

Bases de implantação e pilares de sustentação do Acesso Avançado: convite ao debate

Bases for implementation and pillars to support Advanced Access: An invitation to debate

Alexandre Ramiro Pinto¹, Larayne Gallo Farias Oliveira¹, Lislaine Aparecida Fraccolli¹, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610134P

RESUMO Este ensaio teórico objetiva apresentar e discutir aspectos acerca do modelo de agendamento de consultas conhecido como Acesso Avançado (AA), utilizado para melhorar o atributo acesso na Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, discorre sobre os modelos de acesso utilizados no Brasil e no contexto internacional, e apresenta o AA, após 27 anos de sua implantação como uma alternativa potente para facilitar o acesso dos usuários à APS. Os autores defendem o AA ao considerar que o modelo garante o acesso oportuno no momento em que o usuário necessita, aumenta o número de consultas, reduz o não comparecimento, reduz o tempo de espera. Sua eficácia depende de análise prévia, personalização ao ambiente, mudanças organizacionais, estruturais e adaptações dos profissionais em suas funções e rotinas, planejamento cuidadoso envolvendo gestores, profissionais e a população, além de capacitação e liderança comprometida. Conclui-se que sua correta aplicação pode melhorar o atributo acesso no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Acesso efetivo aos serviços de saúde. Acesso universal aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This theoretical essay aims to present and discuss aspects of the appointment scheduling model known as Advanced Access (AA), used to improve the access attribute in Primary Health Care (PHC). In this way, it discusses the access models used in Brazil and in the international context, and presents AA, after 27 years of its implementation as a powerful alternative to facilitate user's access to PHC. The authors defend AA by considering that the model guarantees timely access at the moment the user needs it, increases the number of appointments, reduces no-shows and reduces waiting times. Its effectiveness depends on prior analysis, customization to the environment, organizational and structural changes and adaptations by professionals in their roles and routines, careful planning involving managers, professionals and the population, as well as training and committed leadership. It is concluded that its correct application can improve the access attribute in the Unified Health System.

KEYWORDS Effective access to health services. Universal access to health services. Primary Health Care.

¹ Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE) - São Paulo (SP), Brasil.
alexandreramiro31@hotmail.com

Introdução

Alcançar o equilíbrio entre a elevada procura de atendimento e a disponibilidade de cuidados em saúde tem sido o maior problema a ser superado pelos sistemas de saúde¹. Esse equilíbrio está longe de ser alcançado, configurando um problema que vem se agravando há décadas, decorrente do elevado tempo de espera e dos atrasos, o que desencadeia dificuldade ou falta de acesso aos serviços de saúde^{2,3}.

A falta de acesso gera aumento do tempo de espera e atraso para o atendimento pelo profissional, o que produz filas de espera intermináveis^{2,3}, desistência do atendimento⁴ e aumento da taxa de não comparecimento³. Associadas a esses problemas, a elevação dos custos e a insatisfação dos usuários provocam resultados insatisfatórios nos serviços de saúde⁵.

Diante disso, questiona-se: como acontece o acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com uma população de mais de 212,6 milhões de habitantes? A responsabilidade imediata pela organização da APS é dos 5.568 municípios distribuídos em todo o território nacional. Isso significa que, embora haja uma Política Nacional de Atenção Básica, cada município tem o conhecimento das necessidades em saúde de sua população, e, por isso, contando com recursos financeiros advindos do próprio município e das esferas federal e estadual, são responsáveis pela organização de sua APS⁶.

Porém, estudos mostram que há um distanciamento entre o mundo ideal, citado anteriormente, e o que acontece de fato^{7,8}.

Além disso, a falta de acesso é resultado de outros elementos, como a baixa oferta de consultas, associada à dificuldade para realizar os agendamentos e à grande procura de atendimentos⁹. Esses elementos geram uma fila de espera que pode variar entre 30 a 40 dias na APS⁷.

Algumas inovações tecnológicas foram desenvolvidas para melhorar o acesso aos serviços de saúde. No contexto brasileiro, o Acesso Avançado (AA) tem sido implantado em alguns

serviços¹⁰⁻¹⁵. Inicialmente, em Florianópolis (SC), para proporcionar o acesso oportuno¹⁰, assim como em outras cidades, como Fortaleza (CE)¹¹, Recife (PE)¹², Rio de Janeiro (RJ)¹³, São Paulo (SP)¹⁴ e Porto Alegre (RS)¹⁵.

