



efdeportes.com

Lecturas: Educación Física y Deportes

ISSN 1514-3465

Experiências da equipe multidisciplinar com a implantação do acesso avançado na atenção primária à saúde

Experiences of the Multidisciplinary Team with the

Implementation of Advanced Access in Primary Health Care

**Experiencias del equipo multidisciplinario con la implementación
del acceso avanzado en la atención primaria de la salud**

Larayne Gallo Farias Oliveira*

larayne@usp.br

Lislaine Aparecida Fracolli**

lislaine@usp.br

Leticia Aparecida da Silva***

silva.leticia@gmail.com

*Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

**Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP)

Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem
em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem,

***Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)
(Brasil)

Recepção: 01/02/2023 - Aceitação: 25/03/2023

1^a Revisão: 14/03/2023 - 2^a Revisão: 22/03/2023



Documento acessível. Lei N° 26.653. WCAG 2.0



Este trabalho está sob uma licença Creative Commons
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt>

Citação sugerida: Oliveira, L.G.F., Fracolli, L.A., e Silva, L.A. da (2023). Experiências da equipe multidisciplinar com a implantação do acesso avançado na atenção primária à saúde.

Lecturas: Educación Física y Deportes, 28(300), 182-192. <https://doi.org/10.46642/efd.v28i300.3855>

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para orientar a organização do sistema de saúde. Neste sentido, países desenvolvidos têm reorganizado o acesso na APS através do uso do modelo Acesso Avançado (AA). Este protocolo buscou identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre as experiências da equipe multidisciplinar com o processo de implementação do modelo de acesso avançado na APS. Trata-se de um protocolo de revisão sistemática qualitativa elaborado a partir das orientações do Instituto Joana Brigs para revisões sistemáticas de evidências qualitativas e usando a lista de verificação de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa. A estratégia de busca terá como objetivo localizar literatura publicada e cinzenta. Estes serão agrupados em categorias e sintetizados com a utilização do JBI SUMARI® pela abordagem de meta-agregação. Estes resultados serão então submetidas à síntese para produzir um conjunto único, abrangente e não redundante de achados que apresente uma base para a prática baseada em evidências.

Unitermos: Acesso avançado. Acesso livre. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Primary Health Care (PHC) is a strategy to guide the organization of the health system. In this sense, developed countries have reorganized access to PHC through the use of the Advanced Access (AA) model. This protocol sought to identify and synthesize the best available evidence on the experiences of the multidisciplinary team with the process of implementing the advanced access model in PHC. This is a qualitative systematic review protocol based on the Joana Brigs Institute guidelines for systematic reviews of qualitative evidence and using the JBI critical review checklist for qualitative research. The search strategy will aim to locate published and gray literature. These will be grouped into categories and synthesized using JBI SUMARI® through the meta-aggregation approach. These results will then be subjected to synthesis to produce a single, comprehensive and non-redundant set of findings that provides a basis for evidence-based practice.

Keywords: Advanced access. Open access. Primary Health Care.

Resumen

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia para orientar la organización del sistema de salud. En este sentido, los países desarrollados han reorganizado el acceso a la APS mediante el uso del modelo de Acceso Avanzado (AA). Este protocolo buscó identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre las experiencias del equipo multidisciplinario con el proceso de implementación del modelo de acceso avanzado en la APS. Este es un protocolo

de revisión sistemática cualitativa desarrollado con base en las guías del Instituto Joana Brigs para revisiones sistemáticas de evidencia cualitativa y utilizando la lista de verificación de evaluación crítica de JBI para investigación cualitativa. La estrategia de búsqueda tuvo como objetivo localizar literatura publicada y gris. Estas se agruparán en categorías y se sintetizarán utilizando JBI SUMARI® a través del enfoque de metaagregación. Estos resultados luego se someterán a una síntesis para producir un conjunto de hallazgos único, completo y no redundante que proporcione una base para la práctica basada en la evidencia.

Palabras clave: Acceso avanzado. Acceso abierto. Atención Primaria de la Salud.

