serviços devido a doenças sazonais. Como resultado, as agendas se tornaram dinâmicas, baseadas nas necessidades de saúde da população e com uma gestão racional da demanda e dos riscos populacionais.

Os atendimentos passaram a ser oferecidos de forma livre e dentro do horário de atendimento dos profissionais, que gerenciam suas agendas e atendimentos diários. Isso permitiu que os usuários fossem atendidos em horários diferentes, de acordo com as necessidades singulares de cada um. Ademais, houve redução expressiva na procura por serviços de urgência e emergência (AMA e UPA referências no território) de usuários cadastrados na Unidade – 34%, de 2016 a 2018 –, que se relaciona com a mudança de acesso ao serviço.

Após alguns meses da implementação do AA, percebeu-se que as demandas burocráticas, como renovação de receitas; confecção de relatórios de dispensação de insumos ou de benefícios sociais; e resultados de exames sem alterações, consumiam um grande

tempo do atendimento dos médicos e dos enfermeiros. Em reuniões com a equipe, foram traçadas diversas estratégias para retirar essas demandas dos horários de atendimentos e criaram-se grupos resolutivos por equipe em que, uma vez por semana, médico e enfermeiro convocam os usuários com essas demandas, e juntos atendem de forma mais rápida e resolutiva mais usuários em menor tempo.

O uso de recursos tecnológicos, como o prontuário eletrônico em que as pessoas são cadastradas na recepção, favoreceu a comunicação e a gestão da agenda, bem como a segurança do usuário; porém, a ausência deste recurso não foi um impeditivo para a implementação do AA, pois em 2016 não havia sido instituído o prontuário eletrônico nesta unidade e, para ajudar na comunicação, naquele primeiro momento foi utilizado um aplicativo do Google® – o *Hangouts* – pelas equipes, recepção, gerência e farmácia para tratar de questões administrativas.

Foi necessário revisar a estrutura física da unidade, a fim de aproximar os consultórios dos profissionais da mesma equipe e da equipe de referência, durante os atendimentos. Essa mudança contribuiu para a discussão dos casos, quando necessário. Além disso, todos os consultórios foram organizados e abastecidos com equipamentos e insumos padronizados, de forma a atender a qualquer fase da vida e possibilitar a realização de diversos procedimentos, o que otimizou o tempo de atendimento e facilitou a resolução dos casos.

Os momentos de reunião com as equipes, também proporcionaram muitas reflexões e questionamentos acerca do papel de cada profissional no serviço e de quem seriam os profissionais mais adequados para atender da melhor forma determinada demanda de saúde. Com isso, o foco dessa nova organização do serviço, a partir da implementação do AA, passou a ser multiprofissional, ressaltando a importância de cada categoria profissional no cuidado das pessoas.

Quando os usuários procuravam o serviço para solicitar atendimento, eram informados que seriam atendidos pela equipe

de referência, podendo ser com o médico ou com o enfermeiro. Os profissionais recebiam aleatoriamente os usuários para atendimento e, quando necessário, realizam interconsulta. Esta, foi uma das ferramentas que passou a ser utilizada e estudada pelas equipes para facilitar o acesso e compor o cuidado prestado às pessoas de maneira mais resolutiva e dinâmica, possibilitando a troca de saberes e compartilhamento da responsabilidade sobre os casos (FARIAS; FAJARDO, 2015).

Alguns meses após a implementação da agenda, foram identificadas fragilidades em relação ao manejo clínico do enfermeiro, pois, antes das mudanças estabelecidas, eles atendiam apenas a determinadas demandas divididas em ciclos de vida, por exemplo: consultas de pré-natal, puericultura, consulta de saúde da mulher com foco no procedimento do Papanicolau. No modelo anterior, os enfermeiros eram escalados diariamente para fazer uma escuta inicial e identificar o risco em saúde dos usuários, encaminhando-as, na maioria dos casos, para o médico que estivesse na referência no acolhimento. Ambos os profissionais se baseavam, em grande parte, apenas nas queixas pontuais e agudas.

Desse modo, foi importante repensar o papel do enfermeiro dentro desse novo modelo de acesso, para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, qualificada para além dos protocolos da prefeitura municipal de São Paulo e que estivesse dentro de suas competências legais. Com esse objetivo foram realizadas oficinas de trabalho, como estratégia de educação permanente, para discussão de casos com a equipe assistencial e para a adoção de práticas em busca das melhores evidências científicas.

A equipe também desenvolveu normas e protocolos internos que apoiaram a prática do exercício profissional e da organização do processo de trabalho das equipes. Os enfermeiros sentiram-se mais seguros e preparados pelas oficinas realizadas, pelos protocolos desenvolvidos e nas consultas compartilhadas com diferentes profissionais. Concomitante a isso, percebeu-se a necessidade de capacitar também os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim, foram desenvolvidas



oficinas de trabalho para esses profissionais, possibilitando a reflexão sobre seus papéis no AA e a qualificação das suas práticas. Da mesma forma, os médicos também foram capacitados para a realização de procedimentos no âmbito da APS, potencializando o seu papel, aumentando sua resolutividade e a integralidade do cuidado ao usuário.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) adotou o novo modelo de flexibilização da agenda, com mais consultas do dia do que agendadas, o que favoreceu a disponibilidade destes profissionais para atender às necessidades das equipes e dos usuários no dia em que os procuravam, deixando de ser apenas apoio matricial em períodos agendados.

Sendo assim, todo este processo de implantação do modelo de AA requereu da equipe e, principalmente, da liderança local: conhecimento teórico, habilidade de negociação, recursos tecnológicos, motivação para a mudança e recursos humanos disponíveis.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da experiência da implantação do AA para qualificação do acesso à saúde nesta UBS apresentada neste capítulo, foi possível concluir que a implementação dessa estratégia pode contribuir significativamente para a melhoria do cuidado em saúde. A partir do AA, os usuários têm a possibilidade de receber atendimento mais rápido e eficiente, o que pode levar a uma redução dos custos com a saúde e, conseqüentemente, a uma melhoria na qualidade de vida da população.

Além disso, a estratégia pode ajudar a desafogar as emergências hospitalares, que muitas vezes recebem usuários que poderiam ser atendidos na APS. Dessa forma, é essencial que os gestores públicos e os profissionais de saúde estejam empenhados em implementar e aprimorar o AA, a fim de garantir uma assistência à saúde mais justa e equitativa para todos.

## REFERÊNCIAS

BRETON, Mylaine et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6:10 (3): E799-E806, 2022.

CASTRO, Denise Maria Campos de Lima. **Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado** [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS. 92 p., 2021.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos 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, v. 15, n. 42, 2020.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Gestão & Saúde**, p. 2075-2093, 2015.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p. 185-213, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Acesso avançado na prática: guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo. São Paulo: EE/USP, 2023.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo - EPM (UNIFESP - EPM), Especialista em Saúde da Família, pela mesma universidade (UNIFESP- EPM). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MPAPS- EEUSP), Pós-graduanda em MBA de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (POLI - USP), Gerente de Unidade Básica de Saúde-SP, Hospital Israelita Albert Einstein / Prefeitura Municipal de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/8266030205384926>

<sup>2</sup> Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

<sup>3</sup> Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no programa Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, <http://lattes.cnpq.br/1817703149879658>

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>