O AA foi idealizado nos Estados Unidos, em 1998, em um dos maiores planos de saúde privados da época, o *Kaiser* Permanente, como sendo uma nova tecnologia de gestão do acesso^{2,3}. Desenvolvido pelo médico Mark Murray e pela enfermeira Catharine Tantau^{2,3,16}, logo foi reconhecido e expandiu-se para a América do Norte¹⁷, Europa^{18,19} e Oceania²⁰.

Desenvolvido, inicialmente, com o propósito de superar o atraso no atendimento e eliminar as filas de espera^{2,3,21}, têm como referencial a engenharia industrial e a teoria das filas²¹. A Teoria das Filas traz três elementos básicos: o cliente (demanda ou procura), a equipe (capacidade de oferta) e a organização da fila de espera (processo). Todos os sistemas possuem oferta e demanda, mas não necessariamente filas de espera. O primeiro elemento considera um padrão temporal de chegada, que, de acordo com os autores, é previsível, o que permite a sua distribuição durante o horário do fluxo. A oferta envolve os recursos necessários para atender à demanda, como os profissionais, o horário de trabalho e a disponibilidade de agenda. Por fim, as filas de espera são organizadas em: a) estocásticas – o aumento da demanda ou a queda da oferta são momentâneos; b) previsíveis – padrão diário; c) perpétuas – constantes. Então, a teoria da modelagem das filas de espera afirma que a solução é eliminar as filas perpétuas e previsíveis, e minimizar a ocorrência de filas estocásticas²².

Para solucionar a espera nos serviços de saúde, o AA intervém no intervalo de tempo entre a procura do serviço (demanda) e a disponibilidade da consulta (oferta), eliminando as filas de espera²¹. Por isso, o modelo é tido como ‘padrão ouro’ para eliminar a fila de espera e os atrasos no agendamento das consultas²³.

Nessa direção, o AA considera: oferta (capacidade) – disponibilidade de horários para agendamento diário, de acordo com os profissionais que integram o serviço (equipe multiprofissional); demanda (procura do serviço de saúde pelos usuários) – não diferencia o tipo de consulta como urgente e não urgente; equilíbrio entre oferta-demanda – processo dinâmico de monitoramento constante de procura e disponibilidade das consultas^{4,16,23}. Além desses elementos, o AA prioriza o cuidado centrado no paciente por meio da relação profissional-paciente^{4,23} e tem como pontos cardinais a acessibilidade e a continuidade do cuidado – possibilidade de o usuário do serviço ser atendido pelo profissional de preferência^{21,23}.

Essas diretrizes permitem que os serviços de saúde com o modelo de agendamento baseado no AA melhorem o acesso oportuno ao oferecerem atendimento para os usuários no mesmo dia, independentemente do motivo da visita, ou em até dois dias úteis. As consultas podem ser agendadas para o futuro, mas essa é uma escolha do usuário. O lema é ‘faça todo trabalho de hoje, hoje’^{21,23}.

A implantação do AA no Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado questionamentos sobre o quanto o modelo realmente melhora o acesso, e, principalmente, o quanto ele se adequa aos princípios e diretrizes SUS.

Este artigo compõe parte da tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o título ‘Acesso Avançado: uma possibilidade para reorganizar a gestão do Acesso no Sistema Único de Saúde’, 2023.

Marcos teóricos de análise

O desequilíbrio entre a elevada procura de atendimento e a disponibilidade de cuidados em saúde está relacionado à forma de agendamento de consultas^{2,3}. Antes de o AA ser implantado na APS no Brasil, outros modelos de gestão do acesso foram utilizados.

A tecnologia mais conhecida para organizar a gestão do acesso no contexto brasileiro é o ‘modelo tradicional’, que classifica a demanda como urgente – atendimento no mesmo dia; e não urgente – agendamento futuro. Atender à demanda espontânea exige que um médico fique na retaguarda e continue realizando o atendimento das consultas agendadas⁷.

As consultas agendadas são disponibilizadas de acordo com uma agenda com horários programados^{2,3,24}. Nesse modelo, existem dias e horários determinados para as consultas para gestantes, crianças, usuários com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; consulta não agendada; grupos educativos; e na comunidade, com visitas domiciliares aos pacientes restritos ao lar^{7,25}.

