

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese
de evidências para apoio à decisão da gestão**

Sanni Silvino Parente

**São Paulo
2023**

Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão

Sanni Silvino Parente

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof Dra Maritsa Carla de Bortoli

São Paulo
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

P228a

Parente, Sanni Silvino
Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para apoio à
decisão da gestão – São Paulo, 2023.
59 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da
Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde
Orientador (a): Dra. Maritsa Carla de Bortoli

1. Atenção primária à saúde 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Agendamento de
consultas 4. Políticas informadas por evidências I. Bortoli, Maritsa Carla de.

CDD: 362.1068

Às mulheres nordestinas que precisaram subir os morros longe de casa

“Ah, comigo o mundo vai modificar-se. Não gosto
do mundo como ele é”

Carolina Maria de Jesus

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que me confiaram suas histórias de vida e expectativas.

Às mulheres revolucionárias que conquistaram este espaço antes de mim.

Ao povo nordestino.

Ao Morro Doce e ao Morro da Penha, territórios vivos de resistência! Aos meus colegas de trabalho, companheiros de revolução pelo SUS!

À força de minhas avós e bisavós, que me fizeram guerreira.

À minha orientadora, Maritsa, que pegou na minha mão desde o primeiro dia e não largou.

Ao meu amado esposo, Elder, que sabia exatamente o momento de me oferecer um café, um vinho ou um conforto.

Aos meus pais, Jurani e Sandra, por permitir sonhar alto.

Aos meus irmãos, meus sogros e cunhados, por todas as vezes que estiveram ao meu lado.

Ao meu querido primo, Jeanderson, que acreditou antes de mim.

Aos amigos que me acompanham e tanto me apoiam.

À Universidade Federal de Sergipe, ao Instituto de Saúde e aos professores que tanto me inspiram, em especial Tereza, Cintia, Bruna, Sonia e Emiliana que contribuíram com o estudo.

E, à Erinalva, bibliotecária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que contribuiu com seu tempo e conhecimento nos apoiando com as buscas

PARENTE, SS. **Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão.** [Dissertação de Mestrado] Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2023.

RESUMO

Introdução: O acesso na atenção primária está relacionado à qualidade do cuidado prestado e deve suprir as demandas. Existem três modelos descritos de organização da agenda (tradicional, *carve-out* e acesso avançado). Este estudo tem por objetivo levantar estratégias efetivas de agendamento de consultas na atenção primária que sejam efetivas para o acesso.

Metodologia: Elaborou-se uma Síntese de Evidências para Políticas. A pergunta de pesquisa foi construída com base no acrônimo PCC: P (população) = usuários, profissionais e gestores da UBS; C (conceito) = intervenções efetivas para o agendamento de consultas; C (contexto) = atenção primária à saúde. A busca foi realizada em dez bases de dados da literatura científica e em uma base de literatura cinzenta. Os estudos passaram pelas etapas de triagem, elegibilidade e extração. Em seguida, foi realizado um Diálogo Deliberativo com a participação de atores sociais, buscando discutir aspectos relacionados à implementação das estratégias. **Resultados:** Foram identificadas diversas estratégias efetivas, agrupadas por similaridade de temas em seis opções: 1) Ampliação da oferta de consultas do dia; 2) Monitoramento por equipes multidisciplinares; 3) Aumento da capacidade; 4) Pacotes de intervenção; 5) Intervenções prévias ao agendamento da consulta; 6) Regulação entre os níveis de atenção. As considerações sobre implementação e equidade resultaram de estudos nacionais em nova busca e a partir dos resultados do diálogo de políticas **Discussão:** Essas opções podem ser implementadas de forma parcial ou completa, associadas ou não. Faz-se necessário observar barreiras e facilitadores para a implementação de cada uma delas em relação à quatro níveis: usuários do serviço, profissionais, organização dos serviços e sistemas de saúde. A participação de atores-chave e a valorização das evidências locais são aspectos importantes para a implementação de qualquer opção escolhida pelos gestores. **Conclusão:** A síntese oferece o embasamento teórico, mas apresenta limitações e os resultados precisam ser considerados com cautela para a realidade brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Agendamento de Consultas; Políticas Informadas por Evidências

ABSTRACT

Introduction: Primary care access is related to the quality of care provided and must meet demands. Three models are proposed to organize scheduling (traditional, carve-out and advanced access). This study aims to present effective strategies for scheduling appointments in primary care with positive access outcomes. **Methodology:** A Synthesis of Evidence for Policies was prepared. The research question was constructed based on the acronym PCC, P (population) = primary health care users, professionals and managers; C (concept) = effective interventions for scheduling appointments; C (context) = primary health care. Ten scientific databases and one gray literature database were searched, and recovered studies were screened and extracted. Then, a Deliberative Dialogue was organized to discuss aspects related to the implementation of the strategies. **Results:** Several effective strategies were identified, grouped by similarity of themes into six options: 1) Expansion of appointments' offer in the same day; 2) Multidisciplinary teams monitoring patients; 3) Capacity increase; 4) Patient Care Bundles; 5) Interventions prior to scheduling the appointments; 6) Regulation between service levels. Implementation considerations and equity stem from Brazilian studies and policy dialogue outcomes. **Discussion:** These options can be implemented partially or completely, associated between each other or not. It is necessary to observe barriers and facilitators for the implementation of each of them in relation to four levels: service users, professionals, organization of services and health systems. The participation of key actors and the appreciation of local evidence are important aspects for the implementation of any option chosen by managers. **Conclusion:** The synthesis offers the theoretical basis for improving scheduling in primary health care, but it has limitations and the results must be interpreted with caution for the Brazilian reality.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Appointments and Schedule; Evidence-Informed Policy

SUMÁRIO

1. Introdução	14
1.1 Atenção primária à saúde: descrição e breve histórico	14
1.2 Contexto brasileiro	15
1.3 Acesso: o primeiro atributo	18
1.4 Modelos de agendamento de consulta	20
1.5 Uso de Evidências na Tomada de Decisão	23
1.6 Justificativa	28
2. OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3. Métodos	30
3.1 Tipo de estudo	30
3.2 População e Local	30
3.3 Descrição da magnitude do problema	34
3.4 Síntese de evidências para políticas	35
3.4.1 Objetivo da síntese	36
3.4.2 Priorização do problema	36
3.4.3 Pergunta de pesquisa	36
3.4.4 Estruturação da pergunta de pesquisa	37
3.4.5 Critérios de inclusão	37
3.4.6 Busca de evidências	37
3.4.7 Seleção: triagem e elegibilidade	38
3.4.8 Extração de dados	38
3.4.9 Avaliação da qualidade metodológica	39
3.4.10 Análise e síntese dos dados extraídos	39
3.4.11 Considerações sobre a equidade das opções	40
3.4.12 Considerações sobre a implementação das opções	40
3.5 Diálogo de políticas	40
3.5.1 Escolha dos participantes	41
3.5.2 Preparação dos participantes	41
3.5.3 Metodologia do evento	42
3.5.4 Análise dos resultados	42
3.5.5 Apresentação dos resultados a gestores municipais	42
3.6 Aspectos éticos legais	43
3.7 Plano de tradução do conhecimento	43
4. Resultados e Discussão	46
4.1 Síntese de Evidências para Informar Políticas	46
4.1.1 Mensagem-chave	46
4.1.2 Contexto e Antecedentes	48
4.1.3 O problema do acesso aos serviços de saúde	49
4.1.4 Magnitude do Problema no contexto local	50

4.1.5 Metodologia e resultados da síntese	55
4.1.6 Opções para Abordar o Problema	58
Opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia	58
Opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares	60
Opção 3 - Aumento da capacidade de atendimento	62
Opção 4 - Pacotes de intervenções	64
Opção 5 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta	65
Opção 6 - Regulação entre os níveis de atenção	67
4.1.7 Considerações sobre as Opções Relacionadas com a Equidade	68
4.1.8 Considerações sobre a Implementação das Opções	72
4.1.9 Limitações da Síntese de Evidências e Considerações sobre Lacunas de Evidências	81
4.2 Diálogo de Políticas	81
4.2.1 Participantes do Diálogo de Políticas	82
4.2.2 Deliberações sobre a síntese de evidências para políticas	82
4.2.3 Análise das deliberações	83
4.2.4 Avaliação do diálogo de políticas	85
4.3 Consensos e dissensos entre a Síntese de Evidências, o Diálogo de Políticas e autores de estudos nacionais sobre o tema	86
4.3.1 Apresentação das evidências, divisão das opções e análise da qualidade	86
4.3.2 Conteúdo das opções, questões relacionadas à implementação e à equidade	87
4.3.3 Considerações finais do diálogo	94
5. Conclusões	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	116
ANEXOS	127

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 01: Modelos de agendamento de consulta</i>	20
<i>Figura 02: Classificação de Planos de Tradução do Conhecimento</i>	25
<i>Figura 03: Funil da Criação de Evidências</i>	27
<i>Figura 04: Divisão territorial de Santos por região administrativa da saúde</i>	31
<i>Figura 05: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS: Santos, 2010</i>	32
<i>Figura 06: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS: Morro da Penha, Santos, 2010</i>	33
<i>Figura 07: Fluxograma de seleção e elegibilidade de estudos conforme PRISMA.</i>	57

LISTA DE QUADROS

<i>Gráfico 01: População Adscrita e Total de Agendamentos de Consultas Médicas no Primeiro Semestre de cada ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2023)</i>	51
<i>Gráfico 02: Consultas médicas agendadas (barras) e realizadas (linha) em número absoluto por mês - primeiro semestre de cada ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2023)</i>	52
<i>Gráfico 03: Número de Consultas por Habitante por Ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2022).</i>	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Número absoluto de consultas médicas agendadas por ano e proporção de absenteísmo (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2022). 53

Tabela 02: Valores da Pressão Assistencial e Frequentação (UBS Morro da Penha, Santos, 2018-2022). 54

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

8CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde

AA - Acesso Avançado

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CF88 - Constituição Federal de 1988

CIHR - Canadian Institutes of Health Research

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

DCNTS - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

eAP - Equipe de Atenção Primária

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EVIPNet - Evidence-Informed Policy Network

GP - General Practitioners

KT - Knowledge Translation

MBE - Medicina Baseada em Evidências

Mesh - Medical Subject Headings

NEV - Núcleos de Evidência

NHS - National Health Service

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PACT - Parent And Caregiver Active Participation Toolkit

PIE - Política Informada por Evidências

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RASs - Redes de Atenção à Saúde

SP - São Paulo (Estado)

SUPPORT - SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

1. Introdução

1.1 Atenção primária à saúde: descrição e breve histórico

O conceito de atenção primária à saúde (APS) apresenta algumas interpretações de seu significado que variam de acordo com o tempo, o espaço estudado e os interesses envolvidos, segundo Giovanella e colaboradores (2012). A *Health Foundation* (2022), organização não governamental que apoia o *National Health Service* (NHS), relata que o conceito de nível primário de saúde tem seu contexto histórico relacionado ao Relatório Dawson, na Inglaterra em 1920, em que aconselhava a ordenação do NHS em serviços coordenados em níveis de recursos e infraestrutura, sendo o nível primário aquele com características territoriais e médicos clínicos gerais com práticas voltadas às necessidades locais. Para Giovanella e colaboradores (2012) a APS como primeiro nível de atenção é o formato mais comum em países europeus com sistemas universais e representada, até a atualidade, como a prestação de assistência ambulatorial não especializada fornecida por médicos generalistas ou *general practitioners* (GP) a uma população delimitada pelo território ou por lista de pacientes.

Segundo Cueto (2004), diversas experiências e publicações pelo mundo corroboraram com a ideia de um nível de saúde que fornecesse serviços essenciais, vinculados aos determinantes de saúde com ênfase em ações horizontais de assistência. Um dos exemplos, é o livro *Health and the Developing World*, de John Bryant de 1969, que problematiza a falta de acesso aos serviços de saúde em países em desenvolvimento e o fornecimento de serviços hospitalocêntricos inadequados.

Outro importante marco para a concepção do que é entendido como atenção primária foi o Relatório Lalonde (1974), publicado no Canadá, em que retrata a ineficiência dos médicos e hospitais deste país de acordo com estudos de mortalidade e morbidade e associação com fatores de risco relacionados ao estilo de vida. Esse documento conclui que há necessidade de reformulação do serviço de saúde para promover mudanças nas escolhas individuais, da sociedade e do governo.

Ivan Ilich, em 1974, publica na Revista *The Lancet* um artigo, republicado em 2003, sobre iatrogenia e a relação com um ambiente culturalmente programado para o médico, em um ambiente hospitalar, medicalizador e interventor. Ainda durante a década de 1970, o termo “atenção primária à saúde” foi utilizado pela primeira vez na revista *Contact*, criada por uma organização missionária ligada à Federação Luterana Mundial que treinava trabalhadores de saúde em aldeias isoladas com práticas simples e fornecia equipamentos e insumos básicos (Cueto, 2004).

Em 1975, Kenneth Newell lança o livro *Health By The People*, com relatos e ilustrações sobre análises dos sistemas de saúde em países em desenvolvimento com a conclusão de que a saúde não pode ser medida apenas por indicadores numéricos e que o sucesso da assistência à saúde nas dez comunidades visitadas dependia de esforços comunitários e organizações capilarizadas de serviços básicos.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978), é o marco histórico referencial da reformulação de sistemas de saúde com ênfase em fornecer cuidados essenciais, baseados em métodos, tecnologias e práticas aceitas socialmente e cientificamente certificadas com alcance universal. Para isso, determinou-se que cada país signatário da conferência criasse políticas públicas que refletissem esses ideais nas características locais da população associando ações de proteção, prevenção, cura e reabilitação dos principais problemas de saúde em interface com outros setores (meio-ambiente, economia, educação, entre outros). Os serviços de saúde com esse conjunto de características foram denominados “atenção primária abrangente ou integral de Alma-Ata”, segundo Giovanella e colaboradores (2012).

Cueto (2004) relata que em 1979, após a crítica de agências internacionais acusando esse relatório de pouco propositivo e com um conceito muito abrangente, reuniram-se, na Itália, a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e outras agências internacionais para definição de uma nova cartela de serviços que passou a ser denominada de APS seletiva. Esse modelo foi baseado na publicação de Walsh e Warren (1979), em que se centralizavam as atenções dos sistemas de saúde em ações de imunização e combate à doenças infectocontagiosas como uma proposta de baixo custo para enfrentamento dos principais problemas e como pertencentes à cartela de serviços propostas por Alma-Ata, não se opondo, mas restringindo-a.

1.2 Contexto brasileiro

Giovanella e colaboradores (2012) informam que no contexto brasileiro, durante a década de 1970, emergiram experiências sanitárias com difusão de propostas reformistas antagônicas ao modelo de proteção social vigente, em que se configurava por seguros de saúde em um modelo de cidadania regulada. Associado a esses movimentos, o sistema que assegurava assistência e previdência, gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) era voltado ao indivíduo e com abordagem puramente curativa, sendo oneroso e de difícil acesso, devido às longas filas de espera para atendimento médico que os segurados precisavam enfrentar.

Nesse contexto, em 1982, são formuladas políticas menos centralizadoras, as Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir do que ficou conhecido como “Plano CONASP”. Nas discussões sobre a viabilidade dessas ações já se apresentava a ideia de um serviço hierarquizado, orientado por uma direção única a partir das condições mais prevalentes da população assistida, segundo Paim (1986). O atributo “acesso”, como viria a ser conhecido, pode ser comparado através das suas características de utilização nessas primeiras ações que seriam o estímulo ao Sistema único de Saúde (SUS) na conformação atual.

Esse movimento sanitário culminou na realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (8CNS), que trouxe o conceito abrangente de saúde e a necessidade do direito de acesso universal provido pelo Estado a todos os habitantes do Território Nacional. O relatório final transcreve alguns princípios, dos quais já se observava a “equidade em relação ao acesso” e “atendimento oportuno” (Silva, 1986).

Esses ideais foram utilizados na formulação dos princípios do SUS em seu primeiro marco legal, a Constituição Federal de 1988 (CF88), que trouxe, em seu artigo sétimo os seguintes princípios do SUS relacionados ao acesso e organização em níveis de assistência: “universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência” e “integralidade da assistência” (Brasil, 1988).

Portanto, nos anos que sucederam a CF88, houve uma mobilização jurídica e de reorientação de gestão e práticas de saúde na tentativa de organizar um sistema universal, com acesso equânime e assistência integral à população. Segundo Paim (2012), diante das necessidades de atender às demandas pontuais, através de programas verticalizados e hierarquizados em um modelo sanitarista, foi produzido o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, após, o Programa de Saúde da Família (PSF). Para Fausto (2005), esses programas tornaram-se atrativos aos Municípios e, na década de 2000, houve uma crescente adesão e projeção da relevância da APS na agenda nacional.

