

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Programa Médicos pelo Brasil

João Vitor De Paula Souza Luz

**ACESSO AVANÇADO: REDUZINDO O TEMPO DE ESPERA POR CONSULTAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Belo Horizonte

2025

João Vítor De Paula Souza Luz

**ACESSO AVANÇADO: REDUZINDO O TEMPO DE ESPERA POR CONSULTAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Medicina de
Família e Comunidade, Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Fábio De Souza Neto

Belo Horizonte

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 03 do mês de julho de 2025, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **JOÃO VITOR DE PAULA SOUZA LUZ** entitulado "ACESSO AVANÇADO: REDUZINDO O TEMPO DE ESPERA POR CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores FÁBIO DE SOUZA NETO e JORGE HENRIQUE KOTHE JANNUZZI. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 28 do mês de outubro de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

PROF. MARCELO PELLIZZARO DIAS AFONSO

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 25/11/2025, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4684830** e o código CRC **CE039F02**.

Dedico este trabalho à minha esposa Sofia, meu maior exemplo pessoal e profissional, que me apoia em todas as escolhas com amor e generosidade. Agradeço também a todos os colegas da USF São Judas, que me acolheram com dedicação e me ajudaram a exercer a medicina com alegria, propósito e compromisso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Fábio de Souza Neto, pela condução partilhada deste trabalho. À UFMG e ao Programa Médicos pelo Brasil, pela oportunidade de formação em MFC. Ao meu tutor, Dr. Bryam Mendoza, pelos ensinamentos práticos e por ser um exemplo na profissão. A todos, minha gratidão pelo apoio fundamental nesta jornada.

"A saúde não pode ser uma mercadoria, deve ser um direito sagrado do povo."— CASTRO, Fidel.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde enfrenta desafios para garantir o acesso oportuno, um de seus atributos essenciais. Em uma Unidade de Saúde da Família localizada em área de vulnerabilidade social no interior paulista, observa-se um cenário crítico com tempo de espera para consultas superior a 60 dias, taxa de absenteísmo acima de 15% e a sugestão de práticas inadequadas, como a renovação de receitas sem avaliação presencial, que comprometem a longitudinalidade do cuidado. Este projeto de intervenção tem como objetivo implementar o modelo de Acesso Avançado para reorganizar a agenda, qualificar o acesso e reduzir o tempo de espera. A metodologia se baseia em uma implementação faseada de 12 meses, iniciando com a preparação e capacitação da equipe, seguida da reestruturação da agenda para um modelo com aproximadamente 90% de horários abertos para a demanda do dia. O monitoramento será contínuo, utilizando indicadores quantitativos do Prontuário Eletrônico (tempo de espera, absenteísmo) e avaliações qualitativas de satisfação. Espera-se, como resultado, a redução drástica do tempo de espera, a queda do absenteísmo para menos de 5% e a melhora na satisfação de usuários e profissionais, fortalecendo o vínculo terapêutico e a resolutividade do serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; necessidades e demandas de serviços de saúde; agendamento de consultas; sistema único de saúde

ABSTRACT

Primary Health Care faces challenges in ensuring timely access, one of its essential attributes. In a Family Health Unit located in an area of social vulnerability in the interior of the state of São Paulo, a critical scenario is observed, with waiting times for appointments longer than 60 days, a no-show rate above 15%, and the suggestion of inappropriate practices, such as prescription renewals without in-person assessment, which undermine continuity of care. This intervention project aims to implement the Advanced Access model to reorganize the appointment schedule, improve access, and reduce waiting time. The methodology is based on a phased 12-month implementation, beginning with team preparation and training, followed by restructuring the schedule into a model with approximately 90% of slots left open for same-day demand. Monitoring will be continuous, using quantitative indicators from the electronic health record (waiting time, no-show rate) and qualitative satisfaction assessments. The expected results include a drastic reduction in waiting time, a decrease in the no-show rate to below 5%, and improved satisfaction among users and professionals, strengthening the therapeutic bond and the problem-solving capacity of the service.