Lecturas: *Educación Física y Deportes*, Vol. 28, Núm. 300, May. (2023)

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia fundamental para orientar a organização do sistema de saúde. Atender as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais (Starfield, e Shi, 2002). É imprescindível uma boa organização dos serviços de APS. (Macinko, Starfield, e Shi 2003)

No Brasil, após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) a APS passou a usar o termo atenção básica (AB) em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação para consolidar os princípios regimentares do SUS: universalidade, equidade e integralidade. (Giovanella et al., 2009)

A partir de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) para atuação em território definido com uma equipe multidisciplinar, a AB converteu-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (Macinko, Starfield, e Shi 2003). No entanto, em 2006, tornou-se estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da AB após a instalação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). (Escorel, Giovanella, Mendonça, e Senna, 2007; Brasil, 2011)

Várias reorganizações foram elencadas ao SUS ao longo do tempo a fim de assegurar o cumprimento dos princípios doutrinários de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (Mendes, 2010). No entanto, estudos discutem que o acesso aos serviços de saúde tem sido vinculados à fatores socioeconômicos, barreiras geográficas e as crescentes demandas de saúde da população (Stein, e Ferri, 2017; Tomasi et al., 2011). Tais prerrogativas apontam para diferenças socioeconômicas e sérias desigualdades no acesso à atenção à saúde. (Rasella et al., 2014)

Neste sentido, países desenvolvidos têm reorganizado o acesso na APS através do uso da tecnologia leve Acesso Avançado (AA). Este modelo visa reorganizar a oferta de acesso aos serviços de saúde reconstruindo as agendas dos profissionais (Murray, e Tantau, 2000). Estes autores partem da premissa "Faça hoje o

trabalho de hoje” para que o usuário seja atendido no mesmo dia ou em até 48 horas, desde que haja contato com a sua equipe de saúde favorecendo a continuidade do cuidado, para redução das faltas e diminuição significativa das filas. É baseado em cinco princípios norteadores: equilibrar a oferta de serviços; redução do backlog acumulado; reformular o sistema de agendamento; desenvolvimento de planos de contingência; e incorporar a prática interprofissional. Em contrapartida, a lógica do sistema tradicional é “faça o trabalho dos últimos meses, hoje” com uma agenda saturada por pessoas que foram marcadas previamente. (Mendes, 2019)

Os pesquisadores australianos discutem que a demanda por consultas é finita, previsível e pode ser moldada (Knight et al., 2011). Eles apontam cinco passos para o acesso avançado: verificar a demanda e a capacidade da clínica; adaptar-se à demanda; fazer com que a capacidade da clínica reformule a demanda; diminuir o tempo de espera; e ter um plano de contingência.

No entanto, a realidade brasileira é diferente e inclui as medidas da Nova PNAB (Brasil, 2017) que considera processos que aumentem a competência clínica e fortaleçam práticas de micro regulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e limita que cada eESF (equipe Estratégia Saúde da Família) compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias, deve ser responsável por 2.000 a 3.5000 pessoas. Ou seja, há uma desproporção discursiva entre a garantia do acesso e outras atividades as quais estas eESF estão inseridas (promoção, prevenção, coordenação do cuidado, educação permanente, matrículamentos etc.). São imprescindíveis profissionais em número satisfatório (Tesser, e Norman, 2014), ajustes deste modelo para a realidade brasileira com o diagnóstico da comunidade e o estudo da demanda (Ecco Canuto et al., 2021) e a necessidade de envolvimento dos atores na compreensão da necessidade da mudanças. (Mendes, 2019)

Neste sentido, o AA atua entre a oferta e a demanda por meio de uma estratégia oposta e inerente a outros modelos de agendamento e protege a capacidade futura trazendo todo o trabalho atual para o tempo presente (Murray, e Berwick, 2003). Para estes autores, ao atender as demandas reais e do momento, as consultas passam a ficar mais objetivas. Sendo assim, este modelo proporciona maior satisfação das equipes por sentirem-se mais resolutivas, e dos usuários por terem suas necessidades atendidas (Mendes, 2019; Rocha, Bocchi, e Godoy, 2016; Tesser, e Norman 2014) e diminui os custos pela redução da demanda aos serviços de urgência. (Abou Malham et al., 2020)

Nesta perspectiva, o AA parece ser o mais promissor ao equacionar capacidade e demanda, com redução do tempo de espera (Rocha, Bocchi, e Godoy, 2016; Vieira-da-Silva et al., 2010). Tesser, e Norman (2014) discutem que o AA pode ser ajustado a qualquer localidade, e que mesmo se a demanda exceder a capacidade em um determinado dia, e a procura extrapolar a capacidade de atendimento constantemente, nenhum sistema vai funcionar, nem no modelo tradicional, nem no modelo de AA. No mesmo sentido, esses autores corroboram que embora a oferta de serviços de saúde seja insuficiente, simples modificações no sistema de agendamento de consultas e na forma como os usuários são recebidos tornam-se suficientes para impedir filas e sofrimento humano. Para Dearing (2009) o modelo deve ser adequado ao cenário onde

será instituído.

