

Resgate da autonomia e do protagonismo do enfermeiro como estratégia de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema-SP

Resumo

Pressionadas pela demanda e por agendas lotadas, equipes de saúde têm discutido estratégias de reorganização da agenda e ampliação do acesso. O Acesso Avançado vem ganhando espaço nesta discussão como uma estratégia desenvolvida nos Estados Unidos, que tem como princípio “Faça hoje o trabalho de hoje!”. Propôs-se descrever a influência da implantação do Acesso Avançado sobre acesso ao atendimento de usuários numa Unidade de Saúde da Família no município de Diadema-SP. Tratou-se de um relato de experiência da gerente da unidade no processo de implantação do Acesso Avançado e resgate da autonomia e do protagonismo do enfermeiro na ESF como estratégia de ampliação do acesso, com a proposta de analisar as agendas e os relatórios de produção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) no período de janeiro de 2017 a abril de 2018 e apresentar estatística descritiva da influência do Acesso Avançado sobre os atendimentos desses profissionais. O Acesso Avançado foi amplamente discutido com a equipe e com o conselho gestor, num processo de construção conjunta de fluxos e novas agendas. Identificou-se aumento de 157% no número de usuários atendidos, passando de 1.048 em janeiro de 2017 para 2.694 atendimentos em abril de 2018. O maior aumento foi observado nas consultas de enfermagem, que chegou a 792%, passando de 125 atendimentos mensais em janeiro de 2017 para 1.115, em abril de 2018 enquanto as consultas médicas tiveram aumento de apenas de 36%, o que pode indicar uma melhora na resolutividade dos enfermeiros. Pôde-se demonstrar que a estratégia foi efetiva na ampliação do acesso ao serviço de saúde, gerando também efeitos positivos na organização da agenda e dos processos de trabalho das equipes. Espera-se contribuir e fomentar discussões acerca da otimização do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), suas complexidades e peculiaridades, e propor análise da influência do Acesso Avançado sobre os demais atributos da APS, particularmente nos atributos de longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

Garantir o acesso aos cuidados primários à saúde, em tempo oportuno, é um dos maiores desafios dos sistemas públicos de saúde pública, tanto no Brasil quanto em outros países.¹ Uma Atenção Primária à Saúde (APS), forte e resolutiva, depende de acesso facilitado, a fim de garantir o atendimento em tempo oportuno, no horário mais adequado, com agendamento confortável e onde o usuário seja atendido por sua equipe de referência.²

A qualidade do acesso à APS é avaliada internacionalmente por duas medidas operacionais: o acesso oportuno e a continuidade do cuidado. Considera-se acesso oportuno a capacidade de se obter um agendamento tão rápido quanto possível, oportunizando atendimento às demandas e condições agudas, que poderiam gerar gastos desnecessários se desviadas aos serviços de urgência e emergência. A continuidade do cuidado é alcançada quando o profissional de saúde de referência mantém o acompanhamento do usuário sempre que necessário, visando o fortalecimento de uma relação duradoura entre este e o profissional e, conseqüentemente, intensificando o cuidado individual e holístico.³

O presente artigo foca no primeiro aspecto, que trata do acesso oportuno ao atendimento em serviços de saúde, por meio das consultas com profissionais de saúde.

A literatura internacional aponta que a crise econômica instalada nas últimas décadas demarca a existência de barreiras dos usuários aos serviços de saúde, que se traduz em filas para marcação de consultas e atendimentos.⁴

Desde a década de 1990 a APS vem se fortalecendo como porta de acesso preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS), “devendo receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades”.⁵

No Brasil, a Constituição de 1988 assegura a saúde como um direito universal e um dever do Estado, porém, mesmo com todos os avanços conquistados, ainda convivemos com a realidade desigual e excludente do

acesso ao SUS. Há um entendimento de que o acesso à APS não ocorre de forma tão facilitada quanto deveria. São muitos os fatores que dificultam esse acesso: cobertura insuficiente da ESF; desequilíbrio entre demanda e oferta; distribuição inadequada do território; restrição de acesso por horário reduzido de funcionamento dos serviços que incompatibiliza o acesso de usuários que trabalham em horário convencional; tempo de espera prolongado para marcação de consultas e o número excessivo de usuários nas equipes.⁶⁻⁸ Desta forma, a acessibilidade é a dimensão de menor satisfação do usuário da ESF^{9,10}, e o atributo com maior avaliação negativa na visão dos profissionais de saúde.¹¹

