



Contemporânea

Contemporary Journal

3(10): 18396-18411, 2023

ISSN: 2447-0961

Artigo

“FAÇA HOJE, O TRABALHO DE HOJE”: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO

“DO TODAY’S WORK TODAY”: EXPERIENCE REPORT ON THE IMPLEMENTATION OF THE ADVANCED ACCESS MODEL

DOI: 10.56083/RCV3N10-094

Recebimento do original: 15/09/2023

Aceitação para publicação: 19/10/2023

Larayne Gallo Farias Oliveira

Mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo – SP

E-mail: larayne@usp.br

Thaynara Silva dos Anjos

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo – SP

E-mail: thaynaranjos@usp.br

Jerusa Costa dos Anjos

Mestra em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS pela Universidade de São Paulo (USP)

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo – SP

E-mail: jerusacs@usp.br

Lislaine Aparecida Fracolli

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP)

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo – SP

E-mail: lislaine@usp.br



RESUMO: A garantia do acesso aos serviços de saúde é um tema de grande relevância por se tratar de um direito a ser assegurado. Como ferramenta para equacionar a oferta e a demanda por procura aos serviços, surgiu o Acesso Avançado (AA) como uma ferramenta para reestruturar as agendas profissionais. Este estudo trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, do tipo relato de experiência sobre a implantação do Modelo AA na UBS Jardim Mitsutani. A preparação prévia dos profissionais e o curto período de formação contribuíram para uma transição mais suave, embora houvesse preocupações sobre a capacidade de atender à demanda e o acompanhamento de pacientes crônicos. Apesar dos desafios, a implantação do AA na região teve resultados positivos, como a redução do absenteísmo, diminuição do tempo de espera por consulta, aumento da satisfação de alguns usuários e maior número de atendimentos aos usuários do território e de outros lugares. No entanto, a pandemia afetou a implementação do modelo. Sendo assim, a implementação do modelo de AA não foi estática e requer avaliação contínua e estratégias gerenciais para superar desafios e se adaptar às circunstâncias em evolução.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Modelo de Acesso Avançado.

ABSTRACT: Guaranteeing access to health services is a topic of great relevance as it is a right to be guaranteed. As a tool to balance supply and demand for services, Advanced Access (AA) emerged as a tool to restructure professional agendas. This study is a retrospective, descriptive, experience report type study on the implementation of the AA Model at UBS Jardim Mitsutani. The prior preparation of professionals and the short training period contributed to a smoother transition, although there were concerns about the ability to meet the demand and follow-up of chronic patients. Despite the challenges, the implementation of AA in the region had positive results, such as reduced absenteeism, reduced waiting time for appointments, increased satisfaction among some users and a greater number of services provided to users in the territory and elsewhere. However, the pandemic affected the implementation of the model. As such, the implementation of the AA model has not been static and requires continuous assessment and management strategies to overcome challenges and adapt to evolving circumstances.

KEYWORDS: Access to Health Services, Primary Health Care, Advanced Access Model.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.



1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de cuidados no sistema de saúde e engloba uma variedade de ações, programas, estratégias e políticas (ALMEIDA *et al.*, 2019). Essas iniciativas são implementadas por equipes multiprofissionais que se dedicam a promover a comunicação entre diferentes setores, gerenciar o cuidado e, quando necessário, encaminhar os usuários para outros níveis de atenção à saúde (PORTELA, 2017).

A APS é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), que fornecem assistência aos indivíduos e comunidades em uma área geográfica específica (GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021). Essa abordagem é orientada pelos atributos essenciais da APS, que incluem o acesso de primeiro contato, a continuidade do cuidado ao longo do tempo, a abrangência das necessidades de saúde e a coordenação efetiva do cuidado (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a estrutura da saúde é concebida para atender às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, levando em consideração a complexidade dessas necessidades (LIMA *et al.*, 2018). Esse sistema se baseia nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, que norteiam os serviços e ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para que todos tenham acesso aos cuidados de saúde de forma igualitária, abrangendo todos os aspectos necessários para uma assistência integral e abrangente (PAIM, 2018).