Estudos por pesquisadores canadenses que implantaram o AA na região de Quebec, demonstraram um sucesso considerável na melhoria da atenção dos usuários (Gaboury et al., 2021). No entanto, nesta realidade apenas os médicos e os enfermeiros que adotaram este modelo e indicam a necessidade de mudanças organizacionais afim de uma melhor colaboração interprofissional com abordagem em equipe (Breton et al., 2021). Estudos apontam considerações negativas ao uso do modelo que incluem sofrimento do profissional e em sua “alienação perante o território” e o cuidado integral em saúde, além do incentivo ao modelo biomédico e a “medicalização social”. (Breton et al., 2021; Gaboury et al., 2021)

Conhecer as experiências da equipe multidisciplinar com o processo de implantação do modelo de AA na APS são os fatores motivadores para esta revisão sistemática. Neste estudo, serão considerados os aspectos teórico-organizacionais, assim como as vivências, benefícios, desafios, potencialidades e fragilidades deste modelo para estes profissionais.

Uma pesquisa preliminar foi realizada no Cochrane Database of Systematic Reviews, no Open Science Framework (OSF), Epistemonikos e na Síntese de Evidências do JBI mas não foram identificadas revisões sistemáticas sobre o tema. Existe uma revisão de escopo em andamento na OSF sobre o AA na APS, no entanto explora a literatura internacional relacionada ao uso do AA na APS.

O objetivo desta revisão sistemática qualitativa será de identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre as experiências da equipe multidisciplinar com o processo de implantação do modelo de AA na APS.

Questão de investigação

Quais as experiências da equipe multidisciplinar com o processo de implantação do modelo de AA na Atenção Primária à Saúde?

Metodologia

Trata-se de um protocolo de revisão sistemática qualitativa será conduzida de acordo com a metodologia JBI (Joanna Briggs Institute) para revisões sistemáticas de evidências qualitativas e usando a lista de verificação de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa do Sistema JBI para a Gestão Unificada, Avaliação e Revisão da Informação (JBI SUMARI; JBI, Adelaide, Austrália). Este protocolo foi registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews - PROSPERO, com número: CRD42023391711.

Critérios de inclusão

Serão incluídos estudos com população composta por equipe multidisciplinar que no Brasil são

conhecidas como Equipes de Saúde da Família (eSF) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Estas equipes são compostas por: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Estas equipes podem ser chamadas de equipes multiprofissionais.

Fenômeno de interesse

É o modelo de Acesso Avançado (AA), e todos os subtipos que o correspondem, a saber: Book on the day, Carve-out, Supersaturate e Open Acces. Serão incluídos estudos que exploram os aspectos teórico-organizacionais da implantação do AA: aspectos teóricos (análise de fatores internos e externos; crenças; valores; e os marcos de referências nacionais e internacionais); aspectos organizacionais (fluxo de informações; gerência dos serviços; reuniões de equipe; recursos humanos; recursos financeiros; espaço físico e infraestrutura; processos de trabalho em saúde; características dos usuários). Inclui vivências, benefícios, desafios, potencialidades e fragilidades do modelo de AA que são considerados relevantes pelos profissionais das equipes.

Contexto

É a APS que é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (World Health Organization, 2003). Em outros países podem ser chamados de Serviços de Cuidados Primários.

Tipo de estudo

Este estudo considerará todos os estudos em que os dados qualitativos foram coletados, abrangendo, mas não limitado a, projetos com paradigmas da fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação, pesquisa feminista, análise do discurso e descrições qualitativas. Também consideraremos estudos de métodos mistos sobre o fenômeno de interesse. A literatura cinzenta também incluirá trabalhos acadêmicos, teses e dissertações, relatórios de pesquisas e comitês, relatórios governamentais e documentos de conferências.

Avaliação da confiabilidade dos dados

Os resultados sintetizados finais serão classificados de acordo com a abordagem ConQual para

determinar o nível de confiança no resultado da síntese da pesquisa qualitativa e apresentados em um Resumo dos Resultados.

Resultados

Estratégia de busca

A estratégia de busca terá como objetivo localizar literatura publicada e cinzenta. As bases de dados a serem pesquisadas incluem: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Embase, Scopus, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A busca por estudos não publicados incluirá: Google Scholar, Banco de Teses da Capes, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e Open Access Theses and Dissertations (OATD).