Diante deste cenário e pressionados pela demanda e por agendas lotadas, os serviços de saúde têm adotado o Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso, tanto no Brasil como fora do país.²

O Acesso Avançado tem uma única regra: “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. É uma forma de organização do serviço que permite que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção. Este sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em até 48 horas, favorecendo a continuidade do cuidado, reduzindo as faltas e diminuindo significativamente as filas, sem recursos adicionais.¹²

O Acesso Avançado tenta fechar a lacuna existente entre a oferta e a demanda. Para isso, adota uma estratégia oposta e inerente a outros modelos de agendamento. Enquanto os outros modelos empurram uma grande parte do trabalho de hoje para o futuro, o modelo de Acesso Avançado protege a capacidade futura capacitando todo o trabalho atual para o tempo presente.¹²

Na Inglaterra¹³ e nos EUA¹², estudos demonstram que este modelo vem se mostrando eficiente, ocasionando maior satisfação das equipes por sentirem-se mais resolutivas, e dos usuários por terem suas necessidades atendidas em tempo oportuno.^{2,12,13} São escassos os estudos nacionais que avaliam modelos de agendamento e melhoria do acesso à APS.¹

O presente relato tem como objetivo descrever a influência sobre o acesso às consultas na unidade de saúde a partir da implementação do Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que opera a ESF no município de Diadema-SP.

METODOLOGIA

Tratou-se de um relato de experiência vivenciada pela autora, responsável por propor e por implementar o Acesso Avançado na UBS, microcenário desse relato.

Macrocenário da Experiência

Diadema possui uma população, estimada pelo IBGE em 2018, de 420.934 habitantes, distribuídos em uma área de 30,7 km², 100% urbanizada e está inserida na Sub-região do ABC. Possui a segunda maior densidade demográfica do país, com 13,7 hab/m². Apresenta uma população relativamente jovem, com menor índice de envelhecimento da sua sub-região (51,16%). Mais de 20% da população apresenta vulnerabilidade social alta ou muito alta, onde 10,5% da população vive em aglomerados urbanos subnormais.¹⁵

O município possui 20 UBS dispostas em seu território, todas atuando com modelo da ESF. A cidade conta com 96 equipes de Saúde da Família, sendo cada equipe responsável por cerca de 4.300 pessoas. A ESF cobre 100% a população do município e estima-se que cerca de 80% da população utiliza intensivamente o SUS, com pequenas variações regionais.

Microcenário da Experiência

A UBS Jardim ABC, local do estudo, opera com o modelo da ESF desde 2008, trabalhando com quatro equipes de Saúde da Família, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A unidade está responsável por cerca de 18.000 pessoas que residem em sua área de abrangência, presta atendimento de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 17h00 e está localizada na zona norte da cidade, bairro do Taboão, que apresenta a maior densidade demográfica do município (21 hab/m²).

Descrição da Experiência: processo de implantação do Acesso Avançado

A UBS Jardim ABC foi pioneira da implantação no município, por meio de iniciativa da gerente da UBS que era enfermeira de uma das equipes há 8 anos antes de ser promovida à gestão. A proposta era a implantação do Acesso

Avançado, baseada na experiência de Curitiba², com objetivo de organizar a agenda e ampliar o acesso da população aos serviços oferecidos pela UBS. Antes de abril de 2017, quando iniciada a implantação do Acesso Avançado, a unidade trabalhava com o modelo de agendamento tradicional, fragmentada em função de grupos programáticos. Agendas médicas com vagas que se esgotavam entre 2 e 5 dias após abertura na recepção, com datas para consultas entre 30 e 40 dias. As agendas das enfermeiras estavam sempre vazias, igualmente fragmentadas por grupos programáticos e grande parte das vagas preenchida pela coleta de exame de Papanicolau e puericultura.