Para superar o desequilíbrio entre a oferta e a demanda, esse modelo reduz a oferta (distribuição de senhas²⁶, limite de horário, restrição de dias da semana para o agendamento), e, depois que a agenda já está com todos os horários preenchidos, serão disponibilizados novos horários somente no mês seguinte⁷. Apresenta problemas, como fila de espera²¹, altas taxas de não comparecimento, elevado nível de insatisfação dos usuários, desistência do atendimento, procura de outros serviços para resolver a necessidade em saúde, como o pronto atendimento¹⁵, sobrecarga de trabalho dos profissionais⁷ e, principalmente, limitação do acesso.

Outro modelo de gestão do acesso também utilizado no Brasil é o chamado *carve-out*^{21,26}, que combina duas formas de agendamento: uma pequena parte dos horários é disponibilizada para a marcação de consulta no mesmo dia para os casos urgentes, e outra fica fechada, reservada para consultas pré-agendadas^{7,27}. Esse modelo é considerado um avanço ao disponibilizar horário para a demanda urgente e permitir o planejamento das condições crônicas²¹. Os problemas que esse modelo apresenta envolvem os erros na previsibilidade da demanda que causam desperdício de horários não preenchidos. Ademais, a disponibilidade de vagas para as situações agudas em saúde

aumenta o tempo de espera e pressiona o uso dos horários reservados para agendar outras consultas²⁷.

O AA também possui alguns problemas, como a necessidade de educação continuada, envolvimento da equipe de saúde, preparação prévia de três meses para sua implantação, mudanças estruturais adequadas, considerando a oferta do serviço e a demanda populacional. Ainda, depende de liderança, apoio clínico e administrativo constantes²⁸.

Uma pesquisa que analisou a melhoria do acesso comparando o AA, como modelo tradicional, e o *carve-out* mostra que o AA facilitou mais o acesso em comparação com os outros modelos²⁸.

É importante destacar que o AA, quando utilizado na APS, não pode ser considerado um serviço de atendimento de urgência²⁹, pois os usuários dos serviços são agendados para uma consulta em horário específico. Desse modo, o principal propósito é evitar o atraso e as filas de espera^{2,3}.

Uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros e gestores de Unidades Básicas de Saúde sobre o uso do AA na APS mostra a preocupação desses profissionais com relação à população cadastrada¹⁴. Essa preocupação é relevante, tendo em vista que a viabilidade e a sustentabilidade desse modelo de gestão estão diretamente relacionadas ao equilíbrio entre a oferta e a demanda²¹.

No contexto brasileiro, o tamanho da população cadastrada por equipe na APS deve variar entre 2.000 e 3.500 pessoas⁶, mas, na maioria das vezes, ultrapassa esse número. Há indicação de que a população cadastrada seja de até 2.500 pessoas³. Estudos mostram que essa população varia de 500 a 2.400 pacientes por profissional^{30,31}, porém, não há consenso com relação ao tamanho ideal da população cadastrada. No contexto brasileiro, a população cadastrada em uma equipe sempre será maior que a indicada, fato que pode comprometer a qualidade da assistência prestada, causar insatisfação da equipe devido à sobrecarga de trabalho, provocar o surgimento doenças

ocupacionais e, ainda, gerar insatisfação dos usuários.

Para evitar o desequilíbrio entre a oferta e a demanda, o AA não deve ser implantado nos serviços de saúde antes da realização de um diagnóstico situacional prévio. Sendo assim, sua implantação não é automática, de modo que são necessários alguns meses de preparação³ a fim de: a) equilibrar oferta e demanda (monitoramento e análise preliminar e aplicação de mudanças necessárias); b) eliminar a fila de espera – ‘backlog’; c) reduzir os tipos de consultas (continuidade do cuidado – com profissional de referência ou outro profissional da equipe, para não agendar consultas para o futuro; e não diferenciar as consultas como urgentes e não urgentes); d) desenvolver plano de contingência (conhecer os períodos sazonais, férias da equipe, considerar possíveis faltas); e) reduzir e organizar as consultas (consulta resolutiva, orientação por telefone ou e-mail, atendimento em grupo); f) atendimento multiprofissional (envolvimento da equipe)²¹.

Nos serviços em que o AA foi implantado sem o devido preparo e planejamento, o modelo se tornou inviável e provocou insatisfação, sobrecarga da equipe e insatisfação dos usuários⁵.

