

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO
PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL**

MANUEL SAMPAIO TEIXEIRA FILHO

**A INTRODUÇÃO DO ACESSO AVANÇADO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO
DE AGENDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRAIA DA BALEIA, EM
ITAPIPOCA-CE**

**BELO HORIZONTE – MG
2024**

MANUEL SAMPAIO TEIXEIRA FILHO

**A INTRODUÇÃO DO ACESSO AVANÇADO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO
DE AGENDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRAIA DA BALEIA, EM
ITAPIPOCA-CE**

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

Orientador: Prof. Dr. Wanderson Costa Bomfim

**BELO HORIZONTE – MG
2024**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidata: Manuel Sampaio Teixeira Filho

Título do Trabalho: Introdução do Acesso Avançado como instrumento de gestão de agenda na Unidade Básica de Saúde Praia da Baleia, em Itapipoca-CE

Comissão Examinadora:

Orientador: Wanderson Costa Bomfim

Avaliadora: Michelle Elaine Siqueira Ferreira

Aos 08 dias do mês de novembro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do candidato, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 08 de novembro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br WANDERSON COSTA BOMFIM
Data: 08/11/2024 15:28:02-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Wanderson Costa Bomfim
ORIENTADOR

Documento assinado digitalmente
gov.br MICHELLE ELAINE SIQUEIRA FERREIRA
Data: 08/11/2024 15:46:00-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Michelle Elaine Siqueira Ferreira
AVALIADORA

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde possui como um dos seus atributos a coordenação do cuidado, a qual, para ser alcançada de maneira eficaz, deve-se obter uma gestão de agenda que permita o atendimento de todos os grupos populacionais de maneira organizada e consolidada. Nessa circunstância, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Baleia, em Itapipoca-CE, não apresenta um agendamento eficiente, ocasionado longas filas, extensos tempos de espera, alta taxa de absenteísmo e consultas desordenadas por grupos prioritários. Esse problema possui dois principais nós críticos: gestão de agenda baseada em programas de assistência e ausência de controle adequado e programado de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro e médico. O Acesso avançado, portanto, torna-se uma metodologia importante a ser implementada visando a gerir melhor os atendimentos dos diversos profissionais da equipe de saúde da família, uma vez que estimula a máxima resolubilidade diária, sendo realizado o “trabalho de hoje, hoje” a fim de reduzir tempo de espera, absenteísmo e assegurar o respeito aos agendamentos. Para isso, é necessário a capacitação dos integrantes da eSF, a otimização do atendimento conforme gravidade e necessidade e a participação ativa dos pacientes. Sob outro viés, também é essencial o estabelecimento de uma rotina de consultas intercaladas entre enfermeiro e médico, por meio do uso de plataformas eletrônicas as quais possam organizar o adequado seguimento de cada indivíduo na unidade e, assim, não sobrecarregar nenhum profissional da saúde ao manter o acompanhamento por pelo menos uma consulta por ano do profissional da enfermagem e do profissional médico. Portanto, a introdução do Acesso Avançado na UBS Baleia é uma estratégia fundamental para superar os problemas identificados na atuação dentro dessa unidade; todavia, essa implementação, apesar dos benefícios expostos, apresenta desafios consideráveis, como treinamento contínuo dos profissionais, alocação de recursos financeiros e tecnológicos, além de uma possível resistência inicial por parte de integrantes da eSF ou de pacientes. Apesar disso, espera-se que a realização desse projeto consolide a organização da agenda e o acompanhamento eficiente de cada usuário do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Agendamento de Consultas; Atenção Primária à Saúde; Organização e Administração; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care has, among its key attributes, care coordination, which, in order to be effectively achieved, requires schedule management that enables the organized and consolidated attendance of all population groups. In this context, the Baleia Basic Health Unit (BHU), located in Itapipoca, Ceará, does not present an efficient scheduling system, resulting in long queues, extended waiting times, high absenteeism rates, and disorganized appointments among priority groups. This problem is mainly associated with two critical issues: schedule management based on specific assistance programs and the lack of adequate and systematic follow-up of patients by nurses and physicians. Advanced Access, therefore, becomes an important methodology to be implemented in order to improve the management of appointments among the various professionals of the Family Health Team, as it promotes maximum daily problem-solving capacity by performing “today’s work today.” This approach aims to reduce waiting times and absenteeism while ensuring compliance with scheduled appointments. To achieve this, it is necessary to train Family Health Team members, optimize care according to severity and need, and foster active patient participation. Moreover, establishing a routine of alternating consultations between nurses and physicians is essential, using electronic platforms capable of organizing proper follow-up for each individual within the unit, thus preventing professional overload while ensuring at least one annual appointment with both the nursing and medical professionals. Therefore, the introduction of Advanced Access at the Baleia BHU represents a fundamental strategy to overcome the identified challenges in service delivery. However, despite its demonstrated benefits, this implementation poses considerable challenges, such as the need for continuous professional training, allocation of financial and technological resources, and potential initial resistance from both team members and patients. Nevertheless, the successful implementation of this project is expected to consolidate schedule organization and promote effective follow-up of each user within the Unified Health System.

Keywords: Appointments and Schedules; Primary Health Care; Organization and Administration; Effective Access to Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Praia da Baleia, município de Itapipoca, estado do Ceará.....	13
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo), viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da gestão de agenda baseada em programas de assistência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Baleia, do município de Itapipoca, estado do Ceará.....	28
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo), viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 2 relacionado à ausência de controle adequado e programado do acompanhamento de pacientes pelo enfermeiro e médico na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Baleia, do município de Itapipoca, estado do Ceará.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso avançado
APS	Atenção Primária à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Aspectos gerais do município	9
1.2	O sistema municipal de saúde	9
1.3	Aspectos da comunidade.....	10
1.4	A Unidade Básica de Saúde da Baleia	10
1.5	A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Baleia....	11
1.6	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	12
1.7	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	12
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo Geral	16
3.2	Objetivos Específicos.....	16
4	METODOLOGIA	17
4.1	Local e período	17
4.2	Etapas do projeto	17
4.3	Planejamento das situações-problema.....	17
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1	Direito à Saúde e aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde na APS.....	19
5.2	Modelos de Acesso na Atenção Primária	20
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
6.1	Descrição e explicação do problema selecionado (terceiro e quarto passos).....	26
6.2	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Itapipoca está localizado na região norte do estado do Ceará, há cerca de 136 quilômetros (km) da capital, Fortaleza. A cidade possui uma população de 131.123 pessoas, com uma área territorial de 1.600,358 km², totalizando uma densidade demográfica de 81,93 habitantes por quilômetro quadrado. Apresenta PIB per capita de R\$13.547,33, ficando nas posições 60 de 184 entre os municípios do estado e na 4045 de 5570 entre todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2022).

Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97,9%. Na comparação com outros municípios do estado, ficou na posição 53 de 184. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2021, para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública, era 6 e para os anos finais, de 5,4. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 92 e 63 de 184, respectivamente (BRASIL, 2022).

A cidade, alicerçada na agricultura familiar e apoiada por um setor industrial e de serviços em crescimento, possui um comércio vibrante e diversificado. Suas ruas e avenidas estão repletas de lojas e boutiques que oferecem uma ampla gama de produtos e equipamentos. Entre as principais áreas comerciais destacam-se a Rua Eubia Barroso, a Avenida Anastácio Braga, a Avenida Duque de Caxias, a Avenida Vicente Siebra, a Avenida Monsenhor Tabosa e a Avenida José do Patrocínio, que funcionam como importantes corredores econômicos, consolidando a cidade como um centro regional de compras e negócios (ITAPIPOCA, 2024).

A produção agrícola é igualmente diversificada, refletindo as características das distintas regiões da cidade. Na Zona Serrana, destacam-se as culturas de algodão, milho, feijão, banana, café, mamona, além de uma variedade de frutas, verduras e mel. No Sertão, a produção inclui algodão, milho, cera de carnaúba, leite, queijo, peles, couro, gado e castanha de caju. Já na região litorânea, os produtos predominantes são coco, peixe, crustáceos e diversas frutas (ITAPIPOCA, 2024).

1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção primária à saúde (APS) de Itapipoca está organizada por meio de 39 unidades básicas de saúde, onde trabalham 48 equipes de saúde da família (eSF), as quais abrangem 100% da população adscrita. Ademais, para completar o sistema de

saúde, o município ainda conta com 3 núcleos de atenção à saúde da família (NASF), 1 centro de especialidades médicas, 1 central de regulação, 1 unidade de pronto atendimento (UPA) de porte secundário, 1 centro de atenção psicossocial, 1 policlínica e 1 hospital regional (BRASIL, 2021).

1.3 Aspectos da comunidade

O território onde a unidade básica de saúde atua possui os serviços básicos de saneamento básico, coleta de lixo e escola municipal até o ensino fundamental. A cultura é, principalmente, baseada na atividade de pesca e no turismo, a qual sucede-se na Praia da Baleia, Praia de Maceió, Barra do Rio Mundaú, lagoa de Humaitá e do Mato. Apresenta uma estrutura para prática de religião católica, uma para Testemunha de Jeová e um culto para evangélicos. Ocorre anualmente dois grandes eventos culturalmente significativos: Regata da Baleia e Festa de Réveillon.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Baleia

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Praia da Baleia, também conhecida como UBS Baleia, fica localizada na Avenida Félix Francisco do Nascimento, no distrito da Praia da Baleia, e abrange três localidades: Pedrinhas, Copaba e Centro (BRASIL, 2023).

A equipe de saúde da família da localidade existe desde 2009, trabalhando em locais alugados e/ou de forma intermitente. A unidade física foi apenas inaugurada em 18 de junho de 2016, em um período em que foi dada maior importância à atenção primária no município de Itapipoca, com expansão de unidades pelos distritos e aumento do número de equipes na sede municipal.

A estrutura física passou por uma reforma completa entre início de 2023 e início de 2024, sendo totalmente inaugurada em agosto deste mesmo ano. Durante esse período, os atendimentos ocorreram em uma edificação ao lado da unidade original, onde funcionava a escola do município antigamente.

A estrutura atual consta com três consultórios – onde ocorre atendimento da medicina, da enfermagem e da odontologia –, recepção com sala de espera e de entrega de medicações, espaço para atividades coletivas – no qual acontecem ações mensais de prevenção e promoção de saúde, como vacinação, controle de hipertensão e diabetes, realização de atividades físicas e lúdicas, além de coleta de exames laboratoriais uma vez por mês –, sanitários para pacientes e funcionários,

copa com pequeno espaço de convivência, dependência de observação e repartimento para vacinação diária.

Os atendimentos, por sua vez, são divididos durante o horário de funcionamento da unidade (7 às 11 horas e 13 às 17 horas, de segunda à sexta) em programas de hipertensão e diabetes, pré-natal, puericultura, demanda espontânea e saúde mental. Em momentos específicos de eventos, a unidade abre para funcionar como uma equipe de apoio de urgência e emergência, porém com funcionários terceirizados.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Baleia

Funciona uma eSF - composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga e um auxiliar de dentista -, a qual abrange uma população de 2.015 indivíduos, dos quais há 700 famílias cadastradas, e está em construção o primeiro NASF da região.

O médico tem sua demanda dividida em urgente e programadas. Diariamente e, a cada turno do dia, há 3-4 vagas para necessidade agudas; as outras vagas de atendimento são programadas entre programas de hipertensão e diabético (16 vagas semanais), pré-natal e saúde da mulher (9 vagas semanais), puericultura e hebiatria (8 vagas semanais), saúde mental (5 vagas semanais), visita domiciliar (5 vagas semanais) e busca espontânea (19 vagas semanais). Não há materiais para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos.

Já a enfermagem divide seu agendamento em pré-natal e saúde da mulher, puericultura, programas de hipertensão e diabetes, coleta de prevenção ginecológica e visita domiciliar. A odontóloga realiza seus atendimentos sob livre demanda, priorizando avaliação de gestantes as quais já estão na unidade com outro propósito e precisam dessa consulta. Ocorrem 1 ou 2 vezes por mês assistência nutricional na unidade como parte do projeto da secretaria municipal de equipes multiprofissionais disponíveis para os distritos da cidade.