Entre os anos de 2013 e 2016 os enfermeiros do município tiveram sua autonomia reduzida, foram impedidos de realizar Pré-Natal, não podiam usar os protocolos de enfermagem de saúde da mulher e foram suspensas as prescrições de medicamentos dos protocolos de hipertensão e diabetes instituídos no município em 2008. A agenda do enfermeiro era oferecida à população quando finalizavam as vagas médicas e os usuários nunca aceitavam passar em consulta de enfermagem pela baixa resolutividade deste profissional, que teve seu papel na ESF esvaziado por uma gestão médico-centrada.

O atendimento da demanda espontânea com queixa aguda era direcionado para o acolhimento e a escuta era realizada por uma enfermeira, durante todo o período de funcionamento da UBS. Eram poucas vagas de encaixe do dia, utilizadas de acordo com a triagem. Os usuários do serviço eram direcionados para o médico que tinha vaga disponível naquele momento e não para o seu médico de equipe de sua referência.

Havia constantes tensionamentos quando as vagas se esgotavam, tanto entre a enfermeira do acolhimento e o usuário cuja vaga fora negada, quanto entre aquela profissional e o médico, sobretudo em razão de não ter vagas suficientes para os atendimentos necessários. Não havia um fluxo bem definido e não existia um protocolo de demanda espontânea. O usuário do serviço que não conseguia a vaga do dia era direcionado a voltar na data de abertura da agenda médica, que acontecia sempre no início de cada mês.

Era forte o descontentamento da equipe quanto ao modelo hegemônico em que operava uma agenda na recepção, bem como quanto às barreiras de acesso que permeavam este modelo tradicional de agendamento. Diante disso, foram realizadas diversas rodas de conversa com a equipe para sensibilização

e discussão sobre as diferentes formas de acesso descritas na literatura nacional e internacional, até a decisão de implantação do Acesso Avançado, criando espaços de construção conjunta e horizontal.

A gerente contou com o apoio do colegiado de gestão da UBS para o desenho dos novos fluxos e agendas. O colegiado de gestão da UBS era composto por representantes de cada categoria e setores da unidade (um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, uma assistente social, um representante da recepção, um representante da central de regulação e uma representante do serviço de limpeza), com um cronograma de reuniões semanais, para discutir a ampliação do acesso aos serviços na UBS. O Acesso Avançado foi amplamente discutido em todos os espaços coletivos existentes na unidade e com o Conselho Gestor, no período de fevereiro a abril de 2017. O Conselho Gestor era composto por quatro representantes da população, dois representantes do seguimento trabalhador da UBS e a gerente como representante da gestão).

As discussões objetivavam não apenas a sensibilização da equipe, mas, principalmente, promover um espaço de reflexão crítica cuja nova proposta não trazia apenas um novo modelo de agenda, como também uma reorganização de processos de trabalhos e, principalmente, o empoderamento com resgate da autonomia e do protagonismo do enfermeiro na ESF.

Nessas discussões também permeavam questões relacionadas à importância em se assegurar os princípios da ESF, garantindo espaços de fortalecimento por meio da educação permanente e resgatando o protagonismo do enfermeiro na APS, reforçando na equipe o entendimento de que a APS é um espaço privilegiado de construção de vínculos, gestão do cuidado e atenção para o indivíduo, a sua família e a comunidade, que tem necessidades de saúde social e historicamente construídas e que precisam de um olhar diferenciado neste sentido de todos os membros da equipe multiprofissional.

O processo de implantação do Acesso Avançado na UBS Jardim ABC foi gradativo, iniciado com o projeto-piloto da equipe identificada como “Equipe B”, em abril de 2017 e, nos meses subsequentes, nas demais equipes, “Equipe A”, “Equipe C” e “Equipe D”. A partir de julho de 2017, a UBS operou com o Acesso Avançado para os usuários de todas as suas quatro equipes.

Os fluxos foram redesenhados com bases nos protocolos de enfermagem do município e nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em especial o de “Acolhimento à demanda espontânea”.¹⁶ Todos os usuários passaram a ser encaminhados para suas respectivas equipes de referência para garantir o fortalecimento do vínculo e a continuidade do cuidado.

O presente estudo toma como indicador do acesso às consultas na unidade de saúde: número percentual de atendimentos individuais e percentual de faltas dos usuários às consultas, em período anterior e posterior a implementação do Acesso Avançado.