Como em todo processo de melhoria, a implantação do AA deve seguir algumas etapas: formar uma equipe para gerenciar as mudanças, estabelecer objetivos, implantar as alterações para alcançar as metas e avaliar os resultados³². Alguns elementos-chave nesse processo estão vinculados à escolha e à formação de uma equipe estratégica, ao estabelecimento de um(a) líder para a equipe, com liderança local forte e apoio da gestão superior³².

Os resultados preliminares de uma revisão³³ revelam que o AA melhora a adesão aos tratamentos e o acesso à Unidade Básica de Saúde^{11,15}, aumenta o número de consultas^{8,10,12,15}, reduz a taxa de não comparecimento^{11,15,34}, reduz o tempo de espera^{11,15,28}, aumenta a satisfação dos profissionais de saúde³⁵ e dos usuários³⁶.

Todavia, outros estudos não identificaram resultados positivos, como melhoria dos resultados clínicos³⁷, diminuição da utilização de outros serviços³⁸ e a longitudinalidade do cuidado^{5,14,39,40}. Corroborando esses achados, uma pesquisa que avaliou os atributos da APS identificou baixo escore médio para a longitudinalidade²⁸. A preocupação dos profissionais com relação ao acompanhamento longitudinal é um elemento importante no cuidado centrado no paciente, principalmente quando se trata de pacientes crônicos, acamados e restritos ao lar.

Entretanto, outros estudos apontam uma melhoria do cuidado longitudinal após a implantação do AA^{15,41} e boa avaliação desse quesito na perspectiva dos usuários⁴².

É importante que sejam realizados estudos com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência, a resolutividade, a longitudinalidade do AA no Brasil, na medida em que o SUS é um sistema com princípios e diretrizes bem estabelecidos.

Uma crítica sobre o AA classifica-o como sendo um modelo de gestão ‘gerencialista’, por desconsiderar premissas básicas, como o território e o cuidado integral. Além disso, pode causar sofrimento profissional, reforçar o modelo biomédico e a medicalização social⁴³.

O AA não é um modelo gerencialista. Pelo contrário, têm como foco central a eliminação das filas de espera, a redução do tempo de espera e o atraso, considera o cuidado centrado no paciente ao disponibilizar o acesso no momento em que o usuário identifica uma necessidade^{2,3,21}, e necessita de pouco investimento para sua implantação¹⁷.

A visão ideológica que caracteriza o AA como um modelo ‘gerencialista’ recrimina o estabelecimento de metas (número de consultas mensais), por considerar o ‘trabalhador’ como bem maior do sistema⁴³. Porém, ignora o fato de que a população continua sem ter acesso, enquanto espera uma solução para suas necessidades em saúde, e aguarda nas enormes filas de espera do SUS, que nada faz para diminuir essa iniquidade em saúde.

Essa visão distorcida do AA ignora a premissa da atenção primária, que é oferecer o cuidado centrado na pessoa para empoderar o usuário ao gerir e tomar decisões relacionadas ao seu próprio cuidado de saúde e, assim, decidir o momento de ser atendido por um profissional. Além disso, despreza uma das principais características da APS: a resolutividade que oferece o cuidado oportuno no tempo certo⁶.

Considerações finais

O AA, se implantado seguindo as orientações necessárias, pode melhorar o atributo acesso e se adequar aos princípios e diretrizes do SUS.

O sucesso da implantação do AA depende de vários fatores, como diagnóstico situacional preliminar do serviço de saúde (oferta-demanda, estrutura organizacional e estrutural); planejamento com os envolvidos no processo (gestores, profissionais e a população); realização de mudanças preliminares, como equilibrar oferta e demanda, eliminar a fila de espera, reduzir os tipos de consultas, desenvolver plano de contingência, organização das consultas, atendimento multiprofissional; estabelecimento de uma liderança comprometida; capacitação, envolvimento e dedicação da equipe; divulgação do modelo para a população; apoio dos gestores.

A sustentabilidade do modelo depende muito da liderança, da equipe clínica e da equipe de apoio (administrativo), principalmente em seu início, quando há uma tendência de aumentar a demanda em função da disponibilidade de acesso, e envolvimento micro e macropolítico dos gestores.