Entrega de medicações e vacinação ocorrem diariamente. Realiza-se, mensalmente, pelo menos uma campanha abordando prevenção, conscientização e promoção em saúde. Além disso, reuniões de equipe são realizadas todo primeiro dia do mês, com elucidação de diagnósticos da equipe.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após uma análise criteriosa dos problemas enfrentados pela UBS e após um diálogo aprofundado com a equipe de saúde, foram identificados alguns problemas principais que demandam intervenções estratégicas para aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Primeiramente, a gestão da agenda tem se mostrado ineficiente, resultando em desorganização no atendimento e longos tempos de espera para os usuários. Em segundo lugar, a infraestrutura da unidade apresenta deficiências significativas, comprometendo tanto o conforto quanto a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Além disso, a insuficiência no número de agentes comunitários de saúde tem dificultado a cobertura adequada e o acompanhamento das famílias na área de abrangência da UBS, impactando negativamente na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Por fim, há uma dificuldade expressiva de acesso a outros equipamentos de saúde, como hospitais e laboratórios, o que limita a continuidade do cuidado e agrava o quadro de saúde dos usuários que necessitam de serviços especializados.

Estes problemas representam desafios substanciais que requerem soluções integradas e eficazes para assegurar um atendimento de qualidade e a promoção da saúde da comunidade assistida.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

No cotidiano da equipe de saúde da família é possível observar entraves que dificultam a adequada gestão e o eficaz processo de trabalho dos profissionais. Entre esses, quatro problemas se destacam por dificultar a qualidade do cuidado e o trabalho em equipe.

A seleção de prioridade desses problemas foi baseada em três aspectos principais: influência da falha no cotidiano da equipe, logo seu grau de importância na coordenação do cuidado; urgência da solução do mesmo para uma qualidade de cuidado adequada; e capacidade de enfrentamento baseado nas possibilidades da equipe.

Nesse contexto, a gestão de agenda tornou-se a problemática mais essencial a ser resolvida, uma vez que uma adequada organização do agendamento dos profissionais garante a continuidade do cuidado.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Praia da Baleia, município de Itapipoca, estado do Ceará.

Problema	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/priorização****
Gestão de agenda	Alta	10 pontos	Total	1
Infraestrutura	Alta	10 pontos	Parcial	2
Insuficiência do número de agentes de saúde	Média	6 pontos	Parcial	3
Dificuldade de acesso a outros equipamentos de saúde	Média	4 pontos	Fora	4

Fonte: autor.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

É fundamental que a APS disponha de uma gestão de agenda que permita o atendimento eficiente e abrangente de todos os grupos populacionais. Isso inclui a programação de consultas para grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças; a criação de espaços para demandas espontâneas ou agudas; a programação de consultas de retorno ou reavaliação; e o estabelecimento de atendimentos para indivíduos que não pertencem a classes específicas, como pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, com comorbidades reumatológicas, distúrbios ortopédicos, entre outros (BRASIL, 2013). A ausência de uma gestão eficaz da agenda compromete a consolidação dos princípios fundamentais da APS, que são o acesso, a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade da assistência (BRASIL, 2007).

Durante mais de dois anos de atuação na UBS Baleia, foi observado a ausência de uma organização eficaz no agendamento dos diversos profissionais da unidade. Tal desorganização resultou em longas filas diárias, extensos tempos de espera, alta taxa de absenteísmo e consultas desordenadas por grupos prioritários. Além disso, o número elevado de faltas às consultas agendadas, a falta de espaço para atendimentos de demandas agudas e a inexistência de controle sobre a agenda – com alguns dias sobrecarregados e outros subutilizados – comprometem ainda mais a eficiência da unidade. Outro fator que prejudica o fluxo dentro da UBS é a falta de controle intercalado entre as consultas médicas e de enfermagem, o que gera descontinuidade no acompanhamento dos pacientes.

Nesse contexto, implementar a metodologia do acesso avançado (AA) ou acesso aberto se torna crucial para melhorar a admissão e o acesso aos serviços de saúde na UBS Baleia. Este método visa à máxima resolubilidade diária, com atendimento das demandas do dia dentro de um prazo de 48 horas. O princípio do AA, "fazer o trabalho de hoje, hoje" (MURRAY, BERWICK, 2003), é essencial para reduzir as longas filas de espera, diminuir o absenteísmo e assegurar o respeito aos agendamentos. A aplicação do acesso avançado propõe que entre 65% e 75% das vagas na agenda dos profissionais de saúde sejam deixadas abertas no início do dia, sendo preenchidas conforme a demanda ao longo do dia, por agendamentos presenciais ou digitais, com horário claramente definido, evitando, assim, a superlotação da unidade (WOLLMAN *et al.*, 2014). As consultas programadas com

maior antecedência seriam reservadas para casos específicos, como gestantes, puericultura, ou situações de vulnerabilidade social (CIRINO, 2020).

A intervenção na gestão da agenda da UBS Baleia é, portanto, fundamental para garantir um atendimento mais eficiente, humanizado e em consonância com os princípios da APS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Implementar a metodologia do acesso avançado na gestão de agenda da UBS Praia da Baleia para aperfeiçoamento da eficiência dos serviços de saúde oferecidos.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Reduzir o tempo de espera entre a apresentação da demanda e o atendimento;
- b) Adequar e moldar de forma eficiente a procura por atendimentos;
- c) Ampliar a oferta de vagas diárias para atendimentos de maneira eficaz;
- d) Avaliar o impacto na organização do serviço e na satisfação dos usuários;
- e) Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso avançado na unidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Local e período

O projeto de intervenção será realizado na UBS Praia da Baleia, especificada no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde número 3673669, localizada na cidade de Itapipoca, estado do Ceará. A proposta deverá ter seu início, com fase de testes e capacitação dos profissionais, em fevereiro de 2025; com uma fase de avaliação dos resultados após 6 meses de introdução do acesso avançado, a fim de determinar a sequência do método de agendamento.