Com a implantação do novo modelo, as agendas saíram da recepção e passaram a ser gerenciadas pela própria equipe da ESF. Todos os usuários que chegavam à UBS são atendidos e avaliados no mesmo dia, por um ou mais membros da equipe, de acordo com suas demandas e necessidades, respeitando-se sempre as competências técnicas e os limites de atuação de cada profissional. A primeira escuta era, prioritariamente, realizada pelo técnico de enfermagem, porém todos os membros da equipe foram capacitados e sensibilizados para acolhimento e escuta qualificada. Todas as queixas agudas eram direcionadas para o enfermeiro para realizar a classificação de risco e oferecer a melhor resolutividade para cada demanda.

As agendas tiveram padronização inicial, no primeiro mês, com as agendas médicas desenhadas com disponibilidade de 50% das vagas para atender às consultas do dia (demanda espontânea), enquanto a outra metade foi destinada às consultas programadas/retornos. As agendas dos enfermeiros ficaram com 90% para demanda espontânea e 10% para consultas programadas de puericultura e pré-natal. Do segundo mês em diante, todas as agendas médicas e de enfermeiros foram padronizadas com a proporção de 75% para atendimento à demanda espontânea e 25% para consultas programadas.

Nesta nova agenda foram garantidos os horários de reunião de equipe, único período em que o atendimento da equipe era suspenso, sendo as demandas agudas (urgência e emergência) direcionadas para outra enfermeira. A reunião de equipe era um espaço preservado para garantir que a equipe realizasse discussões e ajustes periódicos dos fluxos e dos processos de trabalho do novo modelo de agendamento. Durante as visitas domiciliares, faltas ou férias de um dos membros da equipe, as demandas espontâneas eram

direcionadas a outro profissional da equipe presente na unidade, garantindo a continuidade do cuidado.

Como material empírico foram consultadas as agendas médicas e das enfermeiras e analisados os relatórios de produção de cada profissional (médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem), extraídos da plataforma e-SUS AB. Destes documentos foram extraídas as variáveis: números de agendamentos, números de faltas e o número de atendimentos individuais. Considerou-se atendimento individual todo o usuário que passou por atendimento individualizado por qualquer profissional da equipe (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem) e denominado consulta quando este atendimento foi realizado por médicos ou enfermeiros. Os relatórios do e-SUS AB considera como fonte de informação a “*Ficha de Atendimento Individual*” e os atendimentos realizados no *Prontuário Eletrônico do Cidadão*. Os dados coletados referem-se ao período de janeiro de 2017 a abril de 2018. Como o Acesso Avançado foi implantado no mês de abril de 2017, os dados desse estudo dizem respeito a doze meses de utilização dessa estratégia na UBS.

O estudo obteve anuência da Secretaria Municipal da Saúde de XXXXX e, embora se trate de fonte de dados secundários do e-SUS AB, encaminhou-se para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da XXXXX, que não percebeu quaisquer empecilhos éticos ou legais para a coleta da base de dados deste estudo, dando parecer favorável sob nº 3.285.854. Os pesquisadores assinaram termo de confidencialidade e sigilo dos dados.

RESULTADO

Foi identificado aumento no número total de atendimentos individuais quando considerados todos os profissionais das quatro equipes (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) ao longo do período estudado. Em janeiro de 2017 foram realizados 1.048 atendimentos, passando para 2.694 atendimentos individuais em abril de 2018. Desta forma, houve um aumento de 157% quando comparados aos meses de janeiro de 2017 e abril de 2018. A média mensal de atendimento, calculada entre os meses de janeiro e março de 2017, que antecederam a implantação do Acesso Avançado, era de 1.262

atendimentos mensais, e nos meses após a implantação, entre abril de 2017 e abril de 2018, passou para uma média de 2.153 atendimentos mensais.