Keywords: primary health care; health services accessibility; health services needs and demand; appointments and schedules; unified health system

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
4. OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo Geral	15
4.2 Objetivos Específicos	15
5. METODOLOGIAS	16
6. RESULTADOS ESPERADOS	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para cumprir seu papel, deve garantir acesso oportuno, manter o vínculo ao longo do tempo e articular o cuidado entre diferentes níveis e serviços, atributos já estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (SAÚDE, 2017) Na prática cotidiana, entretanto, muitas Unidades de Saúde da Família (USF) enfrentam grandes desafios para garantir esses princípios, especialmente aquelas situadas em áreas periféricas pela carência de recursos. Na unidade onde atuo, localizada na periferia de um município do interior paulista, a escassez de profissionais e a limitação de recursos materiais dificultam o acesso oportuno dos usuários aos serviços.

A unidade é relativamente pequena, com apenas uma equipe de Estratégia Saúde da Família composta por dois médicos da estratégia de saúde da família, com carga horária semanal de 40 e 20 horas; duas enfermeiras, sendo que uma delas possui limitações e realiza uma média máxima de 30 acolhimentos por semana; três técnicas de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS), porém, somente um atua efetivamente no território. Além disso, contamos com duas pediatras que atendem 9 horas semanais cada e uma ginecologista que atende 5 horas por semana.

Embora nosso território adscrito tenha uma população estimada de aproximadamente 7.000 habitantes, apenas cerca de 3.100 usuários estão cadastrados na unidade. Essa diferença expressiva entre a população estimada e a efetivamente cadastrada reflete claramente as dificuldades operacionais decorrentes da alta rotatividade de profissionais – nos últimos dois anos ocorreram quatro trocas de gerências, seis trocas de médicos e oito trocas de recepcionistas – além de limitações no processo de cadastro, manutenção do vínculo e dificuldades de alcance territorial. Essas limitações de recursos humanos e materiais resultam em grandes filas de espera para consultas médicas e de enfermagem, que frequentemente ultrapassam 60 dias, com absenteísmo superior a 15%. Como alternativa para contornar a alta demanda e a falta de vagas disponíveis, a gestão da unidade frequentemente sugere práticas inadequadas, como a renovação de receitas sem a presença do paciente, o que poderia comprometer ainda mais a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

Nesse contexto, estudos nacionais e internacionais apontam que a organização da agenda é um fator crucial para garantir o acesso oportuno aos serviços. O modelo de Acesso Avançado (AA), proposto por Murray e Berwick, baseia-se na premissa de realizar o "trabalho

de hoje no dia de hoje", oferecendo consultas no mesmo dia da procura ou em até 48 horas, sem distinção entre demanda espontânea e consultas previamente programadas. (MURRAY; BERWICK, 2003) Evidências internacionais, como os estudos realizados por Breton et al. e Pickin et al., demonstram claramente que esse modelo reduz tempos de espera, diminui o absenteísmo e melhora a satisfação dos usuários e profissionais. (BRETON et al., 2022; PICKIN et al., 2004) No cenário nacional, experiências bem-sucedidas em Porto Alegre e Uberlândia reforçam esses achados. (BONILLA; WOLLMANN, 2020; RODRIGUES et al., 2020; SOARES et al., 2022)

Diante desse cenário, o presente Projeto de Intervenção propõe implementar o modelo de AA na unidade em que atuo, na tentativa de reorganizar a agenda de consultas, reduzir o tempo médio de espera, diminuir o absenteísmo e melhorar a resolutividade dos atendimentos, fortalecendo, assim, os atributos fundamentais da APS, como o vínculo terapêutico e a longitudinalidade do cuidado. O acompanhamento dessa intervenção ocorrerá por meio de indicadores objetivos, como tempo médio de espera por consultas, taxa de absenteísmo e satisfação dos usuários e profissionais, conforme já sugerido por Freire et al. e Cirino et al. (CIRINO et al., 2019; FREIRE et al., 2022) Com isso, espera-se contribuir de maneira efetiva para a consolidação da APS e qualificação da assistência prestada à comunidade atendida pela unidade.

2. JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde da Família em questão está localizada em área periférica de uma cidade do interior de São Paulo, atendendo a uma população estimada em cerca de 7.000 habitantes. Contudo, apenas 3.100 usuários estão efetivamente cadastrados na unidade, o que demonstra uma evidente limitação operacional decorrente da escassez de recursos humanos e materiais. A equipe conta com dois médicos generalistas totalizando 60 horas semanais, duas enfermeiras (com acolhimento restrito, limitado a no máximo trinta pacientes por semana), três técnicas de enfermagem e dois agentes comunitários, porém apenas um deles atuante no território. Complementam a equipe duas pediatras que atuam 9 horas semanais cada e uma ginecologista com carga horária semanal de 5 horas. Além da estrutura limitada, a unidade enfrenta alta rotatividade profissional, com quatro trocas de gerências, seis trocas de médicos e oito trocas de recepcionistas nos últimos dois anos, dificultando significativamente o vínculo terapêutico e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

Essas limitações resultam em uma dificuldade significativa no acesso às consultas, com tempo médio de espera ultrapassando dois meses. A situação é agravada por fatores como a alta taxa de absenteísmo, superior a 15%, consultas médicas que poderiam ser resolvidas pela enfermagem, o número insuficiente de acolhimentos diários e ausência de suporte especializado, especialmente do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dificultando o manejo adequado de casos complexos como os de saúde mental. Frente a esse cenário de escassez de recursos e alta demanda, a equipe enfrenta pressões da gestão para a adoção de práticas inadequadas, como a renovação de receitas sem a presença física do paciente. Tal medida, contudo, é evitada por comprometer a segurança clínica, a qualidade assistencial e por ferir as normativas éticas e legais estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Diante dessa realidade desafiadora, a implementação da agenda de AA surge como uma alternativa estratégica viável, já demonstrada por estudos nacionais e internacionais. Esse modelo, permite otimizar os recursos existentes, reduzir significativamente os períodos de espera para consultas e melhorar a resolutividade do cuidado prestado, baseado na reorganização dos processos internos e na oferta de atendimento no mesmo dia ou em até 48 horas após a procura. Espera-se, portanto, que essa intervenção possa contribuir para reduzir as faltas, aumentar a satisfação dos usuários e profissionais, além de aprimorar a qualidade assistencial e os indicadores gerais de saúde da comunidade assistida pela unidade.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O modelo de AA surgiu como uma estratégia organizacional voltada a enfrentar um desafio constante na APS, o tempo excessivo de espera para consultas. Criado por Mark Murray e Catherine Tantau nos Estados Unidos, essa abordagem propõe uma reestruturação radical da agenda das unidades de saúde. Seu princípio fundamental é atender os usuários no mesmo dia em que procuram o serviço ou, no máximo, em até 48 horas após a solicitação, sem distinção entre consultas previamente programadas e demandas espontâneas. (MURRAY; BERWICK, 2003)

Para viabilizar esse modelo na prática, é essencial reorganizar a agenda dos profissionais com aproximadamente 90% dos horários abertos diariamente, reservando apenas cerca de 10% para atendimentos previamente programados, as "consultas protegidas", que incluem ações de puericultura, pré-natal e reuniões de equipe. Além disso, a equipe precisa estabelecer uma triagem inicial eficiente, geralmente realizada pela recepção, para identificar casos de pronto atendimento, casos que exigem consultas imediatas ou demandas que necessitem de agendamento em até 48 horas devido à maior complexidade ou tempo necessário para atendimento. Outra característica importante é a definição clara do papel de cada membro da equipe, especialmente da enfermagem, que pode assumir consultas mais simples e rápidas, permitindo que o médico se concentre em casos mais complexos, além de renovação de medicamentos sem tarja. (GHOROB; BODENHEIMER, 2013; KNIGHT; LEMBKE, 2013)