4.2 Etapas do projeto

O plano é realizar a capacitação com os profissionais da equipe (médico, enfermeira, odontóloga, auxiliar de dentista, agente administrativo, agente de núcleo e técnica de enfermagem) acerca da metodologia do acesso avançado a fim de elucidar as características dele e, assim, poder facilitar sua implementação. A seguir, começar a introdução do método no agendamento de cada profissional, de maneira individual e sequencial.

Após 6 meses do início, avaliar a eficácia do acesso avançado por meio dos seguintes critérios: satisfação dos usuários e dos profissionais da eSF; tempo de espera para consulta; número de atendimentos diários; e organização da agenda de cada profissional.

4.3 Planejamento das situações-problema

Foi utilizado o Plano Estratégico Situacional para estimativa rápida e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações.

Nesse contexto, o primeiro passo foi a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, elucidando suas causas e consequências. O segundo passo foi a classificação e priorização desses entraves baseado na distribuição de 30 pontos considerando a urgência de cada um deles; na atribuição de valor alto, médio e baixo segundo importância do problema; e na capacidade total, parcial ou nula de resolubilidade pela equipe. Com a principal problemática selecionada, foi feito a descrição e a explicação dela de maneira completa e minuciosa.

O passo seguinte decorreu do reconhecimento de cada nó crítico relacionado ao problema, ou seja, cada causa dentro do espaço de governabilidade da equipe.

Foram, então, desenhadas as operações sob os nós críticos determinados, identificando recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder, designando os responsáveis por cada etapa do projeto.

Finalmente, realizou-se a gestão do plano de ação e definição do processo de acompanhamento das atividades realizadas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Direito à Saúde e aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde na APS

Segundo o que é estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988),

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal assegura que a saúde é um direito de todos, devendo ser garantido pelo Estado por meio de um acesso universal e facilitado. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel crucial, pois é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para que esse direito seja efetivo, o acesso aos serviços deve ser simplificado, permitindo que o paciente obtenha atendimento de forma ágil, em horários convenientes e com um sistema de agendamento que atenda às suas necessidades (CURITIBA, 2014).

De acordo com a Portaria nº 4.279, para garantir a efetividade no acesso aos serviços de saúde, é essencial avaliar três aspectos fundamentais: disponibilidade, comodidade e aceitabilidade. A disponibilidade refere-se à capacidade de o usuário e sua família obterem a atenção necessária quando precisam, garantindo a oferta adequada de serviços. A comodidade envolve fatores como o tempo de espera pelo atendimento, a conveniência dos horários de funcionamento, a eficácia do método de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais de saúde, e o conforto dos locais de atendimento. Já a aceitabilidade diz respeito ao grau de satisfação dos usuários em relação à localização e estrutura física dos serviços, ao tipo de atendimento oferecido, e à aceitação dos profissionais que prestam esse atendimento (BRASIL, 2010).

No contexto da atenção primária à saúde, o acesso aos serviços é, muitas vezes, burocrático, prescritivo, excludente e pouco participativo, uma vez que há reduzido planejamento estratégico e grande morosidade no manejo das demandas reais da comunidade (BARBOSA *et al*, 2013), podendo acarretar a perda da noção

das necessidades da pessoa, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento (MARQUES, LIMA, 2007). O acolhimento é visto como uma problemática importante nessa questão, pois, em detrimento de gerar procedimentos organizados e interativos (CAMPOS *et al*, 2014), apresenta ausência de articulação em redes integradas, excesso de demanda, ausência de capacitação e de espaços democráticos para reorganizar o processo de trabalho (TESSER *et al*, 2018).

O agendamento exhibe uma dicotomia hierarquizada entre demanda espontânea e programada, em que há hipervalorização da segunda (TESSER *et al*, 2018). A ausência de sistemas de marcação de consultas eficientes acarreta longas filas de espera, altas taxas de absenteísmo, insatisfação dos usuários e a ineficácia na gestão de horários disponíveis dos profissionais de saúde, o que contribui para um ambiente de trabalho prejudicado, uma qualidade de cuidado deficiente e, conseqüentemente, uma dificuldade de atendimento longitudinal e equânime (VIDAL *et al*, 2019).

5.2 Modelos de Acesso na Atenção Primária

Atualmente, existem três tipos de sistemas relacionados à continuidade do acesso. O primeiro e mais usado é o modelo tradicional, no qual estratifica a demanda em duas vertentes: urgente e não urgente, priorizando a consulta de cuidados agudos em detrimento de necessidades contínuas por comorbidades, acarretando filas de espera, agendamentos para grupos específicos, número maior de consultas para um mesmo paciente, atrasos, absenteísmo e, conseqüentemente, a insatisfação dos pacientes e sobrecarga dos profissionais de saúde (MURRAY, BERWICK, 2003), o qual realiza o “trabalho do mês passado, hoje” (MURRAY, TANTAU, 2000).

O segundo modelo foi descrito por Smoller (1992) e é chamado de sistema com vagas, o qual postula que, a cada 10.000 pacientes, a demanda por consultas médicas de urgência são de 55 na segunda-feira, 50 na terça-feira e 45 de quarta a sexta-feira. Assim, diversos profissionais de saúde organizam seu agendamento baseado nessa informação, realizando “parte do trabalho de hoje, hoje”, o que pode acarretar uma maior tensão na dicotomia atendimento de urgência e de rotina, transtornos de marcações futuras e marcação de pacientes não urgentes em vagas de emergência (MURRAY, TANTAU, 2000).

O último sistema de agendamento é o acesso avançado, onde é necessário “fazer o trabalho de hoje, hoje” ao equilibrar a disponibilidade de vagas com a demanda (MURRAY, TANTAU, 2000). Para isso, segundo Murray e Berwick (2003), é essencial as seguintes alterações na agenda dos profissionais:

- a. equilíbrio entre oferta e demanda;
- b. eliminar o atraso acumulado;
- c. reduzir o número de consultas para cada paciente reservando tempo necessário de consulta para as demandas;
- d. desenvolver planos de contingência, como prescrições telefônicas, sistemas de atendimento ao final do dia, divisão do trabalho dos médicos ausentes, expandir a atuação da enfermagem;
- e. reduzir e moldar a demanda, com longitudinalidade do cuidado com o mesmo profissional;
- f. aumentar a oferta efetiva ao distribuir funções burocráticas para profissionais não-médicos.