Nesse contexto, a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006 (Brasil, 2006), normatiza o nível primário de assistência no Brasil como Atenção Básica (AB) e tem como o seu primeiro fundamento “*possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial [...]*” (p.11). Esse documento descreve a assistência com garantia de acesso e a implementação do acolhimento, nos moldes da Política Nacional de Humanização, como características do processo de trabalho das equipes de AB. Esse marco consolida o “acesso” descrito por Starfield (2002), como um dos princípios da AB, aqui denominado “acessibilidade” (Brasil, 2006).

Nas diretrizes, o acolhimento é definido como uma prática de produção e promoção de saúde, sob responsabilidade dos profissionais de saúde e voltados à melhor experiência do usuário desde a entrada no serviço. Tem a sua execução ligada a práticas de escuta qualificada e empatia, com genuíno interesse em resolução do problema apresentado pelo usuário. É associado à ampliação efetiva do acesso e atendimento priorizado por riscos e vulnerabilidades, visando a plena capacidade resolutiva da AB (Brasil, 2010).

Na PNAB, o acesso foi definido como o conceito de acessibilidade, relacionado à característica do serviço de ser “porta de entrada” e mais valorizado que a utilização, definido pela capacidade organizacional de resposta às demandas da população. Mendes (2010) sugere a definição de acesso como o uso, no tempo adequado, dos serviços ou a relação entre a resistência (obstáculos) e o poder de uso da população. Entretanto, observa-se uma tendência à ampliação do escopo do conceito, considerando os resultados dos cuidados mais importantes do que a ideia de “porta de entrada”.

A AB como “porta de entrada” identifica-a como o nível de atenção capaz de proporcionar acesso integral e universal, mesmo que após direcionamento aos outros níveis. Para tanto, seria capaz de partir das necessidades individuais e relacioná-las com os recursos disponíveis, transpondo barreiras organizacionais, geográficas e financeiras (Starfield, 2002). Porém, há uma notada dificuldade em se atingir a plenitude dessa definição, de forma que alguns autores se referem à AB como “a estreita porta de entrada” (Azevedo e Costa, 2010).

Com a organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RASs) (Brasil, 2010), a AB consolidou-se como a porta de entrada prioritária e a estrutura central de coordenação dos serviços. Nesse formato, a AB tem sua complexidade ressignificada e o papel de protagonista da atenção, com a definição de acesso ampliado nos moldes da APS abrangente, segundo Mendes (2010).

Giovanella e colaboradores (2020) avaliam que a PNAB, desde a sua primeira publicação, passou por duas reformulações (2011 e 2017) e, em seu formato atual, prioriza o atendimento médico ambulatorial individual às ações de promoção de saúde pautadas na determinação comunitária e familiar, a medida em que possibilita equipes de saúde da família (EqSF) com médicos atuando em carga-horária reduzida e equipes de atenção primária (eAP) sem o agente comunitário de saúde (ACS).

Críticas destinadas à última reformulação da PNAB sugerem que as modificações dos incentivos financeiros direcionam o sistema para a redução da dimensão pública sob ampliação da iniciativa privada, tal como enfraquecimento ideológico da resolutividade e qualidade do sistema. É possível identificar no texto possibilidades de flexibilização da

cobertura universal e da distribuição de profissionais, da permissão de diferentes padrões de oferta de cuidado dentro da carteira de procedimentos básicos e do incentivo à formação de equipes de atenção básica tradicionais, em que prevalece a fragmentação do cuidado (Morosini et al., 2018).

Outros programas lançados nos últimos anos, como a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, em 2019, e o Programa Saúde na Hora, de 2020, orientam uma iniciativa governamental de transformação dos processos de trabalho na AB para um molde de acesso descaracterizado da sua construção histórica, com comprometimento à utilização, longitudinalidade e coordenação do cuidado, segundo Giovanella (2020).

O conceito de atenção primária abrangente foi, na década de 1990 e 2000 estudado e descrito pelo grupo de Barbara Starfield (1993). Esse grupo realizou pesquisas que comprovaram a relação entre a “força” da APS no Brasil com melhores indicadores e menores gastos *per capita*, distinguindo o conceito de APS ao de atenção gerenciada em saúde. Em 2002, Starfield descreve a APS como o serviço organizado em sete atributos, sendo quatro essenciais: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e três derivados: centralização na família, competência cultural e orientação para a comunidade. Ainda segundo esse grupo (Forrest e Starfield, 1998; Starfield, 2002), a atenção ao primeiro contato, também denominado “acesso” é considerado exclusivo a esse nível de atenção e pode ser medido por meio de sua capacidade estrutural (acessibilidade) e de processos ou capacidade de atenção (utilização).

Starfield (2002) conclui que, combinado a uma prática médica treinada, a APS está relacionada a melhores indicadores de saúde da população e que é essencial diferenciar esse atributo ao do modelo de atenção gerenciada. Neste modelo o médico de família é reconhecido como uma barreira ao serviço de atenção secundária especializada, ou seja, representa uma estratégia de contenção de gastos, conforme também explicita Giovanella e colaboradores (2012).

No Brasil, em torno de 75% da população é dependente do SUS e 25% é usuária da rede de saúde suplementar, coexistindo dois sistemas de saúde contraditórios em seus atributos. Consolidou-se na prática privada, importada do modelo estadunidense, a ideia de um médico generalista como barreira de acesso e estratégia de contenção de gastos, enquanto no SUS procura-se atribuir a prática ao médico de família (Starfield, 2002; Giovanella et al., 2012).

1.3 Acesso: o primeiro atributo

Os processos de trabalho de agendamento de consultas e atendimento à demanda espontânea contribuem com a qualidade do acesso ofertado pelo serviço, principalmente quando estudado na dimensão “utilização”. Canuto (2021) afirma que dois outros conceitos importantes que se relacionam ao modelo de abordagem da demanda em um serviço de atenção primária são o acesso oportuno e a continuidade do cuidado. Para isso, a oferta do cuidado deve ser universal, pois é das equipes a responsabilização pelo acolhimento e triagem de acordo com a prioridade e urgência da demanda, não do usuário que procura o serviço, segundo Balasubramanian (2013).

Esse tema é abordado pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica Nº 28: Acolhimento à Demanda Espontânea (Brasil, 2013), quando associa a resolutividade da AB à sua capacidade ampliada de escuta e de oferta de um repertório amplo de ferramentas para lidar com a demanda em tempo oportuno. Além disso, também explicita que o usuário é definidor das suas necessidades de saúde e que a AB é o nível de atenção responsável pela manutenção do cuidado e acolhimento de novas queixas.

Para Cook e colaboradores (2020), no nível primário de atenção, o acesso e o modelo de oferta de consultas, não pode ser avaliado distante do atributo “longitudinalidade” e da qualidade do serviço ofertado; entretanto, o modelo não deve ser confundido com a prática de agendar além da capacidade de atendimento ou de manter o médico à disposição da demanda espontânea em período integral.

Estudos sugerem que o formato de agendamento de consultas e a oferta de acesso no nível primário de atenção à saúde tem impacto na morbidade e mortalidade de usuários, e na satisfação de usuários e profissionais de uma população, conforme Pomerantz e colaboradores (2008) e Fahmy (2013). O formato de disponibilização das vagas de consultas na APS também é relacionados à utilização de serviços de urgência e emergência, ao impacto financeiro para a população, à qualidade do serviço ofertado e ao declínio das condições individuais de saúde mental, segundo Balasubramanian (2017) e Michael e grupo (2013).

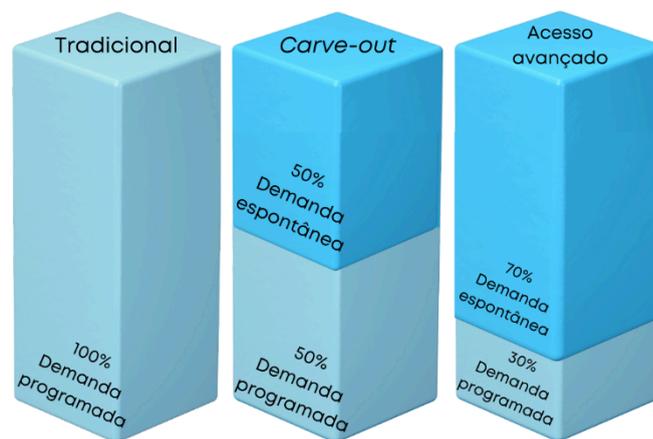
No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como uma ferramenta de ampliação da acessibilidade, utilização e vinculação das equipes à população assistida, conforme Dourado e colaboradores (2016). Nesse sentido, Figueiredo e colaboradores (2020) afirmam que no contexto atual, a acessibilidade geográfica é bem avaliada pela maioria dos usuários, especialmente nos territórios urbanos, porém, que o horário de funcionamento restrito é visto como uma barreira à acessibilidade. Além disso, em relação à utilização, estudos brasileiros demonstram que a adscrição das equipes aos territórios geográficos pode ser uma dificuldade à vinculação e que o tempo de espera elevado para agendamentos de

consultas médicas, em associação ao pouco agendamento para o profissional enfermeiro, são comumente identificados em diferentes localidades no país.

1.4 Modelos de agendamento de consulta

Murray e Tantau (2000), Murray (2003 e 2005), Vidal (2013), Sant’Ana (2017) e Knight e Lembke (2013) referem que dentre as opções de oferta de consultas, têm-se os modelos de agendamento tradicional, o acesso avançado e o *carve-out* (um modelo intermediário) (Figura 01). As definições e princípios desses modelos variam entre os diversos autores, mas seguem a lógica numérica de diferentes percentuais de vagas destinadas a atendimentos previamente agendados e aos atendimentos da demanda que surge no dia.

Figura 01: Modelos de agendamento de consulta



Fonte: Adaptado de Murray e Tantau (2000).

As definições de “demanda programada” e “demanda espontânea” são muito distintas em modelos de agendamento tradicional, em que o usuário tem seu atendimento agendado de acordo com a sua percepção de necessidade e pode ser classificado de acordo com programas estratégicos (por exemplo: pré-natal, “hiperdia”, puericultura, saúde mental, saúde da mulher). No modelo de acesso avançado a demanda não é classificada previamente, quase todos são considerados “demanda espontânea” ou “demanda do dia” (Murray e Tantau, 2000).

Os formatos geram distintos acúmulos de demanda, que podem ser listados em filas de espera ou ter seu agendamento marcado na ocasião da identificação da necessidade. Esses acúmulos são classificados em positivos e negativos. Os positivos se referem aos pacientes que já foram avaliados por um técnico e tiveram suas queixas escutadas, entendem que não necessitam de atendimento imediato e optam, em plano conjunto com a equipe, por um agendamento posterior. Enquanto os negativos são as demandas geradas a partir da

inabilidade de atendimento às queixas no momento da procura do serviço e se concretizam com a necessidade de agendamento de pelo menos mais uma consulta posteriormente para resolução de um problema atual (Vidal et al., 2019; Murray e Tantatu, 2000).

O modelo tradicional de agendamento é aquele em que todos os espaços de atendimento da agenda do profissional são reservados antes do início do dia, baseado na demanda do usuário e seguindo sua percepção de necessidade de consulta (Murray e Tantatu, 2000; Knight e Lembke, 2013). Prioriza-se a marcação de consultas previamente, de forma espontânea (pelo usuário) ou ordenado por programas ou estratégias do sistema de saúde e apresenta variações quanto ao sistema de agendamentos (presencial na recepção da unidade, realizado pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS) ou através de sistemas de agendamento online diversos), segundo Paré (2021).

Nesse modelo há supersaturação da agenda, formação de filas de espera da demanda excedente e está suscetível a maiores índices de insatisfação e enrijecimento da oferta de atendimentos, muitas vezes com a orientação voltada por programas e grupos prioritários (Vidal et al., 2019; Murray e Tantatu, 2000).

Pode-se afirmar, portanto, que no modelo tradicional há uma priorização baseada nas condições clínicas conhecidas e nas características do território, com garantia e reserva de horários para as pessoas que necessitam de atendimentos periódicos e reavaliações do seu estado de saúde (por exemplo: crianças em atendimentos de puericultura ou gestantes), demandas burocráticas (por exemplo: renovação de receitas para portadores de doenças crônicas) e para fins estratégicos de cumprimento de metas institucionais (Murray e Tantatu, 2000).

Após a saturação dos horários não há marcação de novas consultas e a demanda é reprimida, de forma que a equipe tem pouco conhecimento ou controle das necessidades de saúde desses usuários (Murray e Tantatu, 2000). Os atendimentos de demanda espontânea surgem diariamente, pois a atenção primária segue sendo o local de entrada no sistema e ordenadora do cuidado, e são encaixadas entre os atendimentos agendados, muitas vezes gerando duplicidade no horário (*double-booking*) (Vidal et al., 2019).

Carve-out (esculpir, em tradução livre) é a denominação de um modelo intermediário de agendamento de consultas, em que metade das vagas de atendimento é destinada às demandas programadas e a outra metade às demandas que surgem no dia (Vidal et al., 2019). As agendas são abertas e disponibilizadas para o agendamento com periodicidade variável (semanalmente, quinzenalmente, mensal ou trimestral) (Murray e Tantatu, 2000). As pessoas que procuram atendimento após a saturação das vagas podem ser atendidas na demanda

espontânea, que também é dependente da disponibilidade, ou aguardarem a nova data de abertura de vagas (Murray e Tantatu, 2000).

O processo de agendamento é semelhante ao tradicional, pode partir da procura do usuário ao serviço (presencialmente ou por meio de sistemas informatizados) ou por intermédio de um profissional, como os agentes comunitários de saúde ou profissional técnico responsável pelo acolhimento e triagem (Postal et al., 2021).

A definição como “intermediário” permite a confusão com os outros dois modelos e a definição de demanda espontânea pode apresentar variações entre as equipes, pois alguns profissionais podem entender que essas vagas se destinam apenas a pacientes com necessidades urgentes com aparecimento recente ou com riscos maiores (como é definido “demanda espontânea” no atendimento tradicional) e outras equipes podem interpretar que as vagas de demanda do dia podem ser ocupadas por qualquer pessoa que procure o serviço naquele dia, mesmo que sem demonstrar necessidades urgentes, gerando tensão entre as definições (Murray e Tantatu, 2000).

No modelo carve-out, a periodicidade de abertura de novas vagas sugere que não haverá filas de espera de atendimento e as necessidades de saúde são atendidas em poucos dias (5, 15 ou 30 dias) (Vidal et al., 2019; Murray e Tantatu, 2000). Entretanto, a ausência de lista de espera não garante que não haja demanda reprimida e necessidades não mapeadas no território (Murray e Tantatu, 2000). As agendas que seguem esse modelo apresentam pouca capacidade e criam um terceiro grupo de pacientes: aqueles que não podem ser atendidos hoje, mas que também não podem aguardar muito para o próximo agendamento possível. Há maior tempo de espera para consultas (Knight e Lembke, 2013).

O terceiro modelo é denominado acesso avançado, definido como a destinação mínima de 70% das vagas de atendimento à demanda espontânea diária. Algumas variações são encontradas na literatura, permitindo uma definição de 50% das vagas para a demanda do dia. Esse modelo também pode ser definido com a máxima “Faça o trabalho de hoje, hoje!”, que ressalta outra característica: o atendimento em tempo oportuno, com espera máxima para o atendimento de 24 ou 48 horas (Murray e Tantatu, 2000).

As definições de demandas programadas e espontâneas não são distintas, pois entende-se que a necessidade do usuário deve ser atendida em tempo oportuno, gerando um acúmulo positivo (Vidal et al., 2019). Para tanto, o profissional de saúde precisa ter uma mudança no paradigma convencional que determina a necessidade da consulta e fracionamento das demandas com base na urgência clínica para a implementação desse

modelo todas as demandas precisam ser atendidas no dia e deve haver prevenção de demandas adicionais futuras (Murray e Tantatu, 2000).

As iniciativas de acesso avançado começaram internacionalmente há mais de duas décadas (Murray e Tantatu, 2000), e no Brasil há uma década (Vidal et al., 2019), e a literatura já demonstra melhores escores da atenção primária em questionários de qualidade do serviço, satisfação dos profissionais e dos pacientes, redução do absenteísmo, menor número de visitas inapropriadas ao serviço de urgência e emergência, menor tempo gasto pelo médico em trabalhos de priorização e classificação dos pacientes, maior oportunidade de prevenção e gestão de doenças crônicas, aumento do número de pacientes vistos no dia que procuram pelos serviços, identificação de agravos em fases iniciais e ação rápida, melhora da continuidade do cuidado, benefícios na segurança do paciente, menores taxas de atrasos para consultas, melhor qualidade da consulta e melhores desfechos clínicos (Vidal et al., 2019; Murray e Tantatu, 2000; Knight e Lembke, 2013; Fournier et al., 2015; Rose et al., 2011; Valenti e Bookhardt-Murray, 2004; O'Hare e Corlett, 2004; Sperl-Hillen et al., 2008; Belardi et al., 2004; Cameron et al., 2010; Lukas et al., 2004).