Diversas experiências internacionais corroboram os benefícios potenciais do AA. Pickin et al., por exemplo, demonstraram que clínicas britânicas que implementaram o modelo reduziram significativamente o tempo de espera para consultas e melhoraram a satisfação dos usuários e da equipe. (PICKIN et al., 2004) Ansell et al., por meio de revisão sistemática, reforçaram que o AA diminui tanto a espera por atendimento quanto o absenteísmo. (ANSELL et al., 2017) No Brasil, Rodrigues et al., em Diadema-SP, relataram um aumento expressivo no número de atendimentos diários e diminuição considerável das faltas após adoção do AA. (RODRIGUES et al., 2020) Em Porto Alegre, Bonilla e Wollmann também verificaram melhora consistente nos indicadores assistenciais, destacando principalmente a reorganização da demanda e o ganho de eficiência operacional da equipe. (BONILLA; WOLLMANN, 2020)

Contudo, apesar de suas vantagens comprovadas, a implementação do AA traz desafios importantes que precisam ser considerados. Soares et al., alertam que se o dimensionamento da equipe não for adequado à demanda local ou se a agenda não estiver bem estruturada, o modelo

pode levar a uma sobrecarga significativa dos profissionais, especialmente em unidades com grande número de usuários por profissional. (SOARES et al., 2022) Salisbury et al., em uma análise crítica, também ressaltam que os benefícios podem ser limitados em contextos específicos, especialmente se a continuidade do cuidado não for preservada adequadamente pela gestão e equipe. (SALISBURY et al., 2007)

De fato, o sucesso da implementação do AA depende do correto dimensionamento da equipe e da população adscrita. Uma equipe muito reduzida em relação à sua população atendida pode ter dificuldade em manter a agenda aberta diariamente sem sobrecarregar seus profissionais, especialmente em situações adversas como férias ou licenças. Em uma unidade que atende, por exemplo, mais de 5.000 usuários com uma equipe reduzida, pode haver limitações importantes na aplicabilidade do modelo, necessitando adaptações, aumento do suporte de outros profissionais ou estratégias adicionais de manejo da demanda para evitar a sobrecarga excessiva. (ALVES, 2017; BODENHEIMER, 2014)

Portanto, a implantação bem-sucedida do AA exige um planejamento cuidadoso e participativo, treinamento contínuo da equipe e um monitoramento sistemático dos resultados para ajustes oportunos. (GHOROB; BODENHEIMER, 2013; KNIGHT; LEMBKE, 2013) O presente Projeto de Intervenção propõe a implementação desse modelo, considerando todas essas especificidades e buscando garantir uma adaptação adequada à realidade local, com o objetivo de melhorar substancialmente o acesso às consultas, reduzir o absenteísmo e fortalecer os atributos essenciais da APS, como o vínculo terapêutico e a continuidade do cuidado.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Reduzir o tempo de espera para agendamento de consultas médicas e de enfermagem através da implementação da agenda de acesso avançado na Unidade de Saúde da Família.

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar o fluxo atual de agendamentos, identificando os principais fatores responsáveis por atrasos e formação de filas.
- Implementar o modelo de AA adaptado à realidade local, buscando otimizar a agenda e a utilização do tempo dos profissionais.
- Reduzir as taxas de absenteísmo nas consultas previamente agendadas.
- Promover maior resolutividade no atendimento às demandas espontâneas.
- Avaliar continuamente indicadores relacionados ao tempo de espera, absenteísmo e satisfação dos usuários e da equipe após a implantação do modelo.

5. METODOLOGIAS

Este projeto de intervenção será realizado em uma USF, localizada em uma comunidade urbana periférica do município de Sumaré, interior do estado de São Paulo. A população estimada do território é de aproximadamente 7.000 habitantes; contudo, apenas cerca de 3.100 usuários estão efetivamente cadastrados na unidade, demonstrando claramente as limitações dos recursos humanos e materiais disponíveis. Sob minha responsabilidade clínica direta, estão aproximadamente 2.500 usuários desses cadastrados.

Serão excluídas gestantes e indivíduos menores de 16 anos, que permanecerão com atendimento preferencial programado devido à necessidade de acompanhamento sistemático e consultas pré-agendadas. Essa decisão se baseia na necessidade de preservar as linhas de cuidado já consolidadas para estes grupos, como o acompanhamento de pré-natal e a puericultura, que exigem um agendamento programático e sistemático para garantir a qualidade e a segurança da assistência.