O AA não é um produto pronto ou uma ‘solução mágica’ para melhorar o acesso. Não existe tal produto ou solução, existe uma tecnologia baseada em um conjunto de princípios que, para serem aplicados de forma personalizada em cada território, devem considerar a população, os profissionais, a organização e o ambiente em que o AA será implantado.

Apesar de o AA ser uma tecnologia inovadora em expansão e de apresentar excelentes

resultados nesses 27 anos desde a sua criação, nenhum país adotou o modelo de gestão de acesso como política de Estado.

Faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas para analisar o impacto do AA no SUS, assim como sua adequação aos seus princípios e diretrizes, especialmente com relação à resolutividade e à longitudinalidade.

Agradecimentos

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo pelo apoio financeiro para submissão.

Colaboradores

Pinto AR (0000-0001-8237-7327)* contribuiu para elaboração do conceito e desenho do estudo, obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. Oliveira LGF (0000-0002-0031-3846)* e Fraccolli LA (0000-0002-0936-4877)* contribuíram para redação do artigo. Nichiata LYI (0000-0001-6515-4404)* contribuiu para revisão crítica e elaboração do conteúdo intelectual. ■

Referências

1. Bonfim D, Mafra ACCN, Palacio DC, et al. Assessment of staffing needs for registered nurses and licensed practical nurses at primary care units in Brazil using Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method. *Hum Resour Health*. 2022;19(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00674-0>
2. Murray M, Tantau C. Must patients wait? *J Qual Improv [Internet]*. 1998 [acesso em 2023 maio 17];24(8):423-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1070324116303923/first-page-pdf>
3. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag [Internet]*. 2000 [acesso em 2023 maio 17];7(8):45-50. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2000/0900/p45.html>
4. Mayer HL. Análise de satisfação com atendimento em Unidade de Saúde: um estudo de caso na UBS Maria do Carmos em Sumé - PB [monografia]. Sumé: Universidade Federal de Campina Grande; 2023 [acesso em 2023 maio 17]. 32 p. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/29025/1/HENRIQUE%20DE%20LIMA%20MAYER%20-%20ARTIGO%20GEST%c3%83O%20P%c3%9aBLICA%20CDSA%202023.pdf>
5. Soares LS, Junqueira MAB. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade-escola de atenção básica à saúde. *Rev bras educ med*. 2022 [acesso em 2023 maio 17];46(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 2017 set 22; Seção 1:68.
7. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O Acesso Avançado como estratégia de organiza-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ção da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 17];15(42):2111. Disponível em: <https://docs.bv-salud.org/biblioref/2021/03/1097402/texto-do-artigo-13177-1-10-20200519.pdf>
8. Silva LÂN, Harayama RM, Fernandes FP, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2019;43(122):742-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
 9. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>
 10. Vidal TB. O Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde [dissertação na Internet]. Porto Alegre: Programa Pós-Graduação em Epidemiologia Porto Alegre, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013 [acesso em 2023 maio 17]. 87 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87111/000910522.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Cajazeiras AEP, Silva CJ, Forte MPN. Implantação do Acesso Avançado por equipe de saúde de Fortaleza: um relato de experiência. *Caderno ESFP* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 maio 17];13(1):105-12. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/174/168>
 12. Lima RS, Correia IB. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):1-10. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2021](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2021)
 13. Canuto LE, Silva AFL, Pinheiro LSP, et al. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2021;16(43):2378. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2378](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2378)
 14. Granja GF, Souza KOC, Soares BH, et al. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e43611427710. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27710>
 15. Bonilla PPG, Wollmann L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2360. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2360](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2360)
 16. Pinto AR. Acesso Avançado: uma possibilidade para reorganizar a gestão do acesso no Sistema Único de Saúde [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023 [acesso em 2025 mar 14]. 60 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-20122024-165523/publico/Tese_Versao_Simplificada_260523.pdf
 17. Mitchell V. Same-day booking: success in a Canadian Family practice. *Can Fam Physician* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 17];54:379-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278355/pdf/0540379.pdf>
 18. Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: A cautionary tale. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 17]; 148(12):915-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587225/pdf/nihms49162.pdf>
 19. Sampson F, Pickin M, O'Cathain A, et al. Impact of same-day appointments on patients satisfactions with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract*. 2008;58(554):641-3. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp08X330780>
 20. Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Fam Pract*. 2005;27(6):39. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-39>
 21. Murray M, Berwick DM. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *J Am Med Assoc*.