Desta forma, a garantia do acesso aos serviços de saúde é um tema de grande relevância para a saúde coletiva e o SUS. É necessário reavaliar esse aspecto como um direito a ser assegurado, buscando uma regulamentação abrangente que incentive a pactuação local e a fiscalização por parte dos usuários e gestores. Além disso, é fundamental reduzir a carga de usuários por equipe, aprimorar os processos de trabalho e agendas dos profissionais, estabelecendo um equilíbrio entre o cuidado às demandas



imediatas com fácil acesso e outras ações programadas e/ou preventivas, como promoção da saúde, coordenação do cuidado, educação continuada e apoio especializado (TESSER; NORMAN, 2014; STARFIELD; SHI, 2002).

Como ferramenta para equacionar a oferta e a demanda por procura aos serviços, surgiu o Acesso Avançado (AA) como uma ferramenta para reestruturar as agendas profissionais. Este modelo possibilita a inclusão de novos usuários e reduz o índice de ausências (MURRAY; BERWICK, 2003). Estes autores revelam que a abstenção é um problema recorrente nos serviços e que pode chegar a 25% das consultas marcadas. Com o princípio de "Faça hoje, o trabalho de hoje", essa tecnologia foi concebida na década de 90 por Mark Murray e Catherine Tantau, especialistas em sistemas de acesso, fluxos e organização de processos de trabalho na área da saúde (MURRAY; TANTAU, 2000).

Este modelo é estruturado em cinco fundamentais, com o planejamento abrangente para necessidades, suprimentos e variações recorrentes, o ajuste regular da oferta à demanda, os processos de marcação e agendamento de consultas, a integração e otimização da prática colaborativa e a necessidade de comunicação sobre o AA e suas funcionalidades (BRETON *et al.*, 2022).

Neste sentido, este relato propõe descrever a implantação do AA na UBS Jardim Mitsutani a partir dos discursos da equipe multidisciplinar. Esta experiência desta UBS foi realizada a partir de uma visão abrangente e fundamentada a partir de estudos científicos, que embasaram as ações realizadas e os processos adotados para aprimorar o atendimento e a acessibilidade dos usuários. Tal experiência poderá contribuir para o compartilhamento de boas práticas e para a disseminação de conhecimentos entre profissionais de saúde, auxiliando na replicação bem-sucedida dessa abordagem em outras unidades de saúde.



2. Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, do tipo relato de experiência sobre a implantação do Modelo AA na UBS Jardim Mitsutani através de uma parceria da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP).

A UBS Jardim Mitsutani é uma unidade de saúde muito extensa que compreende uma população entre 35 – 45 mil habitantes sendo 58,9% SUS dependentes (SBIBAE, 2022). A UBS Jd. Mitsutani foi inaugurada em 1992, a fim de atender a população dos bairros de Jd. Rosana, Jd. Mitsutani e Jd. Maria Sampaio, situados no extremo sul da Capital paulista fazendo limite territorial com os municípios de Taboão e Embu das Artes. A implantação da ESF teve início em 2001 por meio da parceria entre a SMS_SP e o Hospital Albert Einstein, mas permaneceu como Unidade Mista (ESF + Unidade de Atenção Básica tradicional) até 2014, quando por um esforço conjunto entre o parceiro e a secretaria municipal de saúde toda a área de abrangência foi coberta pela ESF, passando o serviço ser administrado exclusivamente pela SBIBAE.

Durante cerca de 20 anos, a UBS Jd. Mitsutani agregou uma UBS tradicional/com eESF no piso inferior e um serviço de IST/ Aids no piso superior. Apenas em 2012 o serviço de IST foi transferido para outro endereço. Atualmente, a UBS atende uma população de cerca de 36.000 pessoas conforme dados do IBGE/ano e conta com 11 equipes de ESF + 3 equipes saúde Bucal e 1 equipe de EMAB/ NASF.