A equipe local é formada por dois médicos generalistas (60 horas semanais ao todo), duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, dois ACSs, sendo apenas um atuante no território, duas pediatras com carga horária semanal de 9 horas cada e uma ginecologista com carga semanal de 5 horas. O início da intervenção está previsto para julho de 2025, com duração inicial entre 6 e 12 meses, sem previsão de encerramento definitivo, dependendo da avaliação positiva dos resultados obtidos.

A intervenção será conduzida em etapas estruturadas ao longo de 12 meses, com cronograma detalhado e participação ativa de toda a equipe multiprofissional. Nos primeiros dois meses, haverá uma etapa inicial de preparação, com reuniões semanais de alinhamento conceitual e operacional sobre o modelo de AA. Será realizada capacitação direcionada aos funcionários da recepção, enfermagem e equipe médica, com base em guias práticos e experiências anteriores já documentadas. Nessa etapa, haverá uma reorganização inicial da agenda, com mutirões em finais de semana, visando reduzir filas existentes e a demanda reprimida acumulada.

Entre o terceiro e o sexto mês ocorrerá a implementação efetiva do modelo de AA, com abertura diária da agenda médica e de enfermagem, sendo aproximadamente 90% dos horários disponíveis para consultas de demanda espontânea, garantindo atendimento no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato inicial. A literatura recomenda essa proporção para assegurar o

equilíbrio entre oferta e demanda, permitindo agilidade sem gerar sobrecarga excessiva dos profissionais. (MURRAY; BERWICK, 2003; PICKIN et al., 2004) Os 10% restantes da agenda serão reservados para as chamadas "consultas protegidas", que incluem atendimentos previamente programados com maior tempo (de 20 a 40 minutos), especialmente pré-natal, puericultura e reuniões semanais de equipe para planejamento e alinhamento contínuo.

A agenda diária será organizada da seguinte forma: no período da manhã, entre 7:00 e 10:30 horas, irá preponderar a agenda aberta, ou seja, consultas não agendadas previamente, atendendo pacientes que procuram o serviço naquele dia. Das 10:30 às 12:00, serão agendadas as consultas protegidas (pré-natal, puericultura e casos mais complexos previamente identificados pela equipe). No período da tarde, será adotada estrutura semelhante: das 13:00 às 15:30, agenda aberta; das 15:30 às 17:00, consultas protegidas. Semanalmente será reservado um turno inteiro (manhã ou tarde), especificamente às quartas-feiras pela manhã, exclusivamente ao pré-natal e puericultura, permitindo atendimento espontâneo quando houver disponibilidade de horários.

A recepção terá papel fundamental na reorganização da agenda e será capacitada para realizar uma triagem inicial rápida e eficaz, baseada em um protocolo previamente estabelecido. Atualmente, não há um fluxo organizado de triagem, e as recepcionistas direcionam usuários sem critérios específicos para médicos ou enfermeiras. Com a intervenção, as recepcionistas utilizarão um checklist estruturado para avaliar rapidamente a necessidade imediata dos usuários, direcionando adequadamente os usuários aos profissionais mais indicados, além de identificar casos de urgência/emergências, casos que requerem consultas mais prolongadas (acima de 10 minutos) e que serão agendados para atendimento no mesmo dia ou em até 48 horas. Casos mais complexos ou hiperfrequentadores serão avaliados individualmente pelo médico e pela enfermeira, com auxílio do ACS para acompanhamento contínuo e busca ativa quando necessário.

Ao final do sexto mês, será realizada uma avaliação intermediária formal para monitorar resultados iniciais. Indicadores quantitativos, como tempo médio de espera por consulta médica e de enfermagem, taxa de absenteísmo e volume total de consultas, serão obtidos por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Avaliações qualitativas serão feitas através de questionários de satisfação aplicados a usuários e profissionais. Com base nesses dados, ajustes pontuais serão discutidos e implementados pela equipe.