Apesar do referencial teórico disposto em ampla literatura, o modelo de acesso vigente no País ainda é excludente, com formação de filas de espera e visualização da Lei dos Cuidados Inversos, pois usuários com dificuldades de agendamento não têm seus cuidados garantidos, conforme Postal e colaboradores (2021).

1.5 Uso de Evidências na Tomada de Decisão

Os problemas relacionados ao campo da saúde exigem um alinhamento entre as evidências científicas disponíveis sobre a temática e a aplicabilidade prática dos conhecimentos e habilidades, proporcionando estratégias eficientes de combate ao problema, gestão de recursos e satisfação dos envolvidos. Nesse contexto, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) é uma ferramenta de aplicação dos melhores conhecimentos científicos em um contexto prático de decisão clínica, considerando a autonomia do profissional e do indivíduo que recebe os cuidados. Assim como em nível individual, ao considerar a tomada de decisão no âmbito coletivo, a influência de evidências científicas proporciona uso eficiente dos recursos e ação direcionada a problemas relevantes (Ramos e Silva, 2018; Oliveira et al., 2020).

Contudo, no campo político da saúde coletiva é necessário também considerar a experiência dos tomadores de decisão, bem como seus valores e ideais, recursos disponíveis, oportunidade e compromissos políticos. Portanto, o termo “Política Baseada em Evidências”

seria inapropriado e negaria todos esses fatores (Ramos e Silva, 2018; Romão, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que falha em considerar sistematicamente as melhores evidências científicas em suas recomendações e há a difusão de ideais de uma “Política Informada por Evidências” (PIE) a partir de então (Oliveira et al., 2020).

Essas evidências advêm de buscas sistemáticas em bases de dados e em fontes de literatura cinzenta, de coleta de opiniões de especialistas no problema estudado e por meio da interação com a sociedade civil (Romão, 2021). Elas podem ser classificadas em quatro tipos: científica (produzida a partir de buscas na literatura de maneira formal, rigorosa, sistemática e replicável); tácita (inclui opinião de experts, lições aprendidas, políticas organizacionais e tradições culturais); globais (melhores achados sobre o tema) e locais (têm impacto local) (World Health Organization, 2021).

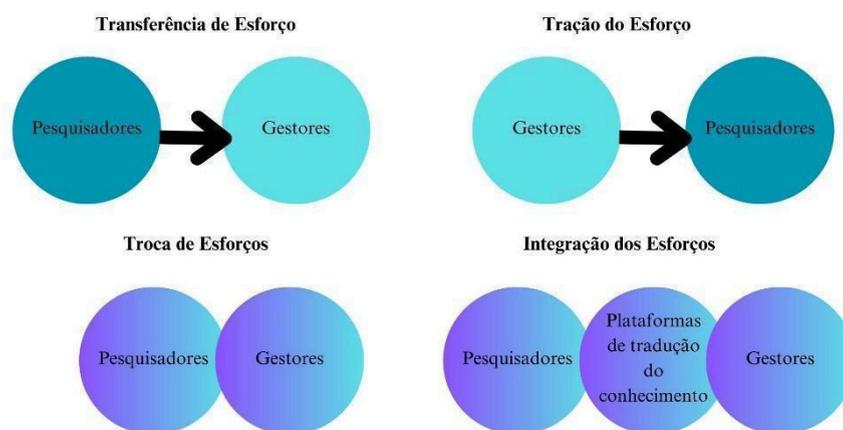
Entretanto, os grupos responsáveis por identificar essas evidências e difundir o conhecimento geralmente não são os mesmos a realizar a tomada de decisões, gerando uma lacuna entre a transmissão de conhecimentos e experiências. À essa distância entre gestores e pesquisadores dá-se o nome de “*Know-do-gap*” (em tradução livre: “distância entre o saber e o fazer”) (Ramos e Silva, 2018; World Health Organization, 2021). As ações de aproximação de pessoas representantes desses grupos e a inclusão da sociedade civil e usuários dos sistemas de saúde nos processos de busca das evidências, intercâmbio de informações e decisão compartilhada denominam-se tradução do conhecimento (Health Canada, 2017; Brasil, 2020 Partridge et al., 2020; World Health Organization, 2021).

Diante dessa dificuldade, a OMS estimulou a criação de uma Rede para Políticas Informadas por Evidências (PIE), a “*Evidence-Informed Policy Network*” (EVIPNet) e de plataformas de tradução do conhecimento em diversos países, vinculadas a instituições oficiais governamentais, instituições de ensino e sociedade civil, denominadas como Núcleos de Evidência (NEV) em nosso meio (Oliveira et al., 2020). No Brasil, esses núcleos começaram a ser implementados a partir de 2009 (Dias et al., 2014; Wichmann et al., 2016; Oliveira et al., 2020). A tradução do conhecimento (do inglês: *Knowledge Translation*, KT) é, portanto, um processo dinâmico e iterativo, que ocorre em diversas instituições pelo País, assumindo centralidade no intercâmbio e aplicação de produtos científicos direcionados aos tomadores de decisão (Health Canada, 2017; Uneke et al., 2017; Oliveira et al., 2020). Há algumas formas de classificar o processo de tradução do conhecimento, como a classificação por estratégia utilizada: difusão (divulgação científica do produto por veículos tradicionais de distribuição do conhecimento, como artigos ou congressos) ou disseminação (comunicação

direcionada ao público-alvo que se destina o produto do estudo) (Health Canada, 2017; Brasil, 2020).

Quando se avalia a interação entre os atores sociais pode-se classificar em: “Transferência de Esforço” (pesquisadores fornecem o produto aos tomadores de decisão, que decidem pela aplicação da evidência ou não); “Tração do esforço” (os atores políticos solicitam a produção de evidências sobre a temática para os pesquisadores); “Troca de esforços” (quando ambos estão engajados em todos os processos) e “Integração dos esforços” (quando há um plano de tradução do conhecimento e as ações combinam esforços de pesquisadores e gestores) (World Health Organization, 2021) (Figura 02). Independente do modelo, na tradução do conhecimento existe a integração entre grupos que não parecem ter intercessão em seus modelos de trabalho; a aproximação das evidências científicas à tomada de decisão, ao conhecimento tácito e expectativas da população é um desafio para os grupos que atuam com PIE.

Figura 02: Classificação de Planos de Tradução do Conhecimento



Fonte: Adaptado de World Health Organization, 2021

São diversos os caminhos que a informação pode percorrer até que uma evidência seja considerada e utilizada por gestores para resolver um problema relevante para a população. Em todos eles, há barreiras de comunicação e interação nos processos, levando a dificuldades na aplicabilidade prática, pois o problema para a população precisa ser entendido como uma questão relevante sob a ótica do gestor e demais grupos que exercem influência e tornar-se uma pergunta de pesquisa para os pesquisadores.

Destaca-se que em países de baixa renda, como o Brasil, outros fatores podem ser barreiras à aplicabilidade da PIE, tais como: sistemas de saúde sobrecarregados, limitação de

recursos, constrangimentos institucionais, força política de instituições informais, interesses e influências de grupos externos (financeiros, políticos e sociais), corrupção dentro dos sistemas partidários, limitação relacionada à disponibilidade e confiança das fontes de ideias e informações (por exemplo: viés da mídia, letramento em saúde da população e profissionais) (Partridge et al., 2020; Romão, 2021).

Estudos nacionais citam algumas barreiras identificadas pelos gestores à utilização de evidências na tomada de decisão: falta de planejamento estratégico e político eficiente, características culturais e regionais da população, recursos humanos não capacitados, falta de financiamento, estrutura incompatível, instabilidade política e barreiras relacionadas a características pessoais dos usuários da informação (dificuldade de lidar com evidências, falta de qualificação, dificuldade de acesso à informação, falta de tempo hábil e dificuldades relacionadas ao relacionamento interpessoal) (Becker et al., 2017; Romão, 2021).

Em diferentes perspectivas, há alguns facilitadores à tradução do conhecimento, relacionados à presença de recursos organizacionais (recursos humanos qualificados, planejamento, acesso e disseminação do conhecimento, suporte de líderes); aos gestores (alguns demonstram experiências e habilidades prévias em lidar com evidências); aos pesquisadores (disposição em executar o trabalho, envolvimento de equipes multidisciplinares, experiência e entendimento de processos políticos decisórios), ao processo formativo de políticas (influências de alguns setores e diretrizes estabelecidas) e ao relacionamento entre esses atores sociais (espírito colaborativo, tempo disponível, disposição para aprendizagem, relações de confiança e respeito) (World Health Organization, 2021).

Percebe-se que algumas barreiras citadas se referem à dificuldade em buscar, trabalhar com as informações e utilizar evidências científicas e os diversos produtos que podem ser extraídos dessa interação. Nesse sentido, várias diretrizes foram produzidas no âmbito internacional e nacional para apoiar os grupos interessados (Health Canada, 2017; Ramos e Silva, 2018; Brasil, 2020; World Health Organization, 2021).

Aos pesquisadores, as diretrizes são úteis na consolidação de protocolos de busca e seleção de estudos, extração das estratégias e formulação das opções para políticas. A Organização Mundial de Saúde propõe a utilização de uma matriz de evidência para facilitar a escolha dos tipos de estudo que serão priorizados para responder a cada pergunta de pesquisa em detrimento da tradicional pirâmide de hierarquia das evidências. Essa proposição sugere que existem diferentes tipos de estudo mais indicados para responder às diferentes perguntas de pesquisa e que a evidência pode ser composta por estudos tradicionalmente classificados

como de alta qualidade (tais como revisões sistemáticas), mas que desenhos de estudo observacionais também apresentam relevância (World Health Organization, 2021).

Além disso, essa mesma diretriz propõe um “Funil da Criação de Evidências”, classificando-os em: Estudos Primários ou “Investigação de Evidências” (auxiliam na identificação do problema e das perspectivas dos atores sociais e podem ser úteis como complementares na avaliação do impacto de estratégias); Estudos Secundários ou “Sumário de Evidências” (utiliza-se de metodologia rigorosa para sumarização das evidências ou das lacunas sobre um determinado tópico) e Estudos Terciários ou “Produtos das Evidências” (estudos que sintetizam os estudos secundários em um formato democrático de entendimento e com linguagem adaptada aos diversos públicos - população, gestores e pesquisadores (Figura 03) (World Health Organization, 2021).

Figura 03: Funil da Criação de Evidências.



Fonte: Adaptado de: World Health Organization, 2021

A elaboração dos produtos das evidências pode ocorrer a partir de várias metodologias e diretrizes. A rede EVIPNet, por exemplo, adere à metodologia das ferramentas SUPPORT

(SUPPORTing POLicy relevant Reviews and Trials) para que os processos de tradução do conhecimento e a produção de sínteses de evidências para informar políticas de saúde sejam realizados de forma sistemática e transparente (Fretheim et al., 2009).

Na mesma direção, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em 2020 a Diretriz Metodológica: Síntese de Evidências para Políticas, com o objetivo de apresentar alguns conceitos e etapas para a produção desse tipo de estudo terciário e incentivar a formulação de políticas com o apoio de produtos de pesquisadores brasileiros. Essa diretriz fornece a descrição de dezoito passos para o processo de tradução do conhecimento a partir desse tipo de documento: 1) Priorização e identificação do problema; 2) Confirmação da necessidade da síntese de evidências para políticas; 3) Caracterização do problema; 4) Definição da questão de pesquisa; 5) Definição dos critérios de elegibilidade; 6) Preenchimento do protocolo de pesquisa; 7) Busca de evidências; 8) Seleção dos estudos elegíveis; 9) Extração dos dados; 10) Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos; 11) Elaboração e descrição das opções; 12) Análise da equidade das opções; 13) Considerações sobre a implementação; 14) Redação da síntese; 15) Realização do diálogo de políticas; 16) Atualização da síntese pós-diálogo; 17) Revisão de mérito por um especialista do tema e por um especialista em PIE; 18) Atualização da síntese após a revisão (Brasil, 2020).

1.6 Justificativa

Tendo em vista a importância dos processos de agendamento sobre o acesso aos serviços da atenção primária e a dificuldade em garantir que toda a população receba a atenção necessária em tempo oportuno, especialmente nos serviços onde impera o modelo tradicional, é fundamental que se encontrem alternativas que possam servir aos gestores e profissionais, bem como à população. Também é fundamental que essas alternativas se desenhem no formato de opções ou estratégias a partir de evidências científicas da melhor qualidade, para garantir os melhores benefícios com menores riscos para informar os tomadores de decisão.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as estratégias capazes de melhorar o processo de agendamento de consultas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com a finalidade de ampliar o acesso

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os processos de agendamento de consultas médicas da Unidade de Saúde da Família Penha, em Santos, SP;
- Descrever a magnitude do problema de agendamentos de consultas espontâneas na unidade;
- Conduzir uma revisão de literatura sobre intervenções efetivas para melhorar o agendamento de consultas médicas na Atenção Básica;
- Analisar barreiras e facilitadores à implementação das estratégias encontradas na literatura, considerando características locais;
- Analisar a equidade das estratégias apresentadas;
- Analisar as soluções e possibilidade de implementação de estratégias para melhorar o agendamento de consultas médicas na UBS.

3. Métodos

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura, do tipo Síntese de Evidências para Políticas. que incluiu as seguintes etapas: avaliação da magnitude do problema; busca, extração e organização de dados em opções para informar políticas; e realização de um diálogo de políticas com as partes interessadas no problema.

3.2 População e Local

A pesquisa se destina aos gestores (locais e municipais), para apoio à tomada de decisão sobre os processos de agendamento de consultas da UBS Penha, localizada no Bairro Morro da Penha, em Santos, SP.

Santos é um município de médio porte, localizado no litoral sul paulista, distante 72 km da Capital do Estado. A cidade se destaca nos setores financeiro, devido à alocação do Porto de Santos, e de turismo, serviços e pesca. O grau de urbanização é projetado em 99,9% e a densidade demográfica em 1533,2 habitantes/Km² (Prefeitura de Santos, 2021).

A Fundação Seade (2022) projetou uma população de 430.324 habitantes, para 1º de julho de 2022, sendo 46% (198.954) do sexo masculino e 53% (231.370) do sexo feminino. As pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representam 23% da população. O perfil etário em análise histórica representa uma população crescente nas faixas etárias acima de 60 anos e decrescente em menores de 14 anos. Santos tem, em comparação ao Estado, uma população mais envelhecida (Prefeitura de Santos, 2022).

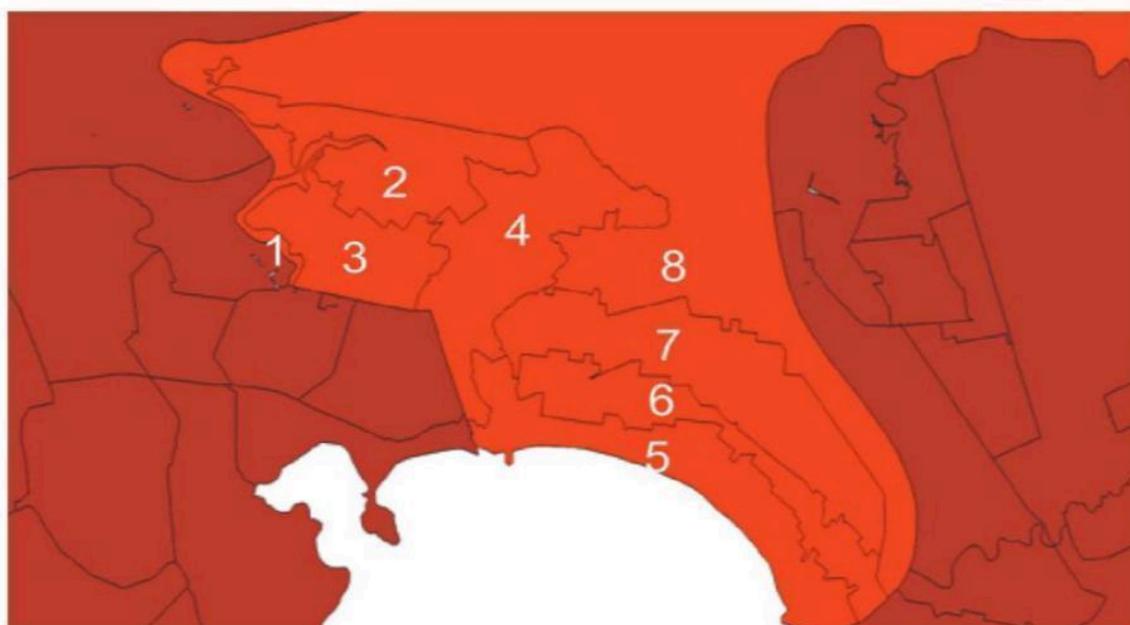
Em dezembro de 2022 havia 6,60 médicos por mil habitantes na Cidade, valor superior ao Estado (N=2,03) para o mesmo período. Assim como, havia 3,01 enfermeiros por mil habitantes, valor superior ao Estado (1,59) em comparação no mesmo período. Os profissionais estão majoritariamente atuando na rede pública - 64,4% dos médicos e 72,5% dos enfermeiros (Seade, 2023).