A iniciativa de implantar o modelo de AA na UBS Jd Mitsutani, surgiu no ano de 2016, quando a Secretaria de Saúde do município de São Paulo propôs um projeto intitulado: “Desafio Mais Saúde na Cidade”, cujo objetivo era fortalecer a Atenção Básica no município por meio de melhorias nos processos de trabalho das UBS visando o alinhamento dos serviços de saúde



com com as novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Humanização do SUS.

Naquela ocasião, a UBS Jd. Mitsutani, propôs trabalhar melhorias no acesso dos usuários ao serviço, como forma de responder ao projeto da secretaria de saúde, ao tempo em que buscava resolver uma necessidade da população do território adscrito que vinha manifestando insatisfação com o atendimento do serviço.

As informações foram coletadas mediante a realização de um grupo focal para coletar dados com a discussão e interação entre a equipe multidisciplinar acerca do AA, a partir das seguintes questões norteadoras:

- Como surgiu a ideia?
- Como era a unidade para sentir a necessidade de mudança?
- Qual o embasamento teórico e experiências para implantação?
- Quais instâncias necessárias para a liberação da mudança?
- Como a equipe / gestão / os usuários receberam essa ideia da mudança?
- Quais etapas realizadas para implantação (equipe / gestão / os usuários)?
- Foram necessárias mudanças na estrutura física e organizacionais para a mudança? Como foi feito? Houve treinamento das equipes? Divulgação para usuários?
- Como a gestão resolveu as questões de ajuste para período de férias, ausência?
- Quais mudanças percebidas após a implantação do AA?
- Houve redução de encaminhamentos para unidade da urgência? Tempo de espera? Taxa de absenteísmo? Outros indicadores?
- Como foi o processo de avanço da implantação para outras unidades? Como aconteceu? Houve resistência? Necessidades de mudança? Como foi a adesão para equipe / gestão / os usuários?



- O processo de implantação nas unidades ocorreu simultâneo? Como foi essa adesão em outras unidades e quais as motivações que elas tiveram para aderir a mudança?
- Todas as unidades que implantaram o AA perceberam melhora com a mudança?
- Como foi o AA na pandemia?
- Como percebem a implantação do AA na atualidade?
- Quais experiências exitosas em relação à implantação do AA e quais os pontos que precisam ser melhorados para a adequada implantação?
- Quais as perspectivas para o futuro do AA nas unidades referidas?

Este relato foi construído a partir dos documentos institucionais organizados para facilitar a logística de trabalho entre SBIBAE e SMSSP (fluxos e procedimentos operacionais), além dos relatos dos profissionais envolvidos nesta unidade. Ademais, foram cumpridas as normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 10477319.1.0000.5392, e recebeu financiamento pelo CNPq/DECIT sob o número 440347/2018-1.

3. Resultados

A ideia de implantação do AA surgiu como proposta da coordenadora da UBS a partir da experiência do modelo AA, do Estado de Santa Catarina e Curitiba, com embasamento teórico descrito por Murray e Tantau (2000). A discussão teve início em 2016 com a gestão do SBIBAE, seguindo para discussões e compartilhamento com a Supervisão Técnica de Saúde do Campo limpo (STSCCL), Coordenadoria de Saúde Sul (CRSul) e SMSSP.

A equipe multidisciplinar estava completa, bastante comprometida e com sensibilidade para novas ideias. A maioria dos médicos possuíam poucos



anos de formação e isso os tornava mais abertos a mudanças, o que facilitou a concordância com o desafio proposto. Além disso, os múltiplos momentos de discussão com a equipe e a análise conjunta de literaturas nacionais e internacionais sobre o assunto, trouxeram aos profissionais certa segurança pra embarcar nessa ideia.