O ponto de corte inicial serão os estudos publicados a partir do ano 1998, momento em que iniciaram os primeiros estudos que apontaram para temática. Para títulos e resumos considerados relevantes para a triagem para os quais não seja possível obter traduções para o português, espanhol e inglês, haverá esforços para entrar em contato com os autores do estudo e buscar sua ajuda para determinar se seus achados são relevantes para esta revisão. Caso sejam considerados relevantes, serão traduzidos para o português em inglês para que os estudos e achados possam ser incluídos na revisão. Estudos que não estejam disponíveis nestes idiomas para os quais não seja possível obter assistência do autor ou traduções serão registrados na revisão. As listas de referências de todos os achados será examinada para estudos adicionais que sejam relevantes para esta revisão.

Foi realizada uma busca preliminar sob a orientação de uma bibliotecária nas bases Medline via PubMed e CINAHL a fim de verificar a disponibilidade de estudos que tratem da temática sendo identificados 174 estudos (Quadro I).

Quadro I

Base de dados	Estratégia	Resultado
CINAHL	"advanced access" OR "open access" "same-day scheduling" "timely access" and "AA implementation"	81
PUBMED	("advanced access"[All Fields] OR "same-day scheduling"[All Fields] OR "AA implementation"[All Fields] OR "timely access"[All Fields]) AND ("Patient Care Team"[MeSH Terms]	93

	OR "Patient Care Team"[Text Word] OR "Health Personnel"[MeSH Terms] OR "Health Personnel"[Text Word]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "primary healthcare"[Text Word] OR "primary care"[Text Word])	
--	--	--

Fonte: Dados de pesquisa

Seleção dos estudos

Todos os estudos serão coletados pelo Software Rayyan® onde as duplicatas serão removidas. Para o teste piloto as pesquisadoras selecionarão 20 estudos aleatoriamente de forma independente. Estes irão discutir os resultados da testagem piloto até chegarem a um consenso maior ou igual a 75%. Todos os títulos e resumos incluídos serão selecionados por duas pesquisadoras independentes com base nos critérios elegíveis de inclusão e exclusão.

Estudos potencialmente relevantes serão coletados para o Software Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI®). Estes serão avaliados detalhadamente por 2 revisoras. Havendo quaisquer divergências entre os avaliadores em cada etapa do processo de seleção serão resolvidas por meio de discussão ou por um terceiro avaliador. Os motivos de exclusão de estudos com texto completo que não atendem aos critérios de inclusão serão registrados e relatados na revisão sistemática. Os resultados da busca e do processo de inclusão dos estudos serão relatados na íntegra na revisão sistemática final e apresentados em um fluxograma dos Principais Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises - PRISMA. (Page et al., 2021)

Avaliação da qualidade metodológica

Os estudos elegíveis serão avaliados por 2 pesquisadoras independentes quanto à qualidade metodológica usando a lista de verificação de avaliação crítica padrão do JBI para pesquisa qualitativa que é composta por 10 perguntas, cada uma com 4 opções de resposta: Y, indicando "sim"; N, indicando "não"; U, indicando "incerto"; e NA, indicando "não aplicável". Quando houver divergências estas serão resolvidas por meio de discussão ou pelo crivo de uma terceira pesquisadora. Os resultados da avaliação crítica serão relatados em formato de narrativa e quadro. Todos os estudos, independentemente dos resultados da qualidade metodológica, serão submetidos à extração e síntese de dados, quando for possível. Será realizado um registro de todos os estudos incluídos com detalhes quanto ao: título, autor, cenário do estudo e os principais resultados do estudo original.

Após a avaliação crítica, serão incluídos apenas os estudos para os quais as respostas são "sim" para as

questões: Q2 (Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a questão ou objetivos de pesquisa?), Q3 (Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos usados para coletar os dados?), Q4 (Há congruência entre a metodologia da pesquisa e a representação e análise dos dados?), Q5 (Há congruência entre a metodologia da pesquisa e a interpretação dos resultados?), Q8 (Os participantes e suas vozes estão adequadamente representados?), e Q9 (A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, há evidência de aprovação ética por órgão apropriado?).

Extração dos dados

Os dados extraídos por 2 pesquisadoras independente através do Software JBI SUMARI® e incluirão detalhes específicos sobre os participantes, contexto, métodos de estudo e os fenômenos de interesse com base nas questões e objetivos da revisão. Quando houver discordâncias serão tratadas com a 3 pesquisadora.