Os estabelecimentos de saúde são majoritariamente administrados pela saúde suplementar (93% dos 2100 estabelecimentos de saúde) com predominância de consultórios particulares (77%). A Fundação Seade informa ainda que atuavam no Município 2728 médicos em 2021, sendo 1807 (66%) na rede pública. Entre os médicos atuantes no SUS destacam-se as especialidades de clínica geral (38%) e pediatria (20%), e apenas 3% (n=26) em medicina de família.

Segundo dados disponíveis no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, houve um acréscimo no percentual da cobertura de ESF entre 2020 e 2021, de 27% para 30,55%. A cobertura total da AB no ano de 2021 foi de 52,34%. No mesmo relatório é citado um aumento da população atendida pela rede básica durante o período da pandemia de Covid-19. Estima-se que em 2021 a população exclusiva do SUS correspondia a 39% (Indicadores e Dados Básicos, 2021).

Relatório emitido pelo Conselho Municipal de Santos (2022) informa que a rede básica de Santos é composta de 32 equipamentos de assistência, sendo 11 funcionando como unidades tradicionais compostas de Equipes de Atenção Primária (eAP) e 21 que utilizam a ESF. O território é subdividido em oito áreas administrativas, ilustradas na Figura 02. São elas: 1. Dique; 2. Zona Noroeste 1; 3. Zona Noroeste 2; 4. Morros; 5. Orla 1; 6. Orla 2; 7. Zona Intermediária e 8. Área Continental.

Figura 04: Divisão territorial de Santos por região administrativa da saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Santos 2022-2025. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/downloads/arquivos/24-02-2022/plano_municipal_de_saude_de_santos_2022-2025_-final_out2021.pdf

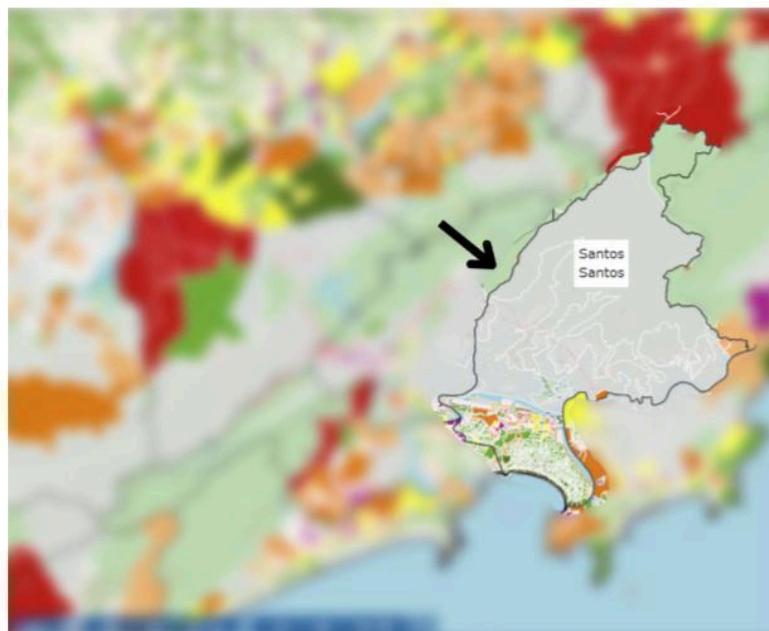
A UBS Penha fica localizada na região administrativa Nº 4 - Morros, no alto do Morro da Penha. Sua área adscrita faz divisa com o Morro do São Bento e com o Bairro Saboó. A região contém 9.292 domicílios (6% do total), sendo 4.489 (48%) com renda domiciliar per

capita inferior a 1 salário-mínimo, quando comparado ao Município como um todo, essa região sozinha contém 15% dos domicílios com essa renda. Como contraponto, apenas 1% dos domicílios da região apresentam renda familiar per capita superior a 5 salários-mínimos, correspondendo a uma parcela inferior a 0,05% do total de domicílios da cidade (Prefeitura de Santos, 2022).

Segundo a Prefeitura de Santos (2022) esses dados representam a disparidade econômica desta região quando comparada ao restante, além disso, a região também é caracterizada pela presença de assentamentos precários em áreas de risco e com precariedade no esgotamento sanitário. O índice Paulista de Vulnerabilidade Social (2010) apresentou notada heterogeneidade no território, que apresenta regiões dos seis grupos classificatórios, que pode ser constatado nas figuras 05 e 06 abaixo.

A figura 05 traz a visão ampliada do Município, incluindo a área continental, que é menos povoada e não se verifica a identificação da classificação de vulnerabilidade pela Fundação Sead. A figura retrata a heterogeneidade do território, evidenciando a faixa de orla com baixíssima vulnerabilidade com a progressão em crescendo de vulnerabilidade à medida que se distancia da faixa litorânea. A Figura 06 traz um recorte da região dos morros (Zona 04) e identifica a heterogeneidade também presente nesta região.

Figura 05: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS: Santos, 2010

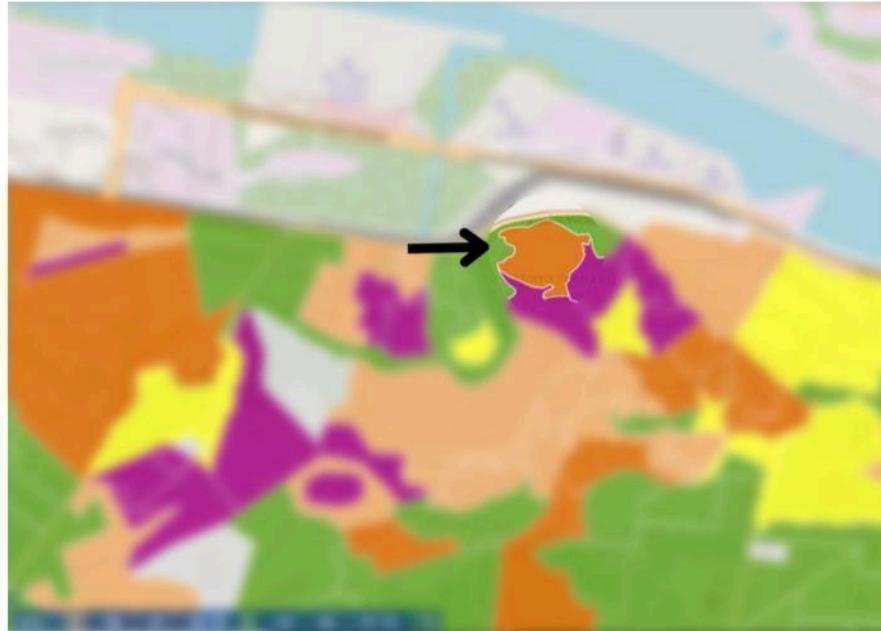


Legenda: Verde escuro - Grupo 1: Vulnerabilidade baixíssima; Verde claro - Grupo 2: Muito baixa vulnerabilidade; Amarelo - Grupo 3: Baixa vulnerabilidade; Terra claro - Grupo 4: Média

vulnerabilidade; Terra escuro - Grupo 5: Alta vulnerabilidade; Lilás - Grupo 6: Aglomerados subnormais;

Fonte: Adaptado de Fundação SEADE. Disponível em: <https://portalgeo.seade.gov.br/i3geo/interface/osm.htm>.

Figura 06: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS: Morro da Penha, Santos, 2010



Fonte: Adaptado de Fundação SEADE. Disponível em: <https://portalgeo.seade.gov.br/i3geo/interface/osm.htm>.

O Morro da Penha foi constituído a partir de uma ocupação agrária por imigrantes provenientes de Portugal e do Nordeste do País, durante o início do século XX. A história do Morro é marcada por mobilização coletiva e reivindicação de direitos, que culminaram, por exemplo, na construção de uma capela católica e centro comunitário em 1982, com recursos materiais doados pelos moradores e com mão-de-obra voluntária e na instalação da Unidade Básica de Família Penha, em 2007 (Otero, 2010).

De acordo com o que pode ser identificado no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2023) e a partir da observação das pesquisadoras (mestranda e orientadora), a UBS funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 17:00h. Tem uma equipe de saúde da família (EqSF), composta de duas profissionais técnicas de enfermagem, um profissional auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, uma médica, dois auxiliares de escritório, seis agentes comunitários de saúde e uma gestora de equipamentos.

Todos os profissionais são efetivos da gestão direta do Município, mediante concurso público, e cumprem uma carga horária de 40 horas semanais.

Esse território é beneficiado por outros três equipamentos públicos: uma creche, uma escola de ensino fundamental e uma Vila Criativa, local destinado à prática de atividade física e recreação. A Rede de Urgência e Emergência adscrita ao território conta com uma Unidade de Pronto Atendimento a 6 Km de distância da UBS e os munícipes percorrem cerca de 10 minutos (em transporte privado) até 25 minutos (transporte público) até a chegada ao local, partindo da UBS. O Município dispõe ainda de uma rede de atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar que pode ser acionada e tem acesso ao território.

Nessa unidade, as consultas médicas e de enfermagem são ofertadas majoritariamente em demandas programadas, com agendamentos disponíveis mensalmente à população no setor de recepção. Para isso, basta que o munícipe seja residente cadastrado no território e forneça um documento de identificação original com foto. Além da livre demanda de vagas, a população também pode ter sua consulta agendada por intermédio da Agente Comunitária de Saúde (ACS) diante da solicitação ou identificação de necessidade.

No Plano Municipal de Saúde (Prefeitura de Santos, 2022) uma das propostas prioritárias para a atenção básica é a de reduzir o tempo de espera para consultas. Para tanto, utiliza-se no Município o serviço de acolhimento, que consiste, segundo o Conselho Municipal de Saúde (2022), em escuta qualificada buscando a resolução do problema sem necessidade de agendamento. Diariamente há oferta de duas ou mais vagas de consulta reservadas para necessidades agudas constatadas pela equipe de enfermagem durante o acolhimento das demandas que aparecem.

Outros modelos de atendimento já foram implementados nesse espaço, porém não permaneceram vigentes por questões relacionadas às dificuldades de manter o processo de trabalho e de satisfação de usuários e profissionais.

3.3 Descrição da magnitude do problema

A magnitude, entendida como a “prevalência ou incidência de doenças ou deficiências do sistema ou do programa”, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2016) e Choi e colaboradores (2019), e pode ser calculada a partir da porcentagem da população exposta ao problema ou falta de capacidade de resposta ao problema. Em relação às necessidades de assistência médica, estudos ecológicos clássicos conduzidos em diferentes cenários demonstram que 18,5% a 21,7% da população demandará pelos serviços de atenção

primária ao longo de um mês, como os de White e colaboradores (1961), Green e colaboradores (2001) e Xiong e colaboradores (2021).

Dessa forma, a magnitude do problema de agendamentos espontâneos de consultas médicas na UBS Morro da Penha foi calculada através da descrição do diagnóstico situacional em que a unidade se encontra em relação ao agendamento de consultas.

Os dados referentes ao agendamento de consultas de janeiro de 2015 a junho de 2023 foram avaliados quanto aos indicadores: Pressão Assistencial (Número de consultas realizadas / Número de dias trabalhados por ano), Freqüência (Número de consultas realizadas / População adscrita por ano) e Absenteísmo (Número de agendamentos perdidos por absenteísmo / Número de consultas agendadas por ano). Além disso, dados detalhados referentes aos atendimentos realizados de janeiro a junho de 2023 foram coletados e mais informações foram extraídas: Classificação por tipo de consulta (clínica, puericultura ou pré-natal), percentual de encaminhamentos (Número de encaminhamentos a médicos especialistas focais / Número de atendimentos realizados) e análise mais detalhada de dados de freqüência (análise de usuários que mais freqüentam a unidade e análise de principais demandas atendidas), além de análise de previsão da demanda (análise do número de atendimentos por turno ou dia).

Os dados foram coletados diretamente do sistema “Soul MV”, utilizado pela Prefeitura como prontuário eletrônico integrado e sistema de agendamento, capaz de emitir relatórios diversos, incluindo dados de agendamento de consulta.

3.4 Síntese de evidências para políticas

As sínteses de evidências para informar políticas de saúde são estratégias de tradução do conhecimento com foco na tomada de decisão em saúde, proporcionando acesso às melhores evidências científicas, trabalhadas para apresentar uma contextualização das informações em uma linguagem adequada ao público a que se destinam - os tomadores de decisão e formuladores de políticas - e constitui um tipo de estudo secundário que reúne as evidências globais sobre determinada problemática sintetizadas e adaptadas à realidade a que se destinam as soluções (Brasil, 2020).

A Diretriz Metodológica: síntese de evidências para políticas, do Ministério da Saúde, (Brasil, 2020), propõe três grandes etapas para o desenvolvimento das sínteses de evidência: a) uma etapa de planejamento com levantamento de um problema prioritário, definição da questão de pesquisa, elaboração e publicação de protocolo; b) uma etapa de elaboração da síntese, com busca, síntese dos achados de revisões sistemáticas, a considerações sobre a

aplicação das evidências; e 3) realização de um diálogo de políticas com atores sociais envolvidos na problemática: gestores, executores das ações, população e pesquisadores.

Portanto, os objetivos desse tipo de síntese de evidências constituem estratégias de Política Informada por Evidências (PIE) e visam a aproximação da pesquisa à tomada de decisão, segundo Ramos e Silva (2018). A diretriz brasileira (Brasil, 2020), descreve como objetivos da síntese de evidências a priorização e esclarecimento de problemas no sistema de saúde; o subsídio às decisões para políticas, considerando as evidências locais e as opiniões dos atores sociais envolvidos e o levantamento de considerações sobre a implementação das opções identificadas.

Dessa forma, foi elaborada uma síntese de evidências para informar políticas com foco no apoio aos tomadores de decisão locais e municipais, produzida de acordo com a metodologia proposta na Diretriz Metodológica: Síntese de Evidências para Políticas do Ministério da Saúde, Brasil (2020). Um protocolo foi previamente montado e publicado no *Zenodo* (<https://doi.org/10.5281/zenodo.7508551>) e está disponível no Anexo 01.

A equipe de elaboração da síntese de evidências foi composta por quatro pessoas, a mestrande, sua orientadora e duas pesquisadoras do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde. Todas participaram das etapas de seleção e extração, que ocorreu em duplas, como descrito adiante.

3.4.1 Objetivo da síntese

Identificar intervenções efetivas para melhorar o agendamento de consultas na Atenção Básica.

3.4.2 Priorização do problema

O problema foi identificado a partir do levantamento de informações colhidas com a equipe da UBS Penha, onde a principal estratégia de gerenciamento das agendas médicas é por meio de consultas agendadas pelos usuários na recepção da unidade. As agendas são liberadas para marcação a cada trinta dias para demandas programadas e pelo menos duas vagas são reservadas, por dia, para demandas que surgem. Portanto, a gestão da UBS levantou como uma prioridade a identificação de estratégias efetivas para resolução do problema, que fossem adequadas à realidade local e passíveis de implementação.

3.4.3 Pergunta de pesquisa

Quais são as estratégias efetivas para agendamento espontâneo de consultas que podem ser implementadas para melhorar a qualidade do acesso ao serviço da UBS?

3.4.4 Estruturação da pergunta de pesquisa

Foi utilizado o acrônimo PCC: P (população) = usuários, profissionais e gestores da UBS; C (conceito) = intervenções efetivas para o agendamento de consultas; C (contexto) = atenção primária à saúde.

3.4.5 Critérios de inclusão

3.4.5.1 Tipos de estudo

Foram incluídas revisões sistemáticas, com qualquer abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista), revisões rápidas, síntese de evidências e, na ausência dos anteriores, estudos primários de intervenção.

3.4.5.2 Tópicos de interesse

Estratégias de marcação de consultas em unidades básicas de saúde no Brasil ou serviços de atenção primária em outros países.

3.4.5.3 Tipos de participantes

Pessoas que acessam os serviços de atenção básica, usuários do SUS, profissionais de saúde ou que tenham atuação em serviços de atenção básica, gestores de unidades ou serviços de atenção básica ou gestores do SUS, pessoas envolvidas na prestação de serviços direta ou indiretamente ligados aos serviços de atenção básica.

3.4.5.4 Tipos de cenário

Serviços de atenção primária ou serviços ambulatoriais de características semelhantes em outros contextos.