- 2003;289(8):1035-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
22. Randolph GD, Murray M, Swanson JA, et al. Behind schedule: improving access to care for children one practice at a time. *Pediatrics*. 2004;113(3Pt1):230-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.3.e230>
23. Tantau C. Accessing patient-centered care using the advanced access model. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(1):32-43. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000343122.15467.48>
24. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Documento Operativo: Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. Diretrizes Operacionais – Unidades Básicas de Saúde [Internet]. São Paulo: SMS-SP; 2016 [acesso em 2023 maio 17]. 43 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-11049/sms-11049-7894.pdf>
25. Franco FD. Resolubilidade das Consultas de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde com Acesso Avançado [dissertação na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022 [acesso em 2025 mar 13]. 70 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-25102024-155406/publico/DISSERTACA_FABIO_VIDAL_FRANCO.pdf
26. Silva LÂN, Harayama RM, Fernandes FP, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2019;43(122):742-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>
27. Knight A, Lembke T. Appointments 101 How to shape a more effective appointment system. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 maio 17];42(1):152-6. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2013/march/appointments-101/>
28. Vidal TB. Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da atenção primária à saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/SC [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [acesso em 2023 maio 17]. 244 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/198838>
29. Ferreira MCM, Vinagre CGCM, Armond JE. Advanced access and other forms of primary health care access: perception of users in the south region of São Paulo. *Arq Catarin Med*. 2021;50(2):156-69. DOI: <https://doi.org/10.63845/4q8vcp77>
30. Breton M, Maillet L, Paré I, et al. Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada. *Int J Health Plann Manage*. 2016;32(4):e316-32. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2380>
31. Raffoul M, Moore M, Kamerou D, et al. A Primary Care Panel Size of 2500 is Neither Accurate nor Reasonable. *JABFM*. 2016;29(4):496-9. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.04.150317>
32. Meyers ML. Changing business practices for Appointing in Military Outpatient Medical Clinics: The case for a true “Open Access” Appointment Scheme for Primary Care. *J Healthc Manag*. 2003;48(2):125-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00115514-200303000-00010>
33. Pinto AR, Higashi R, Nichiata LYI. Advanced Access in Primary Health Care: A scope review protocol. *Open Sci Fram*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B8CE6>
34. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde debate*. 2019;43(121):605-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>
35. Camargo DS, Castanheira ERL. Amplifying access: Team embracement as a demand management strategy in primary health care (APS). *Interface Commun Heal Educ*. 2020;24:1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
36. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):38-53. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>

37. Gladstone J, Howard M. Effect of Advanced Access scheduling on chronic health care in a Canadian Practice. *Can Fam Physician* [Internet]. 2011 [acesso em 2023 maio 17];57:e21-5. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3024183/pdf/0570e21.pdf>
38. Degani N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 maio 17];13(7):1-48. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3796762/pdf/ohas-13-48.pdf>
39. Subramanian U, Ackermann RT, Brizendine EJ, et al. Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2009 [acesso em 2023 maio 17];24(3):327-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642566/>
40. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, et al. Effect of improved primary care access on quality of depression care. *Ann Fam Med*. 2006 [acesso em 2023 maio 17];4(1):69-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449399/>
41. Silva RM, Maeyama MA, Ditttrich MG, et al. A reorganização do acesso na Atenção Primária à Saúde em Jaraguá do Sul (SC). *Revista GeSec*. 2023;14(6):10073-86. DOI: <http://doi.org/10.7769/gesec.v14i6.2362>
42. Hermann NO, Perez MK, Pinheiro GBB, et al. O Acesso Avançado como modelo de agendamento e a qualidade da Atenção Primária sob a ótica dos Usuários durante a pandemia de COVID-19. *Rev Científica Saúde e Tecnol*. 2021;1(4):1-7. DOI: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i4.41>
43. Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A, et al. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ e Saúde*. 2022 [acesso em 2023 maio 17];20:e00588191. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

Recebido em 30/12/2024

Aprovado em 21/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Projeto guarda-chuva 'Implementação do Acesso Avançado em Unidades de Saúde: processos e resultados' financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e de Saúde (DCABS) com enfoque em pesquisas de inovação, sob registro de número 440347/2018-17

Editora responsável: Ana Maria Costa