No caso de haver ausência de dados, ou quaisquer modificações ou características adicionais nos dados extraídos, será registrado na revisão sistemática qualitativa. As descobertas e ilustrações serão textuais com inclusão do número de página.

Conclusão

Os resultados serão agrupados em categorias e sintetizados com a utilização do JBI SUMARI® pela abordagem de meta-agregação. Apenas resultados inequívocos e confiáveis serão selecionados como resultados apropriados de elementos de síntese para desenvolver categorias para resultados que sejam suficientemente semelhantes. Essas categorias serão então submetidas à síntese para produzir um conjunto único, abrangente e não redundante de achados que apresente uma base para a prática baseada em evidências.

Referências

Abou Malham, S., Breton, M., Touati, N., Maillet, L., Duhoux, A., e Gaboury, I. (2020). Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z>

Brasil, Ministério da Saúde (2017). A nova Política Nacional de Atenção Básica-PNAB.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html

Breton, M., Gaboury, I., Sasseville, M., Beaulieu, C., Abou Malham, S., Hudon, C., Rodrigues, I., Maillet, L., Duhoux, A., e Haggerty, J. (2021). Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. *BMJ Open*, 11(11), e046411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046411>

Dearing, J.W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 503-518. <https://doi.org/10.1177/1049731509335569>

Ecco Canuto, L., Silva, A.F.L. da, Pinheiro, L.S.P., Canuto Júnior, J.C.A., e Santos, N.L.P. dos (2021). Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 2378. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378)

Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M.H.M. de, e Senna, M. de C.M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2-3). <https://doi.org/10.1590/s1020-498920070002000114>

Gaboury, I., Breton, M., Perreault, K., Bordeleau, F., Descôteaux, S., Maillet, L., Hudon, C., Couturier, Y., Duhoux, A., Vachon, B., Cossette, B., Rodrigues, I., Poitras, ME, Loignon, C., e Vasiliadis, HM (2021). Interprofessional advanced access - a quality improvement protocol for expanding access to primary care services. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06839-w>

Giovanella, L., Mendonça, MHM, Almeida, PF, Escorel, S., Senna, MCM, Fausto, MCR., Delgado, MM, Andrade, CLT, Cunha, MS, Martins, MIC, e Teixeira, CP (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 783-794. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

Knight, A., e Lembke, T. (2011). Appointments Getting it right. *Aust Fam Physician*, 40(1), 20-3. <https://www.racgp.org.au/afp/2011/january-february/appointments>

Macinko, J., Starfield, B., e Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>

Mendes, E.V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>

Mendes, E.V. (2019). *Desafios do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>

Murray, M., e Berwick, D.M. (2003). Advanced Access. *JAMA*, 289(8), 1035. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>

Murray, M., e Tantau, C. (2000). Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family Practice Management*, 7(8), 45-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11183460/>

Page, MJ, McKenzie, JE, Bossuyt, PM, Boutron, I., Hoffmann, TC, Mulrow, CD, Shamseer, L., Tetzlaff, JM, Akl, EA, Brennan, SE, Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, JM, Hróbjartsson, A., Lalu, MM, Li, T., Loder, EW, Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, LA, Stewart, LA, Thomas, J., Tricco, AC, Welch, VA, Whiting, P., e Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372(71), n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Rasella, D., Harhay, M.O., Pamponet, M.L., Aquino, R., e Barreto, M.L. (2014). Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, 349(jul03 5), g4014-g4014. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>

Rocha, S.A., Bocchi, S.C.M., e Godoy, M.F. de (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 87-111. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000100007>

Starfield, B., e Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201-218. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00208-1)

Stein, A. T., e Ferri, C. P. (2017). Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-4. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586)

Tesser, C.D., e Norman, A.H. (2014). Rethinking the access to healthcare in the Family Health Strategy. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 869-883. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>

Tomasi, E., Facchini, LA, Thumé, E., Piccini, RX, Osorio, A., Silveira, DS, Siqueira, FV, Teixeira, VA, Dilélio, AS, e Maia, MFS (2011). Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4395-4404. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>

Vieira-da-Silva, L.M., Chaves, S.C.L., Esperidião, M.A., e Lopes-Martinho, R.M. (2010). Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(12), 1100-1105. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.097220>

World Health Organization (2003). *The World health report: 2003: shaping the future*. WHO.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>

Lecturas: Educación Física y Deportes, Vol. 28, Núm. 300, May. (2023)