Esse instrumento, portanto, pode ser fundamental uma vez que reduz o intervalo de tempo entre o surgimento da demanda e o atendimento, reduz ou molda adequadamente a busca por assistência e aumenta a oferta de vagas (MURRAY, BERWICK, 2003).

O acesso avançado está relacionado à melhoria da qualidade da consulta médica e da assistência prestada, além da diminuição no atraso das consultas médicas e no absenteísmo, aumentando, pois, a satisfação dos usuários após redução no tempo de espera por atendimento clínico; a longitudinalidade; e a segurança do paciente (VIDAL *et al.*, 2019).

Em experiência realizada nas unidades de saúde de Curitiba, houve a organização do fluxo de atendimento com, primeiramente, o maior envolvimento do enfermeiro no cuidado das pessoas. Depois disso, foram colocados os consultórios dos médicos e enfermeiros de cada equipe um do lado do outro; foi organizado o fluxo de pacientes, com pequena triagem na recepção e encaminhamento para sala de triagem completa com enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, sempre da mesma equipe do médico; foram disponibilizados horários ao invés de senha, o que faz o

paciente não necessariamente ter que esperar na unidade de saúde; e, por fim e quando possível, associar duas equipes para cobertura das populações em todo o horário no qual a unidade encontra-se aberta para auxílio à saúde (CURITIBA, 2014).

Nesse mesmo experimento, algumas mudanças na agenda dos profissionais de saúde foram realizadas, entre elas a reavaliação frequente de agendamentos para mais de 30 dias a fim de considerar novamente a necessidade da consulta; os pacientes com busca espontânea são julgados diariamente de forma resolutiva pela própria equipe e atendidos preferencialmente no mesmo dia; evita-se agendamentos para mais de 2 semanas e reserva-se, no mínimo, 50% das vagas de atendimento do médico e da enfermagem para demandas diárias. Nessas condições, a fila de espera da UBS Moradias, em Belém, foi zerada e os usuários da UBS Santa Quitéria reconheceram a melhora do acolhimento e da assistência, aperfeiçoando a relação ESF-paciente (CURITIBA, 2014).

Já em uma unidade de saúde de Diadema, São Paulo, onde foi introduzido o acesso avançado, houve aumento do número de atendimentos individuais considerando todos os profissionais da equipe (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem). Na agenda médica, ocorreu acréscimo de 36% nos acompanhamentos, enquanto na da enfermagem, 792% de elevação. Outro dado importante foi a redução no número de faltas de consultas programadas de 13% para 2% (CIRINO *et al.*, 2020).

Em Porto Alegre, após a introdução do AA no Hospital das Clínicas, observou-se que não aconteceu alteração em relação à quantidade de atendimento do médico e de outros profissionais de saúde. Enquanto em 2015, no modelo tradicional, ocorreram 7% de consultas da equipe multidisciplinar; em 2018, já com acesso aberto, houve 8%. Isso demonstrou a necessidade de uma maior oferta de consultas multiprofissionais associadas à implementação de protocolos assistenciais, visando a um maior compartilhamento de cuidado e a integralidade do paciente, facilitando, assim, a organização das demandas de cada indivíduo (PEREIRA, 2018).

No distrito sanitário da região oeste de Ribeirão Preto, São Paulo, também foi comparado, durante períodos distintos, o modelo tradicional de agendamento e o acesso aberto. Em relação ao absenteísmo, houve redução de 13,57% para 3,2%; ao número de atendimentos, aumentou, no AA, de 221 consultas para 428; e ao tempo de espera, diminuiu de 12,45 dias de espera para 0,33 dias (PIRES FILHO, 2019).

Em contrapartida, no estudo de Belardi *et al.* (2004), em um serviço de residência de medicina de família e comunidade (MFC) no Canadá, não houve alteração estatisticamente significativa na continuidade, no absenteísmo e no número de consultas médicas entre o modelo tradicional de agendamento e o acesso avançado. Todavia, ainda assim, o tempo médio para obtenção de consulta reduziu de 21 dias no modelo tradicional para 5 dias no acesso aberto. Resultado semelhante foi observado por Cameron *et al.* (2010), no qual esse intervalo reduziu de aproximadamente 14 dias para cerca de 4 dias; diferente da primeira pesquisa, porém, a quantidade de faltas caiu de 3,33% para 1,89%.

Em 2007, um estudo internacional foi realizado pela *National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D*, onde 8 clínicas de MFC foram comparadas entre si, tendo metade introduzido o acesso avançado e a outra metade não (casos-controle). No primeiro grupo, 57% das pessoas relataram conseguir agendamento médico para o mesmo dia, e 75% em dois dias úteis. Nos controles, 32% dos pacientes eram vistos no mesmo dia e 57% em dois dias úteis. Não houve diferença na continuidade do cuidado e na carga de trabalho comparando os grupos, e o número de consultas médicas e de agendamentos aumentou nos dois grupos (SALISBURY *et al.*, 2007).

Diferente das experiências já listadas, na Unidade de Atenção Primária à Saúde Lineu Jucá, em Fortaleza, ocorreu a introdução do acesso avançado, porém o médico trabalhava no acolhimento de todos os pacientes, podendo ser resolutivo em casos agudos, agendar demandas complexas e/ou encaminhar para orientações e manejo da enfermagem. Inicialmente, houve um aumento considerável das demandas espontâneas, mas cerca de um mês após a nova organização da agenda, essas demandas reduziram. Sob outra ótica, o absenteísmo das consultas agendadas já reduziu nas primeiras semanas, assim como aumentou a satisfação da população com o acesso facilitado ao médico e a resolutividades dos atendimentos. Outro fator positivo foi um maior e melhor acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, os quais passaram a buscar mais ativamente suas avaliações de saúde (CAJAZEIRAS; SILVA; FORTE, 2019).