Houve contestações e levantamento de barreiras, dificuldades e limitações; entre as principais preocupações estava a sensação de incapacidade de atender prontamente a grande número de demandas não programada, que provavelmente não caberia dentro das agendas da equipe. Outra preocupação, que já se cogitava naquela época, dizia respeito ao acompanhamento longitudinal de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM), uma vez que as agendas dos profissionais não mais contemplariam esse grupo como prioritários, podendo a vaga ser usada por qualquer usuário que demandasse atendimento.

A fim de testagem do novo modelo, o processo de implantação foi instalado em duas equipes pilotos. Essas equipes tiveram o desafio de suprir os agendamentos futuros já contidos em suas agendas conforme modelo tradicional e seguir atendendo as demandas que fossem surgindo no modelo AA. Inicialmente, a adequação das agendas ocorreu priorizando para agendamento 30% das vagas com foco em pé natal e puericultura, estas eram direcionadas preferencialmente aos profissionais da equipe irmã e posteriormente as outras equipes, caso necessário, logo a equipe irmã sofria alterações nas estruturas da agenda de forma a atender as demandas de quem saiu de férias. As demais 70% das vagas foram disponibilizadas para demanda espontânea. Esta era distribuída as demais equipes, o que não causava estranhamento visto que os demais profissionais sabiam que aquele período o profissional estava ausente.

Neste primeiro momento, os pacientes de demanda espontânea eram direcionados prioritariamente para atendimento em sua equipe de referência



podendo ser atendidos por outra equipe quando não houvesse vagas na sua e o mesmo não tivesse condições de retornar nas próximas 48 horas. A cobertura de 30% das vagas reservadas a pré-natal e puericultura era direcionada preferencialmente aos profissionais da equipe irmã e posteriormente as outras equipes, caso necessário- logo a equipe irmã sofria alterações nas estruturas da agenda de forma a atender as demandas de quem saiu de férias. A demanda espontânea era distribuída as demais equipes, o que não causava estranhamento visto que os demais profissionais sabiam que aquele período o profissional estava ausente.

Foram necessárias adequações na estrutura física e organizacional para a implantação, estas incluíram mudanças nas agendas, nas salas das equipes de forma que as equipes irmãs ficassem o mais próximas uma das outras já que trabalhariam em “conjunto”, divulgação a população e sala de espera, por o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelo conselho gestor da UBS.

Os principais resultados após a implantação do AA foram à redução do absenteísmo, redução do tempo de espera por consulta e aumento da satisfação de alguns usuários, com crítica de outros que “perderam” a oportunidade de agendar previamente sua consulta o que favorecia sua rotina pessoal. Ademais, houve impacto nos serviços de pronto atendimento da região (UPAS e AMAS/ PS Macedônia) visto que as queixas agudas passaram a ter espaço na UBS, com isto a UBS parecia mais cheia diariamente. A UBS passou a receber os usuários do território que não costumavam frequentar a UBS, assim como, de territórios vizinhos, de outras UBS, que procuravam atendimento espontâneo.

A partir da implantação nesta UBS, as demais UBS da parceria SIBAE foram sensibilizadas e progressivamente começaram a fazer a mesma trajetória, mas cada uma com suas particularidades. O processo de implantação nas demais unidades da parceria SIBAE não foi simultâneo, mas



foi progressivo, mesmo que com espaços curtos de diferença. A provável justificativa é devido às equipes estarem incompletas em outras unidades.

De maneira geral, as equipes perceberam a apropriação do atendimento de queixas agudas de baixa complexidade de usuários do território pela ESF com aumento de vínculo, diagnóstico mais assertivos e intervenções mais apropriadas com possibilidade de acompanhamento longitudinal. Observou-se também a diversificação da população atendida, com maior frequência de pacientes do território na UBS ao invés de usar outros serviços. Houve a ampliação das ações do enfermeiro e implantação da ferramenta de consulta compartilhada (interconsulta) como forma de viabilizar o atendimento integral e ampliar o acesso.