Na fase de consolidação (meses 7 a 12), a equipe seguirá com o monitoramento sistemático dos indicadores definidos, consolidando ajustes realizados e acompanhando continuamente a eficiência das mudanças. Ao final de 12 meses, será conduzida uma avaliação abrangente, com revisão crítica detalhada sobre resultados, dificuldades encontradas e benefícios alcançados, além da elaboração de relatório qualitativo e quantitativo abrangendo toda a intervenção.

Quanto às responsabilidades específicas dos profissionais, as recepcionistas realizarão a triagem inicial descrita, organizando adequadamente a agenda diária. A agente comunitária de saúde ficará encarregada da divulgação do modelo AA na comunidade, monitoramento ativo de faltosos e apoio na triagem de hiperfrequentadores. As enfermeiras assumirão as consultas de demanda espontânea (atendimento breve até 10 minutos) e consultas protegidas, além da gestão direta da agenda diária e monitoramento contínuo da operação do modelo e a possibilidade de renovação de medicamentos sem tarja. O médico da estratégia de saúde da família será responsável pela coordenação geral do projeto, atendendo demandas espontâneas e consultas protegidas, supervisionando ações clínicas, participando ativamente das reuniões semanais para ajustes periódicos e orientação contínua da equipe.

O monitoramento contínuo das ações ocorrerá mensalmente através do PEC, avaliando indicadores quantitativos (tempo médio de espera, absenteísmo, volume de atendimentos), complementados por avaliações qualitativas periódicas (questionários de satisfação). As reuniões semanais da equipe serão fundamentais para manter alinhamento contínuo, resolver intercorrências rapidamente e garantir a sustentabilidade e sucesso da intervenção proposta.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Com a execução deste projeto de intervenção na USF, espera-se uma melhora significativa no acesso às consultas médicas e de enfermagem. Prevê-se uma redução no tempo médio de espera, possibilitando que a maioria das demandas espontâneas seja atendida no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato inicial dos usuários com a unidade. Essa disponibilidade diária de horários livres para consultas, ou seja, consultas ofertadas sem necessidade prévia de marcação antecipada, visa reduzir o índice de absenteísmo para menos de 5%, conforme já demonstrado em experiências semelhantes.

Além disso, espera-se que a reorganização da agenda pelo modelo de AA aumente a satisfação dos usuários ao promover uma percepção de acolhimento mais eficiente e um atendimento oportuno às suas demandas de saúde. Adicionalmente, projeta-se maior satisfação e motivação entre os profissionais da equipe, especialmente devido à redução do desgaste associado às agendas lotadas e aos encaixes não planejados, contribuindo assim para uma melhora geral no ambiente de trabalho.

Também é prevista uma melhoria da qualidade assistencial oferecida à população, especialmente por fortalecer atributos fundamentais da APS, como a longitudinalidade e o vínculo terapêutico entre usuários e equipe multiprofissional. Com a diminuição do tempo de espera e das faltas às consultas, espera-se uma utilização mais eficiente dos recursos humanos e materiais da unidade. Esses resultados serão acompanhados periodicamente por indicadores pré-definidos, incluindo o tempo médio de espera para atendimento, a taxa de absenteísmo e questionários que avaliem a satisfação tanto dos usuários quanto da equipe.

De forma geral, espera-se que a adoção desse modelo favoreça também a integração da equipe, melhore a organização diária do trabalho e fortaleça a APS como porta de entrada eficiente do SUS. Se os resultados forem positivos, acredita-se que a experiência poderá servir como referência para outras unidades com características semelhantes, incentivando a replicação do modelo e contribuindo, dessa forma, para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde no município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como ocorre em muitas unidades de Atenção Primária do país, a realidade da USF onde atuo é marcada por desafios importantes relacionados à organização dos atendimentos e limitações nos recursos humanos. Atualmente, a unidade enfrenta dificuldades significativas no agendamento de consultas médicas, com tempos de espera frequentemente superiores a dois meses, além de restrições no acolhimento diário realizado pela equipe de enfermagem devido à insuficiência de vagas ofertadas. Essa situação leva a alternativas inadequadas sugeridas pela gestão, como a renovação de receitas sem a presença física dos pacientes, comprometendo diretamente a qualidade assistencial e a segurança clínica. A implementação do modelo de AA surge, portanto, como uma tentativa de reorganizar o processo de trabalho e tornar o atendimento mais eficiente, ainda que diante das limitações atuais.