Na agenda médica identificou-se aumento de 36% no número de atendimentos quando comparados os meses de janeiro de 2017 e abril de 2018. O maior aumento foi observado nas consultas de enfermagem, que chegou a 792%, passando de 125 atendimentos mensais em janeiro de 2017 para 1.115, em abril de 2018, com média de 211 atendimentos nos meses que antecederam (entre janeiro e março de 2017) e, nos meses após a implantação do Acesso Avançado (entre abril de 2017 e abril de 2018), uma média de 731 atendimentos mensais. Pôde-se observar a subutilização da agenda das enfermeiras onde cada enfermeira atendeu em janeiro de 2017 cerca de 1,5 pacientes por dia enquanto em abril de 2018 atendeu 12,7 pacientes por dia, com média de atendimento de oito pacientes diários nos meses após a implantação.

O número de atendimento realizado pelos técnicos de enfermagem em acolhimento à demanda espontânea, que nos meses de janeiro a março de 2017 era nulo, passou a representar média mensal de 400 usuários atendidos entre abril de 2017 e abril de 2018.

Contabilizou-se, também, a redução no número de faltas dos usuários às consultas médicas, de 13% entre os meses de janeiro e março de 2017 para 2% em os meses de abril de 2017 e abril de 2018 (no período após a implantação), quase sempre observadas nas agendas programadas, visto que a demanda espontânea tinha seu atendimento assegurado para o dia ou em no máximo 48 horas, possibilitando-se quase zerar as faltas às consultas.

DISCUSSÃO

O Acesso Avançado mostrou ser uma estratégia viável de ampliação do acesso e de organização da agenda. Após sua implantação, a UBS passou a atender o dobro de usuários em relação aos meses anteriores.

Ao promover o acesso à agenda da equipe multiprofissional, vislumbra-se romper com o modelo biomédico hegemônico, que privilegiava a agenda médica, aproximando-se dos pressupostos da ESF.

As agendas das enfermeiras, anteriormente subutilizadas, sempre vazias e fragmentadas, com as mudanças propostas, tiveram um incremento superior ao dos médicos que já tinham agendas lotadas e com sua capacidade instalada utilizada, porém de forma fragmentada e, muitas vezes com demandas que poderiam ser absorvidas e resolvidas pelo enfermeiro, dentro da sua capacidade técnica, ou ser direcionadas para outros membros da equipe multiprofissional.

A autonomia das enfermeiras, bem como a sua resolutividade diante das necessidades da população foram amplamente discutidas e reforçadas, entendendo que uma das ações mais importantes para melhorar o acesso na APS é o maior envolvimento do enfermeiro no cuidado das pessoas da sua área.²

Essas mudanças nos processos de trabalho e nas agendas reforçaram a UBS como porta de entrada do sistema e a equipe de referência como responsável pela atenção ao primeiro contato. O maior poder de resolubilidade e autogestão da agenda podem determinar menos estresse da equipe e mais satisfação dos usuários.^{2,12,13} Oportunizar consultas para o mesmo dia pode ser uma forma de humanizar o atendimento.⁸

Revisão integrativa da literatura sobre acesso aos cuidados primários de saúde aponta que todos os modelos de agendamento utilizados na APS apresentam vantagens e desvantagens. Contudo, considera-se o Acesso Avançado um modelo propício para conseguir equilibrar a capacidade e a demanda, reduzindo simultaneamente o tempo de espera.¹

No modelo de Acesso Avançado o atendimento à demanda espontânea assume o mesmo nível de relevância que as ações programática. A organização do trabalho passa a ser embasada no território e na população adscrita, incluindo as ações de prevenção/promoção e os cuidados clínicos, assumindo a dupla responsabilidade do cuidado individual e de saúde pública.¹⁴

Mesmo que a oferta de serviços de saúde seja insuficiente, pequenas mudanças no modelo de agendamento de consultas podem evitar filas e sofrimento humano.⁹

A abertura da ESF para um acesso facilitado exige um novo pensar e agir dos serviços, exigindo também um novo olhar do Ministério da Saúde, no sentido de revisitar os parâmetros da ESF a fim de torná-la mais acessível ao cidadão, construindo mecanismos asseguradores do acesso. Reduzir o número de

usuários por equipe e melhorar os processos de trabalho e agendas dos profissionais é necessário para a construção de um equilíbrio entre cuidado à demanda espontânea e das outras ações agendadas e/ou programáticas, com fácil acesso e promovendo longitudinalidade.^{7,14}

Vale ressaltar que a proposta é de um novo modelo de agendamento e de ampliação do acesso e não de um modelo técnico-assistencial. Desta forma, é imperativo que os gestores e equipes se empenhem em discutir medidas capazes de assegurar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da ESF, com o objetivo de garantir a integralidade, a gestão do cuidado e a longitudinalidade.