Sob essa ótica, existem diversos desafios para a implementação correta do acesso avançado. A viabilidade da sua introdução sofre influência, por exemplo, da proporção tamanho da população assistida e eSF, uma vez que se essa relação for

alta, associada a uma comunidade com vulnerabilidade social importante, o AA torna-se um modelo complicado para ser seguido. Ademais, a sustentabilidade do método é prejudicada em virtude da instabilidade institucional, política e administrativa; das condições de trabalho; da organização do trabalho; da localização, que agrega motivos referentes à localidade ou região em que se encontra a unidade de saúde ou o município; do plano de carreira de cada profissional; e do suporte externo, no qual é defeituoso pela ausência de adequado apoio dos diferentes níveis de atenção (GRANJA *et al.*, 2022).

O cenário do acesso oportuno pode fragilizar a programação do processo de trabalho da equipe, uma vez que, em detrimento da importância da coordenação do cuidado, prioriza-se, principalmente no início da introdução do método, a resolução diária da demanda (CASTRO, 2021). A ausência de sistemas informatizados de atendimento também prejudica a eficiência dessa metodologia, visto que a comunicação não presencial é essencial no processo de implementação (TASCA *et al.*, 2020).

A introdução do AA exige adaptação de consultórios e equipamentos visando a otimizar o atendimento, com valorização dos diversos profissionais da equipe. Todavia, é visto como entrave para a eficiência do método a ausência, muitas vezes, de resolutividade na consulta da enfermagem, o que sobrecarrega os atendimentos do médico. Por isso, Malham *et al.* (2020) afirmam que se deve maximizar a capacidade da atuação da enfermagem na atenção primária, criando um contexto profissional e eficiente que apoie a transformação na prática.

Nessa circunstância, a necessidade de existir uma “equipe irmã” como plano de contingência pode se tornar desafiador em alguns contextos, como presença de apenas uma eSF na unidade e ausência de profissional médico ou enfermeiro (GRANJA *et al.*, 2022).

A falta de preparo dos profissionais e as dificuldades comportamentais podem gerar insegurança e boicote ao modelo, em virtude da falta de entendimento da metodologia e do seu conceito, assim podendo gerar erros como tratar a APS com um centro de pronto-socorro ou pronto-atendimento (CASTRO, 2021). É importante, na verdade, que o paciente obtenha um cuidado integral na consulta, mesmo que a demanda seja aguda. Em experiência realizada em São Bernardo do Campo/SP, os coordenadores das unidades referiram como principais problemas a presença de

grande quantidade de pacientes hiperfrequentadores e equipes com mais de 5 mil usuários cadastrados, enquanto os profissionais de saúde listaram a grande quantidade de pacientes poliqueixosos, o não entendimento desta ferramenta pelos funcionários, a falta de conhecimento dos protocolos pelos profissionais das áreas técnicas, redução de resolutividade e de participação de multiprofissionais (LEITE, 2023).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado (terceiro e quarto passos)

Essa proposta refere-se ao problema da gestão de agenda, a qual foi priorizado em virtude da grande influência na coordenação de cuidado; da necessidade de resolução urgente visando a qualidade de cuidado eficiente; e da capacidade de resolubilidade da problemática no contexto da equipe de saúde da família da Praia da Baleia.

Nesse contexto, as dificuldades referentes ao agendamento são evidenciadas diariamente no cotidiano dos profissionais de saúde da UBS em questão. Pacientes vivenciam, por exemplo, constantemente, longas filas e extenso tempo de espera para conseguir consultas tanto da medicina como da enfermagem, uma vez que a agenda desses profissionais é dividida por programas de assistência: hipertensos e diabéticos, pré-natal, puericultura, saúde mental e transtornos espontâneos. Isso acarreta agendamentos futuros longos e o adiamento da resolução dos problemas dos enfermos, dificultando o acesso, a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade da assistência e, assim, aumentando a taxa de absenteísmo da unidade.

Essa forma de programação da agenda causa ainda a ausência de controle sobre o número de atendimentos diários, visto que alguns dias se tornam sobrecarregados e outros dias subutilizados. Exemplificando essa situação, datas de consulta de pré-natal há menor procura do que datas de hiperdia; logo, nesta circunstância ocorrem mais adiamentos do trabalho que deveria ser feito hoje, além de possibilitar menor tempo de atendimento para cada indivíduo, podendo ocasionar erros de condutas, complicações em demandas agudas e/ou descontinuidade em atendimentos crônicos.

Ademais, devido a essa forma de agendamento, as demandas agudas sobrecarregam os profissionais, já que, além das consultas agendadas, há atendimentos a essas adversidades em virtude da longa distância da unidade para estabelecimentos de assistência a urgência e emergência (UPA e hospital regional do município, por exemplo). Sob outra ótica, o acolhimento também é prejudicado em virtude do descontrole em relação a divisão entre consumo programado e não programado, atarefando substancialmente as técnicas de enfermagem as quais ficam

responsáveis por selecionar as pessoas que necessitam de consulta médica e as pessoas que precisam de avaliação da enfermagem.

Outro fator que prejudica a adequada gestão da agenda é a ausência de controle de acompanhamento de pacientes entre a enfermagem e a assistência médica. Muitos indivíduos são repetidamente acompanhados somente pelo médico em detrimento da enfermagem. Isso acontece primordialmente nos hipertensos, diabéticos e portadores de distúrbios mentais os quais são agendados sempre para avaliação da medicina em virtude da inadequada integralidade e longitudinalidade exercidas nas consultas, o que faz o paciente voltar diversas vezes, com adversidades diferentes e que, na maioria das ocasiões, só conseguem ser resolvidas por profissionais médicos.

Além disso, o registro em prontuário ocorre de duas formas: eletrônico e físico manualmente. O primeiro acontece predominantemente, todavia, devido a constante ausência de energia e a dificuldade de acesso ao sistema, o registro escrito é realizado também de maneira frequente, além de as visitas domiciliares também serem registradas dessa forma, prejudicando o controle da alternância de atendimento e acompanhamento entre os dois profissionais citados.