3.4.6 Busca de evidências

A busca foi orientada por vocábulos controlados (descritores) nas bases de dados abaixo citadas. Para essa etapa do projeto as pesquisadoras contaram com o apoio de outras duas pesquisadoras do Instituto de Saúde e a validação da estratégia de busca e das buscas subsequentes por uma bibliotecária.

3.4.6.1 Bases de dados

1. PubMed
2. BVSalud - Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde
3. Cochrane Library

4. JBI - Joanna Brigs Institute
5. Epistemonikos
6. Scopus
7. Health Systems Evidence
8. Health Evidence
9. Social Systems Evidence
10. Campbell Collaboration

3.4.6.2 Fontes de literatura cinzenta

1. Google Scholar web search
2. Teses e dissertações CAPES

3.4.6.3 Estratégias de busca

Foi construída uma estratégia de busca para cada base de dados, utilizando os seguintes descritores:

DeCs (Descritores em Ciências da Saúde): Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Agendamento de Consultas.

Mesh (Medical Subject Headings): Primary Health Care; Health Services Accessibility; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Appointments and Schedules.

3.4.7 Seleção: triagem e elegibilidade

As quatro pesquisadoras avaliaram, em dupla e de forma independente, os títulos e resumos para verificar adequabilidade aos critérios de inclusão anteriormente citados. Divergências foram resolvidas por consenso. Após a triagem, na etapa de elegibilidade, a leitura dos textos completos foi realizada por duas revisoras independentes. Para ambas as etapas, de seleção e elegibilidade, uma amostra de estudos (100 na etapa de seleção; 10 na etapa de elegibilidade) foi definida para calibração dos critérios de inclusão.

Toda essa etapa foi realizada com o apoio do aplicativo *Rayyan*, que foi escolhido devido à disponibilização gratuita, familiaridade de uso pelas pesquisadoras e possibilidade de semiautomação e compartilhamento de informações em nuvem, segundo Ouzzani e colaboradores (2016).

3.4.8 Extração de dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos por uma revisora e checados por outra, que trabalharam de forma independente entre si. Foi elaborada uma planilha de

extração no *software* Excel e coletadas informações sobre: autor/ano; objetivo do estudo de revisão; características do estudo de revisão (tipo de revisão, países em que os estudos primários foram realizados, número de estudos primários incluídos, número de participantes dos estudos primários, contexto em que os estudos primários foram desenvolvidos, população a que os estudos se destinam); principais achados (estratégias de agendamento, benefícios e incertezas, execução da estratégia, atores sociais envolvidos na estratégia, desfecho no acesso, outros desfechos não relacionados ao acesso, riscos da intervenção, custos, percepção dos atores sociais envolvidos, conclusão dos autores, considerações sobre a implementação, considerações sobre a equidade), limitações, lacunas, vieses percebidos pelos autores, presença de declaração de interesses e declaração de fontes de financiamento.

3.4.9 Avaliação da qualidade metodológica

A avaliação da qualidade metodológica das revisões incluídas foi realizada por dois revisores (mestranda e orientadora) de forma independente, com resolução dos conflitos por consenso, conforme os critérios do instrumento *Assessment of Multiple Systematic Reviews 2* (AMSTAR 2) (Shea et al., 2017). Essa avaliação tem o intuito de informar os tomadores de decisão sobre a qualidade metodológica das revisões incluídas na síntese de evidências (Brasil, 2020). Esse instrumento classifica, ao final da análise, a confiança da revisão em: “alta”, “moderada”, “baixa” ou “criticamente baixa”. É aplicado através da resposta a dezesseis questionamentos, que abordam a elaboração da pergunta de pesquisa, os métodos de busca e extração dos dados, a seleção dos estudos, transparência e detalhamento na apresentação da metodologia e dos resultados, análise do risco de vieses, verificação de conflito de evidências, métodos de análise estatísticas dos dados e análise do impacto dos estudos, segundo Shea e colaboradores (2017).

3.4.10 Análise e síntese dos dados extraídos

As intervenções identificadas nas revisões foram agrupadas por similaridade de conteúdo, diferenciadas por categorias conforme análise das pesquisadoras (mestranda e orientadora) e apresentadas como opções para lidar com o problema, por ordem decrescente de quantidade de revisões que as compõem. As seguintes características são apresentadas em cada opção: benefícios das intervenções; danos potenciais; custo-efetividade em relação à solução atual; incertezas; percepções e experiências dos atores sociais. Nessa revisão não foram incluídas recomendações à gestão, uma vez que não fazem parte do método para elaboração de sínteses de evidências para políticas (REF Brasil, 2020).

3.4.11 Considerações sobre a equidade das opções

A diretriz metodológica (Brasil, 2020) considera que as opções apresentadas em uma síntese de evidências precisam colaborar para a igualdade e não gerar mais iniquidades em saúde, justificando a necessidade de realização da análise de equidade para cada solução. Para essa avaliação, foi utilizada a ferramenta “PROGRESS-Plus”, proposta por O’Neill e colaboradores (2014).

O grupo Cochrane (2012) utiliza essa ferramenta e descreve o acrônimo referindo-se a análise dos seguintes critérios: Local de residência; Raça/etnia/cultura/idioma; Profissão; Gênero/sexo; Religião; Educação; Situação socioeconômica; Capital social; Características pessoais associadas à discriminação; Características da relação dos acontecimentos; e Relação de tempo dos acontecimentos.

Os achados partiram da experiência e considerações formuladas pelas pesquisadoras, baseadas em leitura de estudos nacionais e internacionais identificados nas buscas (em países com características socioeconômica e culturais semelhantes ao Brasil) e acrescidas das contribuições dos participantes no Diálogo de Políticas.

3.4.12 Considerações sobre a implementação das opções

A entrega das opções propostas na síntese de evidências deve vir acompanhada de um estudo sobre as possíveis barreiras que podem dificultar sua implementação e sugestões de estratégias para superá-las. Na diretriz (Brasil, 2020) há referência de que essas considerações podem ser compiladas das evidências globais da literatura ou advir do conhecimento e observação do local a que se destinam as opções para solução do problema.

A diretriz (Brasil, 2020) sugere a estruturação dessa análise em três níveis: Usuários do serviço de saúde/cidadãos; Profissionais de Saúde; Organização e serviços de saúde.

Nesta pesquisa essa análise foi feita baseando-se na descrição do processo de trabalho da unidade desenvolvido com os profissionais de saúde e levantamento bibliográfico, bem como na busca por evidências científicas e contribuição dos participantes do Diálogo de Políticas.

3.5 Diálogo de políticas

Considerando que o objetivo da síntese de evidências atrelada a um plano de tradução do conhecimento é apoiar a solução de problemas de serviços de saúde, as opções encontradas nas evidências globais precisam ser trabalhadas junto aos atores sociais a quem se destina a implementação, aos gestores que detém o poder decisório, aos profissionais que irão executar

as opções e as demais partes interessadas. Portanto, a escolha de uma metodologia participativa de compartilhamento de conhecimentos e ideias tem-se mostrado positiva, segundo Lavis e colaboradores (2009) e Acosta (2018).

Carman (2015) aponta que as metodologias deliberativas são superiores à transmissão de conhecimento por meio de leitura de material, no que se refere ao aumento do conhecimento participação e satisfação dos interessados. Acosta (2018) descreve a seleção e o preparo dos participantes, a ambiência, os pactos de confidencialidade, as técnicas de facilitação, a análise dos dados e a avaliação como características-chave da metodologia para alcançar os objetivos propostos.

Setti e colaboradores (2019) resumizam como objetivos do diálogo de políticas: a revisão da síntese de evidências, a articulação das evidências com a experiência dos participantes, a construção de um conhecimento compartilhado entre pesquisadores, gestores e demais interessados e o fornecimento de informações de apoio aos tomadores de decisão.

Lavis e colaboradores (2009) e Toma e colaboradores (2017) sugerem quinze a vinte participantes, representantes em quantidade igualitária dos grupos de gestores e formuladores de políticas, representantes de instituições relacionadas, profissionais de saúde, sociedade civil e pesquisadores. A condução do encontro deve ser mediada por uma pessoa experiente, capaz de garantir poder de fala a todos os participantes e o respeito à Regra de Chatham House, com garantia de confidencialidade do autor das falas (The Royal Institute of International Affairs, 2022).

3.5.1 Escolha dos participantes

Foram selecionados quinze participantes com representação de profissionais da UBS, população que acessa o serviço da UBS, pesquisadores e gestores. A escolha foi feita pelas pesquisadoras, mas também considerando o desejo do convidado em participar, disponibilidade e interesse em colaboração em equipe para alcançar os objetivos desta etapa da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser alfabetizado, estar em plena condição de participação no evento, ter relação com a temática. Para os profissionais de saúde foi considerado critérios adicionais de inclusão: trabalhar na unidade há pelo menos 3 meses e estar cadastrado no CNES.

3.5.2 Preparação dos participantes

Todos os participantes receberam previamente as informações sobre o objetivo, a metodologia, as regras e a dinâmica do diálogo de políticas, bem como a síntese de evidências para informar políticas para leitura anteriormente ao encontro.

3.5.3 Metodologia do evento

O diálogo ocorreu em 19 de junho de 2023, no turno vespertino, de forma online através da plataforma de videochamada em grupo: *Microsoft Teams*. Foi conduzido por uma moderadora convidada experiente e com neutralidade em relação aos participantes. Foi solicitada e aprovada a gravação aos participantes para posterior análise dos dados.

O evento seguiu a ordem adaptada descrita por Setti e colaboradores (2019): 1. Início do evento pela facilitadora, com explicações sucintas sobre a metodologia desse evento; 2. Apresentação breve de cada participante (nome; seguimento social que representa); 3. Regras de participação no diálogo; 4. Apresentação da síntese de evidências para políticas; 5. Apresentação dos resultados da síntese (opções); 6. Leitura de perguntas norteadoras; 6. Deliberações sobre o problema abordado e as opções em rodadas de falas mediante inscrição dos participantes; 7. Intervalo breve; 8. Apresentação dos resultados da síntese (considerações sobre implementação e equidade); 9. Leitura de perguntas norteadoras; 10. Deliberações sobre implementação e equidade em rodadas de falas mediante inscrição; 11. Avaliação do diálogo de políticas; 8. Conclusão e encerramento.

3.5.4 Análise dos resultados

A análise do diálogo de políticas foi realizada conforme os critérios da análise de conteúdo na modalidade de análise temática, conforme Minayo (2014), em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; e 3. Tratamento dos Resultados. Todos os participantes do diálogo foram codificados (por exemplo: Participante N° 01, 02, 03) de acordo com a ordem de fala no momento do diálogo e apenas têm suas identidades conhecidas pelas pesquisadoras.

3.5.5 Apresentação dos resultados a gestores municipais

Os resultados da síntese de evidência, acrescidos à análise do diálogo de políticas, foram apresentados aos profissionais de saúde e gestores municipais com competência de formulação de políticas e ajustes dos fluxos de trabalho, em formato de relato contemplando os aspectos-chave das opções, os apontamentos dos participantes sobre cada proposta, as

deliberações sobre a implementação e um resumo da avaliação do diálogo, conforme Setti e colaboradores (2019).

3.6 Aspectos éticos legais

A autorização para realização do estudo foi obtida mediante entrega e explicação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde de Santos e demais entidades competentes, o projeto de pesquisa foi submetido para apreciação técnica do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), aprovado em 01/08/2022 (Nº CAAE Nº61094022.8.0000.5469) e do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (CEP-SMS Santos), aprovado em 25/04/2023 (Nº CAAE 61094022.8.3002.0263).

Foram respeitados os preceitos da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016) que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais para realização de pesquisas com seres humanos. Os participantes convidados a participar da pesquisa, receberam informações e esclareceram dúvidas, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confirmando que entenderam o referido termo e concordaram voluntariamente em participar do estudo. Seus direitos, expressos no Art. 9º, são garantidos pelas pesquisadoras, como confidencialidade dos dados, e possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo sem nenhum prejuízo. Os participantes, profissionais de saúde, gestores locais e municipais foram informados sobre as fases da pesquisa e os resultados serão enviados por escrito após a publicação, via correio eletrônico ou modalidade impressa.

A utilização de dados secundários da UBS se deu mediante autorização da chefia superior da unidade.

A aplicação da pesquisa no ambiente de trabalho seguiu o recomendado na resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (2018).

3.7 Plano de tradução do conhecimento

O presente estudo é uma proposta de solução de problemas relacionados ao agendamento de consultas médicas na UBS Morro da Penha, em Santos e, portanto, tem como intenção servir de subsídio para apoiar as decisões de gestores locais e municipais, proporcionando reflexão sobre os processos de trabalho. Todos esses desdobramentos só serão possíveis de realização se a equipe (os executores das ações) estiver informada e participando ativamente das ações propostas pelas pesquisadoras.

As ferramentas para transpor as lacunas de comunicação entre pesquisadores e público-alvo para qual se destina o conhecimento são descritas nos planos de tradução do conhecimento e apresentam-se como estratégias prioritárias de algumas agências de fomento à pesquisa. Segundo o *Health Canada* (2017), departamento governamental responsável pela política de saúde dos canadenses, a tradução do conhecimento (*knowledge translation*, KT) é um processo que visa a melhoria dos serviços prestados à população por meio de elaboração de síntese dos conhecimentos gerados por pesquisas científicas, seguida de disseminação, troca e aplicação desses conhecimentos.

O Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (*Canadian Institutes of Health Research*, CIHR) apoia os pesquisadores com estímulo à aplicação da tradução do conhecimento e oferece um guia com os elementos técnicos necessários. Os planos de tradução do conhecimento podem ocorrer de duas formas distintas: integrado a todas as fases de busca e aplicação do conhecimento (*iKT*) ou de finalização (*end-of-grant KT*). Para esse estudo, foi elaborado um plano de tradução do conhecimento, conforme a proposta de finalização, com a consideração dos seguintes fatores: metas; público-alvo; estratégias; expertise para o desenvolvimento das estratégias; e recursos (Quadro 01) (*Canadian Institutes of Health Research*, 2012).

Quadro 01: Plano de Tradução do Conhecimento

Fatores	Plano
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ● Envolvimento dos profissionais de saúde com a pesquisa; ● Identificação de barreiras para implementação das soluções.
Público-alvo	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestores locais (UBS); ● Gestores municipais; ● Profissionais que atuam no serviço.
Estratégias	<ol style="list-style-type: none"> 3. Envolvimento de profissionais e gestores da UBS em várias etapas; 4. Publicações com linguagem adequada ao público; 5. Elaboração e publicação da síntese de evidências; 6. Desenvolvimento de um diálogo de políticas; 7. Elaboração e publicação de um relatório do diálogo de políticas;

	8. Apresentação dos resultados em evento dirigido aos participantes e gestores locais e municipais.
Expertise	<ul style="list-style-type: none">• Uma pesquisadora atuante no serviço;• Uma pesquisadora externa com experiência em tradução do conhecimento.
Recurso	<ul style="list-style-type: none">• Recursos humanos: pesquisadoras;• Recursos financeiros: custeados pelas pesquisadoras.

Fonte: Adaptado pelas pesquisadoras, com base em Canadian Institutes of Health Research, 2012.

4. Resultados e Discussão

4.1 Síntese de Evidências para Informar Políticas

4.1.1 Mensagem-chave

O problema

O modelo de ofertas das consultas compõe a dimensão do acesso de utilização dos serviços de saúde e interfere na qualidade da prestação de cuidados, em resultados como morbidade e mortalidade da população assistida e na satisfação de usuários e profissionais do serviço. São diversos os formatos de oferta de consultas na atenção primária no Brasil, sendo que o modelo de agendamento espontâneo tradicional é hegemônico, apesar de estar relacionado a formação de filas de espera, enrijecimento das ofertas e riscos de dificuldades de agendamentos traduzidos na Lei dos Cuidados Inversos, em que grupos populacionais mais vulneráveis ou com mais necessidades em saúde apresentam mais dificuldade em conseguir consultas. Esta síntese de evidências tem como objetivo apresentar opções para políticas descritas na literatura acerca de mudanças nos processos de agendamento de consulta capazes de impactar a oferta de acesso na atenção primária.

Opções para enfrentar o problema

Os resultados das revisões sistemáticas incluídas evidenciaram uma ampla variedade de intervenções nos métodos de agendamentos de consulta que podem melhorar o acesso à Atenção Primária à Saúde. Elas foram classificadas em seis opções, descritas abaixo:

Opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia

O Acesso Avançado (AA) é a estratégia descrita por cinco estudos e apresenta crescente popularidade nos serviços de atenção primária. Tem como principal característica o gerenciamento da oferta de vagas com ampliação de consultas do dia e redução do número de consultas de demanda programada para 50% ou menos, com diferentes descrições na literatura. Apresentou benefícios relacionados à diminuição do tempo de espera para consulta, diminuição do absenteísmo e alcance de metas de qualidade e estrutura do serviço.

Opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

Essa opção tem como principal característica o envolvimento de equipe multidisciplinar capaz de realizar monitoramento de um grupo de pacientes com oferta de assistência mais rapidamente. Foram cinco estratégias descritas para compor essa opção com poucas diferenças de execução entre elas. Os resultados estão relacionados ao aumento da quantidade de consultas ofertadas, melhora na utilização dos serviços, diminuição do tempo de espera para consulta e diminuição do tempo que o profissional utiliza ao telefone, em comparação ao modelo tradicional de agendamento.

Opção 3 - Aumento da capacidade de atendimento

Essa opção consiste em estratégias de aumento da capacidade de atendimento do serviço através de três abordagens: implementação de clínicas do tipo “*walk-in*” (*instaladas em locais estratégicos*) com atendimento pontual para resolução de problemas rápidos em livre demanda, extensão do horário de atendimento do serviço de APS através da utilização de um telefone celular ou implementação de rede de teleatendimentos. Nos três estudos analisados essa opção se mostrou eficiente em diminuir o tempo de espera para consultas e para a melhora de alguns desfechos, ou resultados clínicos.

Opção 4 - Pacotes de intervenções

Durante a extração dos resultados, percebeu-se que algumas estratégias eram apresentadas de forma agrupadas, sendo indistinguível os resultados dos desfechos de cada intervenção isoladamente. Esta opção foi construída por estratégias apresentadas de forma combinada. Dois estudos propõem intervenções baseadas em pacotes de múltiplas intervenções com diferentes combinações, tais como: mudança no formato de acesso aos serviços, descentralização dos atendimentos (acolhimento e retornos realizados por equipe de enfermagem ou estudantes), utilização de ferramentas eletrônicas (telefone, e-mail, site próprio e desenvolvimento de aplicativo de celular), promoção de autocuidado e intervenções em grupo. Essa opção apresentou resultados positivos como redução do tempo de espera para consulta e redução das taxas de absenteísmo.

Opção 5 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta

Essas estratégias se baseiam na centralização das informações dos pacientes em um único profissional antes da indicação de desejo de agendamento de consulta. Pode ser realizada através de triagem, com absorção da demanda por telefone, presencialmente em livre demanda ou “blocos” de atendimento periódicos ou por grupos de monitoramento do autocuidado supervisionado por um profissional de saúde. A opção está associada ao aumento

do número de atendimentos por telefone e, quando utilizada a estratégia de triagem, à redução do tempo de espera para a consulta.

Opção 6 - Regulação entre os níveis de atenção

Dois estudos compõem essa opção e apresentam estratégias de referenciamento do paciente que já é acompanhado nos níveis secundário e terciário de saúde para o nível primário. Em ambas há a necessidade de compartilhamento de decisão entre as equipes de diferentes níveis e integração de dados dos pacientes. Os resultados encontrados foram a diminuição das listas de espera, aumento da utilização e frequência. No entanto, foi observado aumento da demanda por consultas na atenção primária.

Considerações sobre a equidade

Além dos benefícios e riscos apresentados nas opções, as condições de vida da população que se destinam às estratégias precisam ser consideradas pelos gestores, a fim de se evitar aumento de iniquidades em saúde. Algumas estratégias propõem uso de tecnologias e saberes que podem afastar um público que possua limitações físicas, sociais ou cognitivas de utilizá-las. Além disso, deve-se questionar em cada opção o potencial aumento de misoginia, racismo estrutural, etarismo e aporofobia, tão presentes nas relações interpessoais e institucionalmente validadas por atitudes e crenças reproduzidas nos serviços de saúde.

Considerações sobre a implementação das opções

Todas as opções levantadas nessa síntese apresentam considerações sobre a implementação em diferentes níveis: ao indivíduo usuário do serviço, aos trabalhadores, à organização dos serviços de saúde e ao sistema de saúde. Algumas barreiras de implementação foram elencadas e é necessário considerá-las para melhor entendimento sobre as possibilidades de incorporação das opções segundo o contexto dos serviços de saúde.

4.1.2 Contexto e Antecedentes

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de prestação de serviços ambulatorial e multidisciplinar destinado a uma população adscrita, geralmente em base territorial e caracterizado pelos quatro atributos essenciais descritos por Starfield (2002): acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Esse nível de atenção tem suas bases históricas atreladas ao sistema britânico de saúde, o *National Health Service* (NHS) e ao Relatório Dawson (1920), que primeiramente descreveram o conceito de assistência generalista e acesso universal em um território (*The Health Foundation*, 2022).

O nível primário deve ser a “porta de entrada” do sistema por diversas razões: a pessoa usuária do serviço geralmente não conhece os aspectos organizacionais e necessita de uma

orientação para utilização, o limiar de busca de atenção é diferente entre as pessoas e a existência de um profissional capacitado para identificar queixas inespecíficas ou manifestações iniciais de doenças resulta em diversos benefícios clínicos individuais e populacionais, além de ajudar a pessoa a entender a severidade da sua doença e os serviços que são realmente necessários (Starfield, 2002).

O acesso está atrelado ao conceito de primeiro contato e a utilização da APS está intrinsecamente ligada à acessibilidade e utilização (aceitabilidade). Para que os usuários procurem o serviço de APS sempre que apresentarem novas necessidades ou continuidade do cuidado, é necessário que exista uma estrutura e organização capaz de fornecer acesso em tempo oportuno e os diferentes modelos de agendamento de consulta podem interferir no tempo de espera para consulta (Starfield, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua construção, apresenta como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (Brasil, 1988). A partir desse ideal de política pública e do referencial teórico mundial produzido nas décadas anteriores, o nível primário de atenção à saúde no Brasil foi fundamentado como porta de acesso aos serviços e ordenador do cuidado.

Em 2006 ocorreu a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que denomina como Atenção Básica (AB) esse nível de serviço e prioriza o atributo acesso na redação do primeiro princípio: “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial [...]”. Desde então, a PNAB passou por duas reformulações (2011 e 2017) e em ambas se mantém a característica de porta de entrada ao sistema de saúde.

O desafio brasileiro é equilibrar as demandas de saúde da população com a capacidade dos serviços e de consolidar a identificação da AB como porta de entrada (Duncan et al., 2022). Há uma grande variação de métodos de oferta de acesso adotados em todo o País, caracterizados em três grupos: modelo tradicional, acesso avançado e intermediário, ou “carve-out” (Vidal, 2019). Esses três modelos diferenciam-se pela quantidade de consultas agendadas previamente e percentual destinado à resolução de demandas que surgem no dia, acarretando diferentes tempos de espera para consulta, graus de satisfação e interferência na continuidade/coordenação do cuidado, desfechos clínicos e utilização de serviços em outros níveis de atenção (Murray e Tantau, 2000).

4.1.3 O problema do acesso aos serviços de saúde

O acesso se concretiza com a prestação do serviço necessário ao indivíduo em tempo oportuno e uma das grandes demandas no nível primário é a consulta com o médico, portanto o serviço precisa dispor de estratégias que viabilizem a realização da consulta com menor tempo de espera. Starfield (2002) associa o conceito de acesso à porta de entrada no serviço de saúde e coordenação do cuidado do paciente e está relacionado a melhores resultados individuais e coletivos.

Em 2006, com a publicação da primeira PNAB, o conceito “acessibilidade” consolida-se como um princípio da atenção básica, caracterizado como um processo de trabalho disposto na Política Nacional de Humanização, em que o acolhimento é a ferramenta chave para a consolidação do acesso (Brasil, 2006). O escopo do termo “acesso”, entretanto, não pode se restringir ao acolhimento da demanda e garantia da porta de entrada pela AB, mas à utilização dos serviços no tempo adequado ao usuário e diminuição da relação entre os obstáculos à utilização e o poder de uso (Mendes, 2010).

Desde a publicação dessa primeira PNAB e durante as duas reformulações houve adoção de estratégias distintas e o acesso também se configurou conforme as prioridades. No formato atual, as consultas médicas ambulatoriais individuais são estimuladas e os modelos de agendamento de consultas tornaram-se centrais na oferta de acesso (Brasil, 2017), com a adoção universal de modelos tradicionais de agendamentos conforme demanda da população, tal como se realiza em demais serviços ambulatoriais.

Portanto, o acesso às consultas médicas na atenção primária não deve ser semelhante ao formato que é comumente atribuído no nível ambulatorial secundário, em que a capacidade do serviço é completada de acordo com a demanda e todos os atendimentos são previamente agendados, pois diferentes limiares de procura ao serviço, distribuição epidemiológica das doenças e organização do serviço em equipe multidisciplinar indicam a necessidade de promover equidade e rapidez no acesso às consultas (Silveira et al., 2019).

4.1.4 Magnitude do Problema no contexto local

A análise apresentada da magnitude do problema justifica a importância da elaboração da síntese de evidências para informar políticas e a condução do diálogo de políticas.

A Unidade Básica de Saúde do Morro da Penha é cadastrada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o N° 5370019 desde 16 de maio de 2007, como uma unidade de administração pública vinculada ao Município de Santos. Localizada na Rua três, número 150, no Bairro Morro da Penha, desde a sua habilitação, a unidade é composta de uma única equipe de estratégia de saúde da família, que conta com o apoio de um técnico de

enfermagem direcionado a análises clínicas. Desde março de 2023, a unidade também recebe uma médica residente em medicina de família e comunidade com carga-horária de 20 horas semanais.

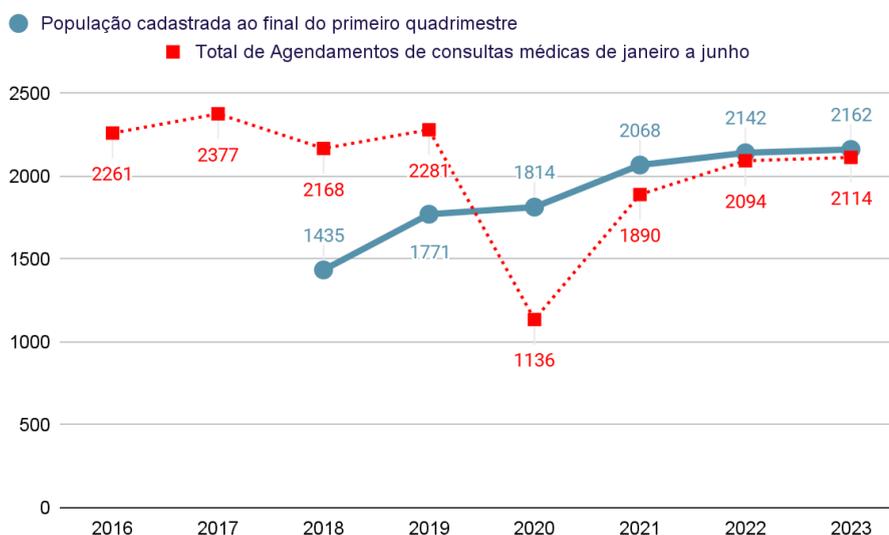
Optou-se por padronizar a população cadastrada ao final do relatório do primeiro quadrimestre de cada ano para fins de comparação com os dados do primeiro semestre de 2023, acrescentados a esse estudo.

Foram colhidos números absolutos da população adscrita e cadastrada no território em cada ano, desde 2018 (sempre referente ao primeiro semestre de cada ano). Foram importados do portal E-SUS Gestor do Ministério da Saúde, são de domínio público e atualizados periodicamente.

A população adscrita ao território no primeiro quadrimestre de 2023 (janeiro a abril) foi de 2.162 pessoas (corresponde à expectativa de 2.000 a 3.500 pessoas preconizada pela PNAB de 2017) (Brasil, 2017; Brasil 2023). Percebe-se que houve aumento da população absoluta cadastrada desde então em todos os anos, com crescimento percentual proeminente entre os anos de 2016-2017 (aumento de 23%) e entre 2018-2019 (aumento em 14%) (linha azul contínua no Gráfico 01).

Além disso, também foi possível quantificar em números absolutos os agendamentos de consulta com o médico de família da unidade, desde 2016. Foi possível a exportação do sistema “Soul-MV”. Está contido neste valor todos os agendamentos programados e demanda espontânea, não fazendo diferenciação entre eles.

Gráfico 01: População Adscrita e Total de Agendamentos de Consultas Médicas no Primeiro Semestre de cada ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2023)



Fonte: Autoria própria

O território é dinâmico e apresenta perspectivas de grandes variações populacionais devido à característica dos domicílios em aglomerados subnormais e possibilidade de construção de novas moradias em áreas de encosta do Morro, muitas vezes sem a devida formalização da propriedade do terreno ou autorização para construção. Acredita-se que essa variação populacional se deve a isso, pois não houve agregação de territórios ou redistribuição entre as equipes de saúde da família nesse período.

Não foi possível extrair dados analíticos das características da população e a variação no período. Portanto, não é possível inferir variações etárias ou de gênero.

Os dados disponíveis permitem perceber um acréscimo de 50% da população no período, mas que isso não é verificado no total de agendamento de consultas médicas para o mesmo período, permanecendo em estabilidade ao se comparar os dados de 2018 e 2023. Esse fato pode estar relacionado à ausência de mudanças na estrutura física da unidade, que apesar de ter recebido uma médica residente no ano de 2023, ainda permanece com apenas um consultório médico e um consultório de enfermagem, com capacidade fixa de atendimento.

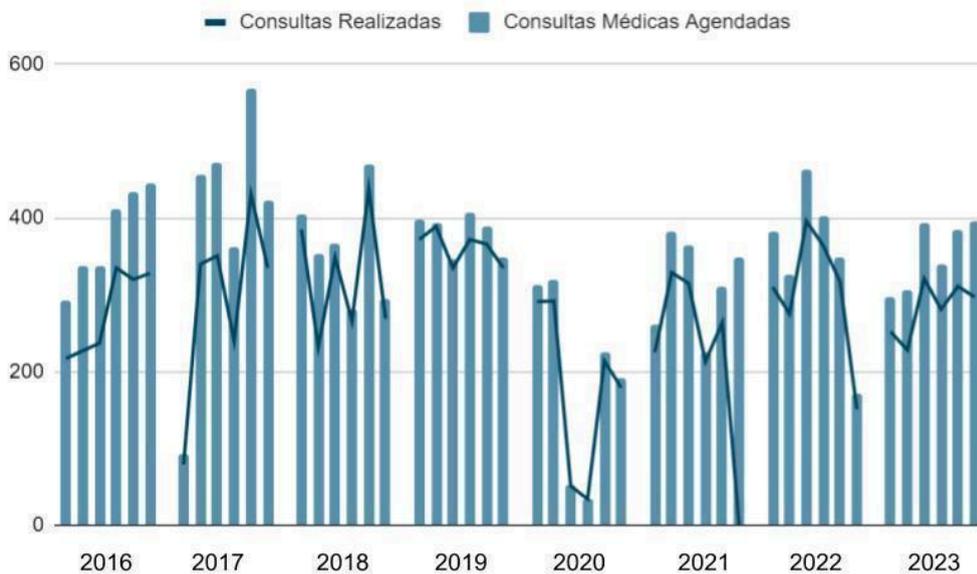
A queda do número de agendamentos de consultas no ano de 2020 é esperada e justificada pelas diversas recomendações federais, estaduais e municipais para redução da circulação de pessoas nas unidades de saúde como medidas de prevenção à transmissão viral de Covid-19. Portanto, é possível identificar que no ano seguinte (2021) a quantidade de agendamentos se recupera e permanece estável em relação a 2019 e 2018.

Também se observa a quantidade de consultas médicas e de enfermagem realizadas no período, que correspondem às demandas programadas e espontâneas, sem distinção. Os números absolutos de consultas médicas agendadas e realizadas a cada mês, durante os períodos de janeiro a junho de cada ano (2016 a 2023) foram compilados no Gráfico 02 (abaixo).

É possível identificar alguns meses em que predominam baixos números de agendamento, como em janeiro de 2017, período que corresponde às férias do profissional médico, e entre março e maio de 2020 e nos meses de dezembro de 2021 e 2022 explicados pelo fato de ter representado um período de mudança de profissional médico.

Verifica-se que o número de consultas agendadas (capacidade de atendimento) é superior ao número de consultas realizadas. Esse número pode representar perdas esperadas pelo modelo tradicional de agendamento, incluindo absenteísmo, mas não é possível afirmar, devido a forma em que os dados estão disponíveis no sistema.

Gráfico 02: Consultas médicas agendadas (barras) e realizadas (linha) em número absoluto por mês - primeiro semestre de cada ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2023)



Fonte: Autoria própria

De acordo com relatos da equipe, foi realizada uma tentativa de implementação do acesso avançado na unidade no ano de 2018. É possível notar no Gráfico 02 que não houve mudança considerável no padrão de consultas realizadas nesse período em relação a série histórica, mas percebe-se uma queda do número de agendamentos e, conseqüentemente, no absenteísmo, pois o número de pessoas atendidas se manteve.