De acordo com a equipe, alguns pontos precisam ser melhorados para a adequada implantação. Dentre estes se destaca a gestão populacional com foco no atendimento das demandas do território; o uso de tecnologias para ampliar o acesso e facilitar para o usuário e profissionais (atendimentos não presenciais, agendamentos via telefone/e-mail, grupos de educação em saúde on-line etc.); a implantação de equipes irmãs para apoiar o cuidado e garantir o atendimento oportuno a despeito da disponibilidade do profissional de referência; a revisão e ampliação do protocolo de enfermagem aumentando a resolutividade destes profissionais; a capacitação profissional e educação permanente para garantir práticas assistenciais cada vez mais baseada em evidências; o apoio gerencial para manter comunicação frequente interna com os profissionais sobre a experiência com olhar para situações limitantes dando sustentabilidade ao modelo e evitando que ele gere adoecimento aos profissionais.

Quanto às perspectivas para o futuro do AA nesta unidade, isto dependerá da postura gerencial da parceria SIBAE com relação a este modelo e de como essa reestruturação será reapresentada às equipes assistenciais que no momento em consequência, do período de contingência da pandemia se sentem sobrecarregadas e com poucas energias para aplicar em um novo



desafio que exige muito desprendimento e doação, com resultados apenas a médio e longo prazo.

4. Discussão

A implantação do acesso avançado na região sul do município de São Paulo ocorreu paulatinamente, com avanços e desafios, inerentes a todo processo de adesão a uma nova tecnologia. Dentre eles, a resistência inicial das equipes e o processo de divulgação a população do novo acesso, dificuldades encontradas na literatura (RIO DE JANEIRO, 2020).

A apropriação do atendimento à demanda espontânea de usuários ainda é um ponto contraditório na percepção de alguns profissionais na APS. Há profissionais que acreditam que a ampliação do atendimento de queixas agudas, no momento em que o usuário necessitar e requerer o serviço, pode transformar a APS mais parecida com o pronto atendimento e desvirtuar os seus princípios. Dessa forma, os atendimentos de prevenção e as queixas agudas na APS são colocados de forma antagônica e que não podem ocupar o mesmo espaço (CAMARGO; CASTANHEIRA, 2020).

Cabe ressaltar, porém, que o atendimento a queixas agudas está no escopo de atendimento da APS, tornando-a mais resolutive (BRASIL, 2013). A falta de atenção à demanda espontânea nas unidades aponta a fragilidade do acesso e ocasiona a procura dos usuários por pronto atendimento, transferindo atendimentos que seriam da APS e superlotando os outros níveis de assistência (LIMA *et al.*, 2019).

Para garantir uma assistência bem embasada e a aproximação dos profissionais com o AA, é necessário capacitação profissional e educação permanente, que discuta o modelo com a equipe (STELET *et al.*, 2022). A educação permanente possibilita a discussão entre os profissionais utilizando situações do cotidiano de trabalho, contribuindo para a troca de experiências e o diálogo de saberes com outras profissões. Assim, a educação permanente



apresenta-se como ferramenta de empoderamento profissional, sendo reconhecido pelos próprios profissionais quanto a sua importância. A Telessaúde é a fonte mais utilizada nesse sentido (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019).

A comunicação não presencial com os usuários também é uma ferramenta necessária para o adequado desenvolvimento do AA. A oferta de serviços através da comunicação não presencial entre equipe e usuários é uma das formas de fortalecer a assistência na APS (TASCA *et al.*, 2020) e necessário no processo de implantação do AA. Nesse sentido, utiliza-se a teleconsulta como ferramenta para ampliar o acesso e contribuir na continuidade do cuidado já iniciado na APS, ofertando assistência qualificada, segura e eficaz. Existem desafios na teleconsulta, principalmente ruídos na comunicação, inerentes ao meio eletrônico, mas os benefícios referentes a melhora no acesso, na acessibilidade geográfica e na acessibilidade organizacional dos serviços superam os desafios (ZLUHLAN *et al.*, 2023).