6.2 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- i. **Nó crítico 1:** gestão de agenda baseada em programas de assistência.
- ii. **Nó crítico 2:** ausência de controle adequado e programado do acompanhamento de paciente pelo enfermeiro e médico.

6.3 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo), viabilidade e gestão (sétimo a décimo passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo), viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da gestão de agenda baseada em programas de assistência, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Baleia, do município de Itapipoca, estado do Ceará.

Nó crítico 1	Gestão de agenda baseada em programas de assistência.
6º passo: operação (operações)	Estabelecer o Acesso Avançado como instrumento de agenda.
6º passo: projeto	Acesso Avançado como instrumento de gestão de agenda.
6º passo: resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento das demandas diárias em, no máximo, 48 horas do surgimento delas; • Distribuir funções burocráticas para profissionais não-médicos; • Determinar tempo de consulta para cada paciente; • 65-75% de vagas abertas no início do dia para cada profissional; • Até, no máximo, 25% de vagas agendadas previamente para pacientes que necessitam de acompanhamento programado (pré-natal e puericultura).
6º passo: produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de filas e tempo de espera; • Diminuição da taxa de absenteísmo; • Controle sobre o número de atendimentos diários.
6º passo: recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: capacitação e treinamento contínuo dos profissionais de saúde acerca do acesso avançado; • Organizacional: otimização do atendimento conforme gravidade e necessidade. • Político: apresentação do acesso avançado como instrumento de agenda para a Secretária Municipal de Saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>I. Engajamento da eSF Praia da Baleia na introdução do AA;</p> <p>II. Espaço físico adequado para acolhimento e consultas;</p> <p>III. Participação ativa dos pacientes.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>I. Médico e enfermeira realizarão aulas e palestras sobre a metodologia do acesso aberto para todos os profissionais da unidade básica de saúde, visando a estabelecer o apoio de todos eles na implementação do método; ação de estímulo: garantia de 1 dia de folga por mês a cada participação em treinamentos e capacitações sobre o tema, com no máximo 1 folga por mês;</p> <p>II. Secretaria Municipal de Saúde, com apoio do eSF, deve organizar a estrutura física da unidade a fim de disponibilizar espaço adequado para acolhimento e consultas médica e de enfermagem; ação de estímulo: relatórios mensais de satisfação dos usuários acerca do AA;</p> <p>III. Técnicas de enfermagem, gerente administrativa e agentes comunitários de saúde devem realizar salas de espera semanais sobre os benefícios da introdução do acesso avançado, com intuito de garantir a adesão e o respeito as regras dessa metodologia; ação de estímulo: garantia de 1 dia de folga por mês a cada participação em treinamentos e capacitações sobre o tema, com no máximo 1 folga por mês.</p>

continua

continuação

9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>I. Médico e enfermeira / prazo de 3-6 meses; II. Secretaria Municipal de Saúde / prazo de 6 meses a 1 ano; III. Técnica de enfermagem, gerente administrativa e agentes comunitários de saúde / prazo de 3-6 meses.</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>I. Frequência assinada na entrada e saída de cada capacitação, com realização de uma avaliação sobre conhecimentos do acesso avançado após 6 meses de treinamentos; II. Questionário realizado pelos profissionais responsáveis pelo acolhimento e pelas consultas sobre a estrutura adequada para realização e respeito às regras do acesso aberto; III. Questionários de satisfação dos usuários acerca das mudanças propostas no agendamento.</p>

Fonte: autor.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo), viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 2 relacionado à ausência de controle adequado e programado do acompanhamento de pacientes pelo enfermeiro e médico na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Baleia, do município de Itapipoca, estado do Ceará.

Nó crítico 2	Ausência de controle adequado e programado do acompanhamento de pacientes pela enfermeira e médico.
6º passo: operação (operações)	Estabelecer uma rotina de consultas intercaladas dos pacientes entre enfermeira e médico.
6º passo: projeto	Desenvolvendo um sistema organizado e intercalado de acompanhamento dos pacientes pela enfermagem e medicina.
6º passo: resultados esperados	Pacientes hipertensos, diabéticos e com distúrbios mentais com, no mínimo, uma consulta de acompanhamento com enfermeira e um atendimento com o médico por ano.
6º passo: produtos esperados	Sistema informatizado de controle das consultas de cada paciente.
6º passo: recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: conhecimento dos profissionais da eSF acerca da necessidade de organização do acompanhamento dos pacientes; • Financeiro: Acesso a redes de internet.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>I. Conhecimento dos profissionais responsáveis pelo agendamento acerca do uso de plataformas de seguimento dos pacientes</p> <p>II. Sistema informatizado de acompanhamento de consultas dos pacientes.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>I. Responsáveis pelo sistema de prontuário eletrônico do cidadão (PEC) realizarão aulas e palestras sobre o uso adequado desse aparelho no sentido de controle das consultas dos indivíduos; ação de estímulo: garantia de 1 dia de folga por mês a cada participação nesses processos, com no máximo 1 folga por mês;</p> <p>II. Agente administrativo coordenarão o uso do PEC como plataforma de agendamento virtual a fim de garantir o controle intercalado de atendimentos dos indivíduos; ação de estímulo: mudança de responsável pelo agendamento para o agente de núcleo quando este estiver capacitado.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>I. Profissionais do sistema PEC / prazo de 3 meses;</p> <p>II. Agente administrativo / prazo de 3 meses.</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>I. Avaliação após 3 meses de aulas e palestras sobre o uso do PEC como sistema de controle de consultas;</p> <p>II. Observar anualmente a presença de, pelo menos, 1 consulta com enfermeira e 1 consulta com médico para cada paciente hipertenso, diabético e com distúrbio mental.</p>

Fonte: autor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da metodologia de acesso avançado na UBS Praia da Baleia, conforme proposto neste projeto, apresenta-se como uma estratégia crucial para superar as barreiras identificadas na gestão de agenda e no atendimento à população. A desorganização no agendamento, os longos tempos de espera e a elevada taxa de absenteísmo são problemas recorrentes que comprometem a qualidade dos serviços prestados e a experiência dos usuários.