A partir do sistema também foi possível extrair dados de absenteísmo anuais, sem distinção por mês, sumarizados na tabela abaixo.

Tabela 01: Número absoluto de consultas médicas agendadas por ano e proporção de absenteísmo (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2022).

Ano	Número absoluto de agendamentos	Absenteísmo (em percentual)
2016	1736	86%
2017	2027	19%
2018	2439	33%
2019	2489	9%
2020	1829	9%
2021	2403	7%
2022	1826	7%

O sistema Soul-MV é utilizado desde 2015 pela Secretaria de Saúde de Santos para realização de controle da agenda, agendamento de consultas, prontuário eletrônico e emissão de documentos. Entretanto, segundo relatos dos profissionais de saúde, houve um período de adaptação ao sistema após a sua implementação e as consultas ainda eram realizadas por prontuário físico durante alguns meses. Portanto, esse fato pode explicar o alto índice de absenteísmo no ano de 2016, justificado que seria um valor falsamente gerado pelo sistema que ainda não era utilizado em sua plenitude.

Nota-se que o absenteísmo apresentou queda após o ano de 2019, fato que pode estar relacionado à experiência de implementação do acesso avançado e flexibilização da agenda, mesmo após o retorno ao modelo de *carve-out* (utilizado pela unidade desde 2019).

Dois indicadores utilizados para a gestão da demanda na atenção primária são: pressão assistencial (número de consultas realizadas em um determinado período dividido pelo número de dias trabalhados) e frequência (calculada ao dividir o número de consultas realizadas em um período de tempo determinado pelo número absoluto da população adscrita). Assume-se que os valores de referência internacionais são: pressão assistencial = 25 atendimentos/dia e frequência = 3 a 4 consultas/habitantes/ano (Brunet e Saamenõ, 2003).

Combinados, esses indicadores realizam um diagnóstico qualitativo da demanda, classificando-a em quatro grupos: a) Baixa pressão assistencial + baixa frequência; b) Alta pressão assistencial + alta frequência; c) Baixa pressão assistencial + alta frequência e d) Alta pressão assistencial + baixa frequência. Em cada uma dessas categorias há desafios de gestão da demanda (Brunet e Saamenõ, 2003).

É possível realizar o cálculo da pressão assistencial e frequência a partir do ano de 2018. Estão compilados abaixo os valores encontrados, com base em análise dos doze meses do ano entre 2018 e 2022 e com base no número de consultas realizados pelo médico da estratégia de saúde da família.

Tabela 02: Valores da Pressão Assistencial e Frequência (UBS Morro da Penha, Santos, 2018-2022).

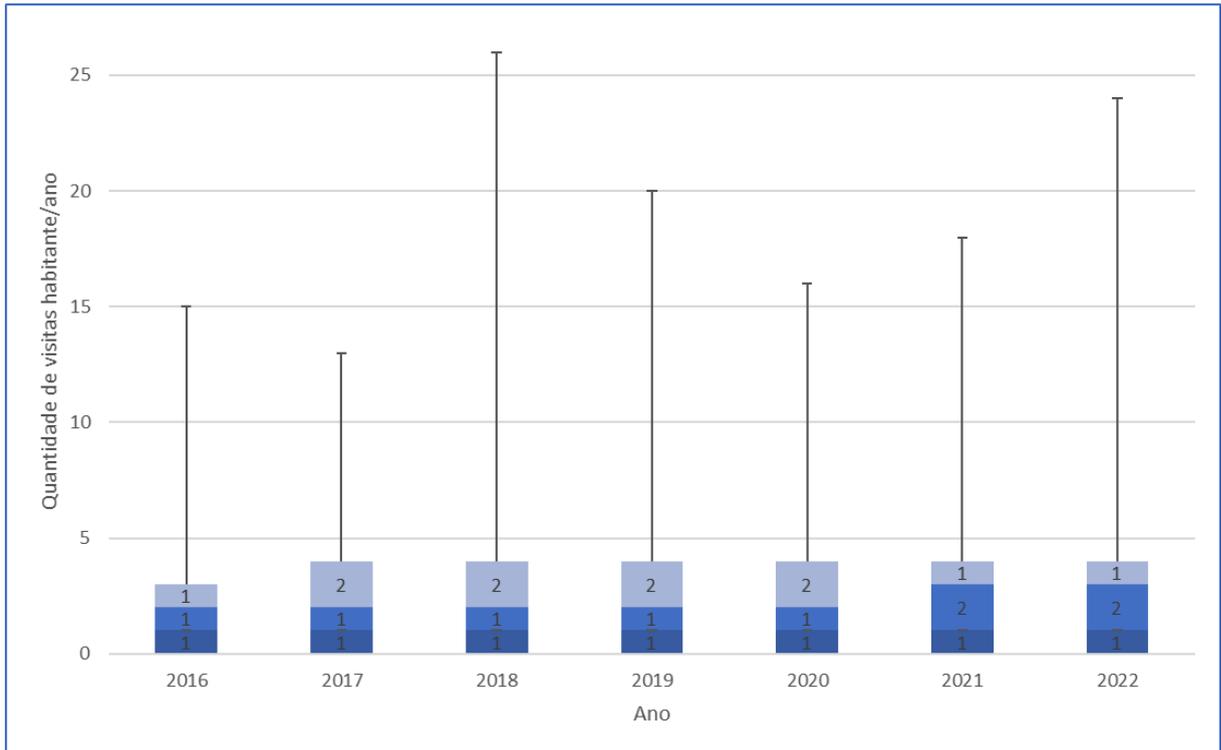
Ano	Pressão Assistencial (atendimentos/dia)	Frequência (consultas/habitantes/ano)
2018	10,27	1,58
2019	10,08	1,28
2020	7,57	0,92
2021	10,09	1,08
2022	7,65	0,79

Fonte: Autoria própria

Através dessa análise classifica-se a UBS no grupo “a) Baixa pressão assistencial + baixa frequência”. A literatura aponta duas razões para esse cenário: sobra de recursos ou baixa afiliação à atenção primária (Brunet e Saamenõ, 2003). Outras possíveis razões para essa classificação podem incluir situações comuns aos processos de trabalho na APS, que foram percebidas na leitura dos prontuários para o levantamento das informações sobre magnitude do problema, como priorização de atividades coletivas no território pela equipe, baixa capacidade estrutural da UBS em fornecer maior quantidade de agendamentos, grande número de realização de visitas domiciliares e usabilidade do sistema Soul-MV com as dificuldades em realizar a consulta utilizando o prontuário eletrônico, o que acarretaria menor quantidade de consultas cadastradas no sistema.

Foi possível avaliar a quantidade de visitas por habitante a cada ano (2016 a 2022) individualmente (Gráfico 03). Nota-se que a mediana em todos os anos foi de 1 consulta por habitante por ano, com pouca variação nos quartis (entre 1 e 2), mas com valores máximos que chegam até 26 consultas/habitante/ano. Nota-se, portanto, que a maioria da população obteve uma consulta por ano, mas poucos usuários foram responsáveis por treze ou mais consultas por ano.

Gráfico 03: Número de Consultas por Habitante por Ano (UBS Morro da Penha, Santos, 2016-2022).



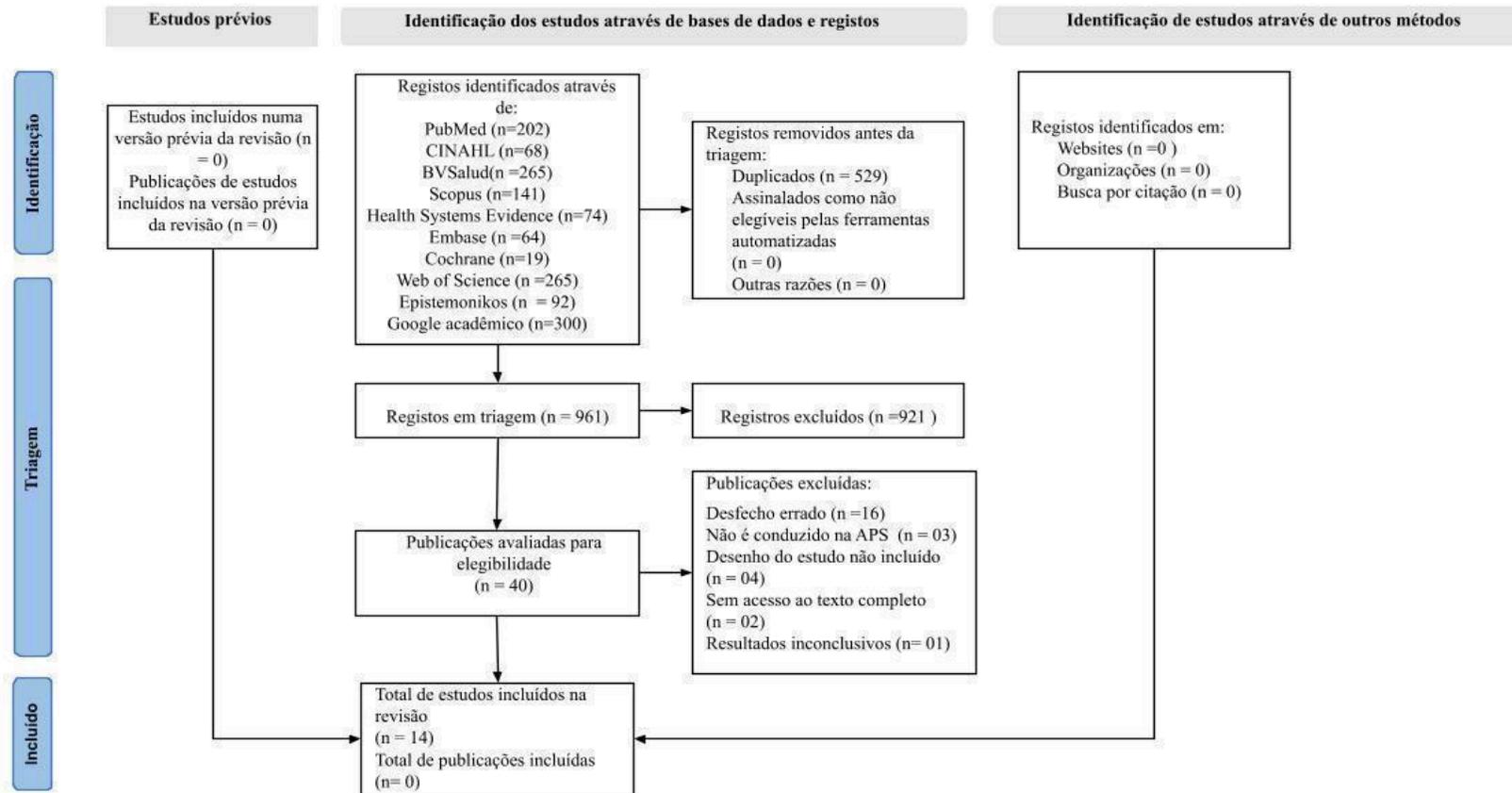
Fonte: Autoria própria

4.1.5 Metodologia e resultados da síntese

As buscas nas bases de dados resultaram em 1.190 títulos e as buscas em fontes na literatura cinzenta resultaram em 300 títulos. Todos foram exportados para o *software Mendeley* com finalidade de confrontar títulos duplicados. Foram identificados 529 estudos em duplicação. Esses títulos foram exportados para o *software Rayyan* para triagem e seleção. As pesquisadoras, em duplas, com cegamento, realizaram a triagem compor meio de leitura dos títulos e resumos, resultando na exclusão de 921 títulos e seleção de 40 para a elegibilidade. Após a leitura completa desses estudos, 14 foram selecionados para extração. A figura 07 retrata o fluxograma das etapas de seleção e elegibilidade. Um quadro com uma lista de estudos excluídos após a leitura completa está disponível no Apêndice A.

A leitura e extração dos quatorze estudos incluídos resultaram em 21 estratégias relacionadas com melhores desfechos no atributo acesso. Essas estratégias apresentavam algumas similaridades entre as suas definições e foram agrupadas de acordo com essas características em seis opções e apresentadas em ordem conforme a quantidade de revisões que apresentavam a estratégia, descritas a seguir.

Figura 07: Fluxograma de seleção e elegibilidade de estudos conforme PRISMA.



Fonte: Adaptada de Page e colaboradores, 2015

4.1.6 Opções para Abordar o Problema

Opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia

Essa opção consiste na mudança dos processos de agendamento tradicional com grande oferta de consultas agendadas previamente para redução da demanda programada e ampliação do percentual de vagas disponíveis no mesmo dia em que o paciente procura por assistência, denominada Acesso Avançado (AA) ou agendamento aberto. Essa estratégia foi descrita por cinco revisões sistemáticas, todas de qualidade criticamente baixa (Ansell et al., 2017; Nuti et al., 2015; Rose et al., 2011; Stubbs et al., 2013; Tan e Mays, 2014).

Há algumas diferenças entre a descrição do desenvolvimento da opção nos estudos sobre o percentual destinado às consultas do dia, que variou entre 50% e 70%, e no tempo máximo de espera para consulta, com variação entre 24 e 48 horas (Tan e Mays, 2014).

Quadro 02: Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Observaram-se benefícios na redução do tempo de espera para consulta e nas taxas de absenteísmo.</p> <p>No estudo de Rose e colaboradores (2011) a taxa de absenteísmo variou de 24% para zero, mas o resultado precisa ser interpretado com cautela pela presença de viés.</p> <p>Tan e Mays (2014) relacionam a estratégia com maior alcance de metas de qualidade e estrutura dos serviços.</p> <p>Outro benefício encontrado na literatura é a redução do tempo de internação hospitalar (Strubbs, 2013).</p>
Danos potenciais	<p>A continuidade do cuidado foi prejudicada em três estudos, com indícios de diminuição da realização de testes de hemoglobina glicada (HbA1c) para vigilância de pacientes diabéticos, realização de menos de testes de microalbuminúria para rastreamento de doença renal crônica, piora no acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar e maior responsabilização dos pacientes portadores de doenças crônicas por identificarem o tempo oportuno de retorno em consulta e maior risco de falhas na continuidade do cuidado (Nuti et al., 2015; Rose et al., 2011; Tan e Mays, 2014).</p>

Custos e custo-efetividade	As evidências sugerem aumento dos custos em 10 a 20%, mas que podem ser compensadas pelo aumento da eficiência no serviço. Esses dados são encontrados em Ansell e colaboradores (2017) e Stubbs e colaboradores (2013), porém os estudos ressaltam a imprecisão dos dados devido à falta de evidência estatística clara e a ausência de grupo controle comparador nos estudos primários.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos	Alguns benefícios não foram claramente descritos ou apresentaram resultados conflitantes nos diferentes estudos, como o aumento do volume de consultas, identificado por Nuti e colaboradores (2015), contrariando os resultados neutros de Rose e colaboradores (2011). Em relação aos desfechos clínicos também não há consenso, o acesso avançado parece melhorar o controle de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), porém não há como relacionar esses resultados com a implementação da opção devido às limitações metodológicas dos estudos primários (Nuti et al., 2015; Stubbs et al., 2013; Tan & Mays, 2014). Dois estudos apontam uma provável redução na quantidade de visitas aos departamentos de urgência e emergência, porém os resultados não podem ser relacionados à estratégia devido à ausência de evidência estatística (Rose et al., 2011; Stubbs et al., 2013).
Elementos da implementação da opção	Rose e colaboradores (2011) ressaltam que esses resultados têm maior impacto no acesso quando a estratégia é implementada em serviços com taxas mais altas de absenteísmo e que, em geral, os estudos primários apresentam limitações metodológicas que inviabilizam a associação dos desfechos à implementação.
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos	Na percepção dos pacientes, relatado em dois estudos (Ansell et al., 2017; Rose et al., 2011) há uma preferência pela oferta de acesso em tempo oportuno à opção de acesso em tempo mais curto.

	<p>A satisfação do paciente também apresenta resultados conflitantes, principalmente em pessoas idosas, com um dos estudos apontando aumento da satisfação nessa faixa etária (Stubbs et. al., 2013), enquanto outros verificaram redução (Rose et al., 2011; Ansell et al., 2011; Tan e Mays, 2014). Na população geral há o relato de redução de 8% de satisfação ao aumentar em 10% a quantidade de vagas destinadas às consultas do dia. Em localidades com menor vulnerabilidade há evidência de diminuição da satisfação dos pacientes com a implementação dessa estratégia (Ansell et al., 2017).</p>
--	--

Opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

Essa opção foi elaborada com os dados de quatro revisões sistemáticas de qualidade criticamente baixa. Foram agrupadas quatro estratégias para compor a opção: serviços com abordagens multidisciplinares, monitoramento por equipe “PACT” (*Parent And Caregiver Active Participation Toolkit*, em tradução livre: Ferramentas de Participação Ativa para Pais e Cuidadores) e equipe “ImPACT”, monitoramento e agendamento quando necessário e portal do paciente online.