A “Equipe Irmã” é mais uma estratégia dentro do AA para ampliar o acesso, contribuindo com a melhora no vínculo entre profissional de saúde e usuário do serviço (GRANJA *et al.*, 2022). Nessa estratégia, sempre haverá profissional da equipe da área do usuário para atendê-lo, com médicos e enfermeiros alternando os horários de atendimento entre as equipes irmãs, dando cobertura uma a outra. Além de contribuir para aumentar o vínculo, melhora também a resolutividade das ações (SECRETARIA DA SAÚDE DE CURITIBA, 2014). A implantação de equipes irmãs deve ser fortalecida, contribuindo para apoiar o cuidado e garantir o atendimento oportuno a despeito da disponibilidade do profissional de referência.

A consulta compartilhada é outra ferramenta necessária do AA. Nessa ferramenta há uma união e compartilhamento dos saberes entre os profissionais da equipe de Atenção Básica e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e/ou Equipe Multiprofissional. A APS. Através dela a necessidade do paciente é discutida a partir dos vários saberes e as



condutas são traçadas para melhor resolução (LIMA, 2021). Apesar da utilização dessa ferramenta ser uma forma de viabilizar o atendimento integral e ampliar o acesso, ainda se faz necessário sua ampliação no cenário estudado.

Outro aspecto importante é que os profissionais reconheçam a necessidade do atendimento da população baseada nas demandas do território. Devem ser consideradas características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, entre outras. A partir do conhecimento do território é possível traçar o diagnóstico das necessidades bem como das possíveis intervenções e planejar a oferta de serviços conforme a necessidade específica daquela população, tanto a nível individual como coletivo. Essa responsabilidade cabe a todos os membros das equipes em diálogo com gestores e representantes da comunidade, proporcionando a redução dos problemas da população (DISTRITO FEDERAL, 2018).

5. Considerações Finais

O relato da implantação do AA na região sul do município de São Paulo aponta para os desafios enfrentados e estratégias para a implantação do novo modelo. A preparação prévia dos profissionais, aliado ao pouco tempo de formação profissional, facilitou o processo de mudança, trazendo maior segurança. Preocupações permearam os profissionais quanto a capacidade de atender a demanda e ao acompanhamento longitudinal de crônicos. Foram necessárias adequações na estrutura física e organizacional da unidade.

Apesar dos desafios, percebeu-se resultados positivos com a implantação do AA nessa região, como redução do absenteísmo, redução do tempo de espera por consulta e aumento da satisfação de alguns usuários,



maior número de atendimentos aos usuários do território e de outros territórios.

A pandemia vivenciada trouxe prejuízos a implantação do modelo de AA, sendo necessários adequação de alguns aspectos, como o foco no atendimento das demandas do território; o uso de tecnologias; a implantação de equipes irmãs; a revisão e ampliação do protocolo de enfermagem; a capacitação profissional e educação permanente; e o apoio gerencial. A implantação do modelo não é estática, exigindo avaliação e reavaliação do modelo para superação dos desafios que por vezes surgem, demandando estratégias gerenciais para superação e adequação.



Referências

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190600, 2020.

GOMES, Maria Alice Vaz; PINTO, Vinicius de Oliveira; CASSUCE, Francisco Carlos da Cunha. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1311-1322, 2021.

GRANJA, Gabriela Ferreira et al. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Distrito Federal: SES-DF, 2018.

LIMA, Ana Cláudia Medeiros Galvão de; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; BONFIM, Daiana. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

LIMA, Rejane Dionizio. Consulta compartilhada: numa dimensão biopsicossocial. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 55, p. 329-333, 2021.

LIMA, Juliana Gagno et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

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.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Experiências em educação permanente em saúde: o fazer em ato do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2020.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. **Responsabilidade Social: Atuação com a Prefeitura de São Paulo, Unidades Básicas de Saúde**. São Paulo; 2022.

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

STELET, Bruno Pereira et al. "Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 869-883, 2014.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

ZLUHLAN, Larissa Schmitt et al. Perception of nurses about nursing teleconsultation in primary care. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20220217, 2023.