O projeto de intervenção na UBS visa abordar duas questões críticas que comprometem a eficiência e a qualidade dos serviços prestados: a gestão inadequada da agenda e a falta de controle sobre o acompanhamento de pacientes. A introdução do Acesso Avançado como instrumento de gestão e a organização intercalada de consultas entre médicos e enfermeiros são propostas estratégicas que prometem melhorar o fluxo de atendimento, otimizar a distribuição de funções e reduzir problemas comuns, como filas e altas taxas de absenteísmo.

Diante do problema de pesquisa, e os objetivos descritos, foram estabelecidos dois nós críticos para a intervenção. O primeiro nó crítico, relacionado à gestão de agenda, propõe uma mudança fundamental na forma como as consultas são organizadas, de modo a garantir que as demandas dos pacientes sejam atendidas em até 48 horas. Ao reservar 65-75% das vagas diárias para demandas espontâneas e manter apenas 25% para consultas previamente agendadas, o Acesso Avançado tem o potencial de reduzir drasticamente o tempo de espera e melhorar o acesso da população aos serviços da UBS. Além disso, ao distribuir tarefas burocráticas para profissionais não-médicos, o tempo de consulta com os médicos será mais bem utilizado, proporcionando um atendimento mais ágil e eficaz. A expectativa é que essa abordagem contribua para a redução significativa das filas e do absenteísmo, ao mesmo tempo que proporciona maior controle sobre o número de atendimentos diários.

No segundo nó crítico, a falta de um acompanhamento programado e intercalado entre os profissionais da enfermagem e da medicina para pacientes com condições crônicas como hipertensão, diabetes e distúrbios mentais é abordada pela criação de uma rotina estruturada. A implementação de um sistema informatizado de controle das consultas permitirá um monitoramento mais eficaz e contínuo desses pacientes, garantindo, no mínimo, uma consulta com a enfermeira e outra com o

médico por ano. Isso melhora não apenas a coordenação do cuidado, mas também a longitudinalidade e a integralidade dos serviços oferecidos, alinhando-se aos princípios da APS.

Contudo, apesar dos benefícios claros que este projeto pode trazer, a implementação de mudanças estruturais dessa magnitude apresenta desafios consideráveis. A transição para o Acesso Avançado exige treinamento adequado dos profissionais de saúde para garantir a compreensão e adesão ao novo modelo. Além disso, é necessária a alocação de recursos financeiros e tecnológicos, como a ampliação do acesso à internet para garantir a operação de um sistema informatizado de agendamento e acompanhamento. A resistência inicial por parte dos profissionais e a adaptação dos usuários ao novo sistema também são fatores que podem exigir tempo e ajustes no processo de implementação.

Apesar dessas dificuldades elencadas, espera-se que a implementação deste projeto possa gerar impactos positivos no cotidiano da UBS. Ao melhorar a organização da agenda e o acompanhamento de pacientes, espera-se uma UBS mais eficiente, com maior capacidade de resposta às demandas da população e uma assistência mais integrada e resolutiva. O sucesso desse projeto pode servir de modelo para outras unidades de saúde, consolidando o Acesso Avançado e a intercalagem de consultas como práticas essenciais na promoção de uma APS de qualidade.

REFERÊNCIAS

ABOU M. *et al.* Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. *BMC Nurs* 19, 115 (2020).

<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z>

BARBOSA, S.P; ELIZEU, T.S; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 18, n. 8, p. 2347-2357, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000800019>.

BELARDI F.G.; WEIR S.; CRAIG F.W. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med*. 2004 May;36(5):341–5

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, v. 8, n. 14, 2007a.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

Disponível em:

<http://cacphp.unioeste.br/pos/media/File/biociencias/Portaria_4279_rede_de_atencao_a_saude.pdf>.

CAJAZEIRAS, A.E.P; SILVA, C.J.; FORTE, M.P.N. IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO POR EQUIPE DE SAÚDE DE FORTALEZA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues*, Fortaleza, v. 1, n. 13, p. 105-112, jun. 2019.

CAMERON S; SADLER L; LAWSON B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician*. 2010 Sep;56(9):906–11.

CAMPOS, R.T.O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 38, n. , p. 252-264, out. 2014. GN1 Sistemas e Publicações Ltd..

<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>.

CASTRO, D.M.C.L. Percepção dos coordenadores sobre a implementação do modelo de acesso avançado. 2021. 92 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

CIRINO, F.M.S.B. *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*, [S.L.], v. 15, n. 42, p. 2111, 19 maio 2020.

[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2111](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2111).

- CURITIBA (PR). Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Saúde da Família. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba (PR): SUS; 2014;. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avancado%2005_06_14.pdf
- GRANJA, G.F. et al. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1-10, 23 mar. 2022. *Research, Society and Development*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27710>.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.
- ITAPIPOCA. Dados do município. Disponível em: <https://itapipoca.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 21. Jul. de 2024.
- LEITE, B.N.S; VIANA, M.M.O. Acesso avançado na Atenção Primária de São Bernardo do Campo/SP: Desafios e potencialidades. *Bol Inst Saúde*. 2023; 24(2): 41-45.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *Rev. JAMA*, v.289, n.8, p. 1035-40, 2003.
- MURRAY, M. ; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family Practice Management*, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- PEREIRA, N.V.S. A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2018. 39 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/184325>. Acesso em: 02 ago. 2024.
- PIRES FILHO, L.A.S. 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*, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 605-613, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.
- SALISBURY C. et al. *An evaluation of Advanced Access in general practice: final report*. Bristol: NHS; 2007.
- TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, 2020.
- TESSER, C.D.; NORMAN, A.H; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em*

Debate, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>.

VIDAL, T.B. et al. Scheduling models and primary health care quality. Revista de Saúde Pública, [S.L.], v. 53, p. 38, 16 maio 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA).
<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940>.

WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. Disponível em:
http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf.