Espera-se colaborar para ampliação das discussões sobre acesso à APS e subsidiar equipes e municípios na decisão de implementar o Acesso Avançado como estratégia de reorganização de suas agendas e de seus processos de trabalho. Com isso, pretende-se também contribuir para promover um movimento das equipes e municípios em estudar e publicar suas experiências de implantação do Acesso Avançado visando ampliar as discussões e promover maior entendimento sobre este fenômeno no contexto brasileiro da APS.

Dados preliminares desse estudo foram apresentados para o Secretário de Saúde do município de Diadema, Coordenação da Atenção Básica, e para os outros gerentes de UBS em reunião de colegiado, que se mostraram sensibilizados para viabilizar a implantação em outras unidades. Com base nesta experiência, o município iniciou um movimento de implantação do Acesso Avançado e disparou a necessidade de criação de um GT (Grupo Técnico) para discutir, apoiar e qualificar esses processos em cada UBS, preparando desde a escolha do modelo, a construção de novos fluxos e agendas, a sensibilização das equipes e as mudanças nos processos de trabalho. Foi criado um documento norteador da implantação para as unidades interessadas e oferecido apoio técnico para qualificar este processo. Atualmente, das 20 UBS de Diadema, o Acesso Avançado está implantada em 11 unidades e com projeção futura de ampliação para mais três até o final deste ano de 2019.

Com a difusão do Acesso Avançado no Brasil propõe-se, também, analisar sua influência sobre os demais atributos da APS, particularmente nos atributos de longitudinalidade e integralidade do cuidado, bem como analisar a resolutividade do enfermeiro diante desta mudança de processo de trabalho e de resgate da autonomia deste profissional tão importante na APS.

REFERÊNCIAS

1. Rocha, AS; Bocchi, SCM; Godoy, MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(1): 87-111. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. 2014. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005_06_14.pdf. [acesso 2018 Out 16].
3. Balasubramanian H1, Biehl S, Dai L, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag Sci*. 2014; 17(1):31-48. <http://dx.doi.org/10.1007/s10729-013-9242-2>.
4. Assis, MAA; Jesus, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2865-2875. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
5. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.htm. [acesso 2019 Mai 18].
6. Lima, SAV et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25(2): 635-656. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
7. Tesser, CD; Norman, AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2014; 23(3): 869-883. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>.

8. Sant'Ana, AM. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1459](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1459).

9. Vieira-da-Silva, LM, Chaves SCL, Esperidião MA, et al Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. J Epidemiology Community Health. 2010; 64(1):1100-1105. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.097220>.

10. Vidal, TB; Tesser, CD; Harzheim, E; Fontanive, PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2018; 27(4):e2017504. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>.

11. Silva, SA; Nogueira, DA; Paraizo, CMS; Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(Esp):126-32. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>.

12. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manage. 2000 set; 7(8):45-50. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. [acesso 2019 Mai 18].

13. National Health Service. Commissioning a new delivery model for a unscheduled care in London. London: NHS, 2011. Disponível em: http://www.shiftingthebalance.scot.nhs.uk/downloads/1234865158-Unscheduled%20care_PCT%20commissioning%20guide%20for%20a%20new%20delivery%20model_v1%200.pdf. [acesso 2018 Dez 20].

14. Norman, AH; Tesser, CD. (2015). Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. Saúde e Sociedade, 24(1), 165-179. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020150001000>

13Secretaria Municipal de Saúde de XXXXX. Perfil epidemiológico do município de XXXXX. XXXXX; 2017. 123p.

15. 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. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 56 p.
16. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.
17. Morgan, CL; Beerstecher, HJ. Satisfaction, demand and opening hours in primary care: An observational study. Br J Gen Pract. 2011; 61(589):498-507. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X588475>.
18. Sousa, FOS; Medeiros, KR; Gurgel Júnior, GD; Albuquerque, PC. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2014 19(4):1283-1293. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.
19. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2677. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.