No entanto, é fundamental reconhecer que o modelo de AA não soluciona completamente os problemas estruturais de falta de profissionais ou de sobrecarga da equipe. Pelo contrário, se não houver um planejamento cuidadoso e uma adequada adaptação da agenda à capacidade real da equipe, há risco de gerar sobrecarga adicional aos profissionais existentes, criando potencialmente um ciclo negativo de adoecimento, desgaste emocional, afastamentos ou rotatividade aumentada. Por essa razão, este projeto propõe uma reorganização gradual e participativa, com monitoramento constante dos indicadores relacionados ao bem-estar dos profissionais e à carga de trabalho, garantindo que ajustes sejam realizados rapidamente caso se perceba aumento excessivo na demanda sobre a equipe.

Mesmo com esses desafios, evidências nacionais, como as observadas em Diadema-SP, Porto Alegre e Ribeirão Preto-SP, demonstram que, quando adequadamente implementado, o AA tem potencial para melhorar o aproveitamento dos recursos humanos existentes, reduzir filas e absenteísmo, e aumentar a satisfação tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais. Esses resultados indicam que é possível oferecer um atendimento mais eficiente e qualificado, fortalecendo atributos essenciais da APS, como o vínculo e a longitudinalidade, sem que isso necessariamente implique em sobrecarga insustentável para a equipe. (BONILLA; WOLLMANN, 2020; FILHO et al., 2019; RODRIGUES et al., 2020)

Finalmente, para garantir que as mudanças sejam sustentáveis e não causem danos colaterais aos profissionais, este projeto prevê avaliações periódicas detalhadas, capacitação contínua da equipe e ajustes progressivos ao longo de sua implementação. Dessa forma, espera-se não apenas melhorar a realidade imediata da unidade, mas também criar um modelo adaptado

e replicável que possa ser utilizado por outras unidades com características semelhantes, fortalecendo efetivamente a APS como porta de entrada resolutiva e qualificada do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, B. N. *Implantação da agenda de acesso avançado: estudo de caso em unidade da Estratégia Saúde da Família no interior paulista*. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de São Carlos, 2017.
- ANSELL, D. et al. Same day consultations and reducing missed appointments: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, p. 1–13, 2017
- BODENHEIMER, T. Strategies to reduce delays in primary care. *JAMA Internal Medicine*, v. 174, n. 8, p. 1239–1240, 2014.
- BONILLA, A. M.; WOLLMANN, L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2063, 2020.
- BRETON, M. et al. Improving wait times and access to primary care: A before and after study of a structured access initiative in quebec. *BMC Family Practice*, v. 23, n. 14, p. 1–11, 2022.
- CIRINO, F. et al. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de são paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 605–613, 2019.
- FILHO, L. A. S. P. et al. Implantação do acesso avançado em unidade de saúde da família: relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1916, 2019.
- FREIRE, L. V. et al. Avaliação da qualidade do acesso e da satisfação dos usuários após a implantação do acesso avançado em uma unidade básica de saúde. *Saúde em Debate*, v. 46, n. esp. 4, p. 17–30, 2022.
- GHOROB, A.; BODENHEIMER, T. Sharing the care to improve access to primary care. *New England Journal of Medicine*, v. 368, p. 6–8, 2013.
- KNIGHT, A. W.; LEMBKE, T. Making advanced access work in general practice: a qualitative study. *Australian Family Physician*, v. 42, n. 10, p. 770–775, 2013.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.
- PICKIN, M. et al. Evaluation of advanced access in the national primary care collaborative. *British Journal of General Practice*, v. 54, p. 334–340, 2004.
- RODRIGUES, R. D. A. et al. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma unidade básica de saúde de estratégia saúde da família, município de diadema, são paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2350, 2020.
- SALISBURY, C. et al. Impact of advanced access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *British Journal of General Practice*, v. 57, n. 541, p. 608–614, 2007.

SAÚDE, B. M. da. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF.

SOARES, L. S. et al. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 2851, 2022.