Os serviços com abordagens multidisciplinares foram descritos por Thomas e colaboradores (2020) como o acompanhamento de usuários dos serviços de saúde mental através de estratégias de grupos com encontros periódicos, liderados por profissionais de saúde mental, conselheiros e assistentes sociais.

Jimenez e colaboradores (2021a) descrevem o monitoramento por equipes “PACT” como um serviço territorial focado em orientação e envolvimento do usuário do serviço e familiares, composto por enfermeiros capacitados para o monitoramento em saúde por meio virtual, oferta de aconselhamento nutricional, práticas integrativas e complementares de saúde (PICS), aulas de culinária e assistência à dispensação e uso de medicações com oferta contínua de consultas mesmo após o expediente, através da utilização de tecnologias de comunicação. A mesma revisão também descreve a ação das equipes “ImPACT” sendo semelhante à anteriormente descrita, mas acrescida de um grupo de profissionais composto por enfermeiros, assistentes sociais, médicos e terapeutas ocupacionais realizando o monitoramento como equipe articulada, coordenação do cuidado em outros níveis de

assistência e programação de visitas domiciliares. Nessa estratégia há a programação de reuniões de equipe semanais.

O monitoramento e agendamento quando necessário, segundo Nuti e colaboradores (2015), é uma estratégia de monitoramento de dados dos usuários e coordenação do cuidado na atenção primária, ofertados através de profissionais de saúde. Essa estratégia é semelhante ao portal do paciente online (Jimenez et al., 2021b) capaz de fornecer interação entre a equipe e o paciente em que se realiza o monitoramento dos registros médicos, dispensação de medicações, troca de informações e agendamento de consultas.

Quadro 03: Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>As abordagens multidisciplinares e o monitoramento online se relacionam a parâmetros de melhor utilização dos serviços de saúde, através da redução do tempo de espera para consulta (Thomas, 2020; Jimenez et. al, 2021b), enquanto o monitoramento por equipes PACT e monitoramento e agendamento oportuno, aumentaram a quantidade de consultas (Jimenez et. al, 2021a; Nuti, 2015).</p> <p>Outros benefícios não relacionados ao acesso são: diminuição na utilização de serviços de atenção secundária, melhores desfechos clínicos relacionados a pacientes portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia e melhoria no autocuidado e diminuição do absenteísmo de consultas, observados com o monitoramento por equipes PACT (Jimenez et. al, 2021a) e redução das hospitalizações com o monitoramento e agendamento quando necessário (Nuti et. al., 2015).</p>
Danos potenciais	Não foram descritos nos estudos os danos potenciais das estratégias.
Custos e custo-efetividade	Para a implementação do portal do paciente online foi verificado um aumento dos custos relacionados à introdução de novas

		tecnologias (Jimenez et. al, 2021b). Não há dados sobre custo-efetividade das outras estratégias.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos		Não houve descrição das incertezas relacionadas a essa opção.
Elementos da implementação da opção		Todas as estratégias são relacionadas a profissionais capacitados para realização de monitoramento de pacientes e com disponibilidade de tempo em serviço para condução da estratégia. Uma das ações prevê a formação de grupos de pacientes com condição clínica semelhante (Thomas, 2020). Três são realizadas através da busca ativa de informações por parte do profissional em registros do paciente ou por ligação telefônica (Jimenez et. al, 2021a; Nuti et. al., 2025). Uma estratégia tem sua implementação atrelada ao desenvolvimento de um portal eletrônico interativo com agregação de dados de prontuário, de dispensação de medicamentos e de agendas de consulta (Jimenez et. al, 2021b). Quatro estratégias foram realizadas com equipe multidisciplinares (Thomas, 2020; Jimenez et. al, 2021a; Nuti et. al., 2015; Jimenez et. al., 2021a).
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos		Percebe-se aumento da satisfação de pacientes e provedores de cuidado a partir do monitoramento online (Jimenez et. al, 2021b). A implementação do portal do paciente online está atrelada à melhora da percepção de oferta de cuidados em tempo oportuno e em menor tempo de espera pelos pacientes, bem como à melhora da percepção de oferta de um serviço de qualidade pelos profissionais de saúde (Jimenez et. al, 2021b). As demais estratégias não apresentaram dados sobre a percepção dos atores sociais.

Opção 3 - Aumento da capacidade de atendimento

Duas estratégias estão agrupadas nessa opção e têm por objetivo aumentar a capacidade do serviço em fornecer atendimentos em maior quantidade. Elas foram descritas em três revisões sistemáticas, todas com qualidade criticamente baixa. A primeira estratégia é a implementação de clínicas denominadas “*walk-in*” espalhadas pelos territórios em locais estratégicos, capazes de fornecer atendimentos clínicos sem necessidade de agendamento prévio, direcionados à solução de problemas pontuais e sem vinculação do paciente à equipe (Thomas, 2020).

As outras duas estratégias envolvem a implementação de telemedicina e utilização de aparelhos telefônicos, em uma dessas há extensão dos horários de trabalho de profissionais da enfermagem ou da medicina, que ficam à disposição da população pelo telefone para necessidades fora do horário comercial. Assim como a primeira estratégia, aqui também não há a obrigatoriedade da vinculação à equipe e qualquer profissional pode atender às demandas (Jimenez, 2021a; 2021b).

Quadro 04: Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Houve redução do tempo de espera para consulta e da quantidade de pessoas em filas de espera. Também foram relatados nas revisões, mas sem detalhamento dos resultados, benefícios relacionados à melhoria de desfechos clínicos, redução da admissão e mortalidade hospitalar, redução da utilização de assistência ambulatorial no nível secundário, aumento da frequência na APS, redução na variabilidade de médicos e (Jimenez, 2021a; 2021b; Thomas, 2020).
Danos potenciais	Thomas (2020) sugere que a opção não é adequada para acompanhamento de pacientes com doenças graves e complexas de saúde mental. Em Jimenez e colaboradores, (2021a; 2021b) descreve-se o risco potencial à manutenção do vínculo e longitudinalidade, com o atendimento por qualquer equipe.
Custos e custo-efetividade	As evidências são conflitantes, mas sugerem redução dos custos com manutenção da mesma quantidade de consultas que antes da intervenção (Jimenez, 2021b).

Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos	As revisões incluídas não apresentam incertezas com relação aos resultados das estratégias.
Elementos da implementação da opção	Não houve apresentação de resultados relativos à implementação das opções.
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos	Jimenez e colaboradores (2021b) referem aumento da satisfação do provedor e do usuário com o serviço (Jimenez, 2021a; 2021b; Thomas, 2020).

Opção 4 - Pacotes de intervenções

Duas revisões sistemáticas de qualidade criticamente baixa apresentaram três estratégias que compõem essa opção. Ansell e colaboradores (2017) descreveram dois pacotes: o primeiro consiste em implementação do acesso avançado e/ou atendimentos pela equipe de enfermagem e/ou retornos por meio de contato telefônico e/ou medidas para redução de consultas de retorno e/ou triagem por médicos generalistas e/ou triagem por enfermeiros e/ou redirecionamento de carga de trabalho de médicos generalistas e/ou medidas para promover autocuidado e/ou intervenções digitais (e-mail). O segundo pacote, mais restrito, consiste em acesso avançado associado a retornos utilizando contatos por telefone e avaliação dos retornos por um profissional de saúde.

Thomas e colaboradores (2020) descreveram um pacote denominado “mudança na entrega do serviço” caracterizado por: acolhimento realizado por estudantes associado a aconselhamentos rápidos e intervenções em grupos em horários e locais alternativos aos usuais.

Quadro 05: Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Em todas as estratégias foi percebida uma redução no tempo de espera para consulta, sendo 11 dias em média, segundo Ansell e colaboradores (2017). Também relataram redução das taxas de absenteísmo.

		Além disso, foram descritos aumento da eficiência do serviço, melhoria do acesso às informações clínicas e da continuidade do cuidado em pacientes portadores de DCNT (Ansell et al., 2017).
Danos potenciais		Não foram descritos danos potenciais nas estratégias sobre os pacotes de intervenção.
Custos e custo-efetividade		Não foram descritos aspectos relacionados aos custos ao se utilizar as três estratégias.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos		Provavelmente há uma redução na taxa de estresse da população assistida após implementação do pacote “mudança na entrega dos serviços” (Thomas et al., 2020).
Elementos da implementação opção	da da	Não houve apresentação de resultados relativos à implementação das opções.
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos	e dos sociais	Os idosos demonstraram mais descontentamento com as estratégias, preferindo o agendamento tradicional, sendo o oposto descrito para a população jovem (Ansell et al., 2017). Não houve consenso entre os estudos em relação à satisfação dos pacientes, sendo descritos resultados positivos e neutros em alguns estudos primários (Thomas et al., 2020).

Opção 5 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta

Para elaboração dessa opção foram utilizadas duas revisões sistemáticas de qualidade criticamente baixa. Nessas revisões duas principais estratégias foram utilizadas para elaboração dessa opção, a triagem de consultas e os grupos de autocuidado.

Thomas e colaboradores (2020) descrevem a triagem como centralização e absorção dos agendamentos com triagem telefônica e avaliação periódica da demanda. Os grupos de autocuidado foram descritos por Jimenez e colaboradores (2021a) e consistem na supervisão de um grupo de 50 a 60 pacientes por enfermeiro capacitado. Cada pessoa é avaliada longitudinalmente em alguns parâmetros (avaliação domiciliar, cuidado baseado em evidências, planejamento e monitoramento do cuidado, coordenação do cuidado, cuidados

transitórios, orientação de autocuidado, apoio ao cuidador e acesso aos serviços baseados no território) e esse monitoramento seria capaz de anteceder a necessidade do agendamento de consulta. A interação do grupo ocorre por meio virtual e utiliza-se contatos por telefone para o monitoramento.

Quadro 06: Achados relevantes para a opção 5, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Dois estudos demonstraram aumento da utilização da atenção primária através do uso de telefones móveis para realização de teleconsultas com duas estratégias distintas, a triagem de consultas e os grupos de autocuidado, ambas realizadas por profissionais das equipes de saúde, mas relacionadas aos processos prévios ao agendamento espontâneo de consultas (Thomas et al., 2020; Jimenez et al., 2021a).</p> <p>Outros resultados positivos da triagem relacionados ao acesso são a diminuição do tempo de espera para a próxima consulta e o aumento da quantidade de consultas por telefone. Além disso, também identifica crises mais rapidamente e possibilita menor tempo de espera para consulta (Thomas et al., 2020).</p> <p>Os grupos de autocuidado aumentam a capacidade de acesso e promovem mais teleatendimentos por telefone (Jimenez et al., 2021a).</p>
Danos potenciais	Não foram descritos danos potenciais nas estratégias de triagem e de grupos de autocuidado.
Custos e custo-efetividade	Não foram descritos aspectos relacionados aos custos ao se utilizar as duas estratégias.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos	<p>Não houve diferença significativa na redução do tempo de espera para consulta e oferta de acesso no mesmo dia na estratégia de grupos de autocuidado (Jimenez et al., 2021a).</p> <p>Os estudos não descrevem incertezas, danos e riscos ao se utilizar a estratégia de triagem (Thomas et al., 2020).</p>

Elementos da implementação da opção	Em ambas as estratégias é descrito que elas se dão através do contato telefônico entre profissionais de saúde e usuários participantes (Jimenez et al., 2021a; Thomas et al., 2020). A estratégia de grupos de autocuidado é descrita como a implementação em etapas: primeiramente há uma capacitação dos profissionais enfermeiros e médicos para posterior execução das atividades de vigilância por contato telefônico (Jimenez et al., 2021a).
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos	Não são descritas percepções das partes envolvidas nas estratégias.

Opção 6 - Regulação entre os níveis de atenção

Duas revisões sistemáticas de qualidade criticamente baixa trazem estratégias que foram agrupadas nesta opção, sendo a primeira envolvendo a referência de pacientes atendidos em um ambulatório de atenção especializada de saúde mental (nível secundário de saúde) para a equipe de atenção primária, denominada “abordagem guiada por pacientes” por Thomas e colaboradores (2020). A segunda estratégia consiste no encaminhamento de pacientes internados no nível terciário de atenção com programação de alta para o nível primário, a estratégia foi denominada “acesso à APS após internação” por Jimenez et al. (2021a).

A abordagem guiada por pacientes consiste em envolver pacientes e familiares na gestão do cuidado, permitindo que eles possam fazer os agendamentos que julgarem necessário no nível primário, e agendarem consultas de até 30 minutos até 2 vezes na semana com os profissionais de saúde mental do nível secundário (Thomas et al., 2020).

O acesso à APS após a internação é descrito como um conjunto de ações de regulação entre os níveis terciário e primário que conduz o paciente da alta hospitalar ao acolhimento pela equipe de saúde da família. Durante a internação estão previstas consultas com o enfermeiro para orientações de autocuidado, visita do médico da atenção primária ao hospital e compartilhamento de informações e decisões clínicas com os médicos diaristas. Após a alta há uma teleconsulta com o enfermeiro em até 48 horas e visita domiciliar do médico e enfermeiro em até sete dias (Jimenez et al., 2021a).

Quadro 07: Achados relevantes para a opção 6, segundo revisões sistemáticas

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>A opção demonstrou potencial na redução e eliminação das listas de espera para consulta na APS, com aumento da utilização e da frequência (Jimenez et al., 2021a, Thomas et al., 2020).</p> <p>Também foi verificado um aumento do conhecimento dos processos de trabalho dos profissionais nos dois níveis de atenção primário e secundário (Thomas et al., 2020), e diminuição nas readmissões hospitalares e diminuição do tempo de internação hospitalar (Jimenez et al., 2021a).</p>
Danos potenciais	<p>O referenciamento do nível secundário ao primário através da abordagem guiada por pacientes está relacionada ao aumento da demanda de consultas na APS, aumento do tempo de espera para retornos em ambos os níveis de atenção e limitação do tempo de consulta no serviço de saúde mental (Thomas et al., 2020).</p>
Custos e custo-efetividade	<p>Em um dos estudos foi demonstrado que não houve diferença de custo significativa na estratégia de acesso à APS após internação (Jimenez et al., 2021a).</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos	<p>Não houve descrição das incertezas relacionadas a essa opção.</p>
Elementos da implementação da opção	<p>Em ambas as estratégias há a necessidade de uma coordenação do cuidado que permita o intercâmbio contínuo de informações entre o nível primário de atenção e os demais; também está descrito o incentivo à decisão compartilhada, seja entre equipe e pacientes ou cuidadores ou entre equipes de níveis diferentes. Portanto, para execução da estratégia há a necessidade de que essas ferramentas de coordenação e articulação em rede existam (Jimenez et al., 2021a, Thomas et al., 2020).</p> <p>Para a implementação do acesso à APS após internação também está descrita a abordagem por teleconsulta de enfermagem,</p>

	portanto há a necessidade de aparato tecnológico e regulamentação propícia; além disso prevê-se visita domiciliar de médico e enfermeiro, o que exige organização e estruturação para sua realização (Jimenez et al., 2021a).
Percepções e experiências dos atores sociais envolvidos	Não são descritas percepções das partes envolvidas nas estratégias.

4.1.7 Considerações sobre as Opções Relacionadas com a Equidade

Historicamente, o acesso aos serviços de saúde no nível primário está relacionado ao princípio da equidade. Starfield (2002) relaciona os atributos da atenção primária, incluindo o acesso de primeiro contato, como um método de organização dos serviços para fornecer cuidados e respostas às necessidades de uma população adscrita, sendo um componente-chave para melhorar a efetividade e equidade nos serviços de saúde. No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde o nível de atenção primária já é descrito com um princípio de “equidade em relação ao acesso” (Silva, 1986).

As opções apresentadas neste documento foram analisadas, a partir da leitura de artigos relacionados ao tema e de chuva de ideias a partir da experiência dos autores na prática assistencial, em relação ao seu potencial em aumentar as iniquidades em saúde. Utilizou-se a ferramenta “PROGRESS-Plus” (Cochrane, 2012; O’Neil et al., 2014) que avalia a implementação das opções sob os seguintes aspectos: Local de residência; Raça/etnia/cultura/idioma; Profissão; Gênero/sexo; Religião; Educação; Situação socioeconômica; Capital social; Características pessoais associadas à discriminação; Características da relação dos acontecimentos; e Relação de tempo dos acontecimentos.

Opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia

Essa opção foi montada a partir de cinco revisões sistemáticas que somam 155 estudos desenvolvidos em treze países diferentes e um não informado. Esses países são assim classificados por renda: 153 de alta renda, um de renda média-alta e um de renda média-baixa (World Bank, 2022). A maioria dos estudos foi conduzida em países da América do Norte (46%), seguidos pela Europa (37%), Ásia (10%) e Oceania (1%). Nenhuma revisão abordou estudos publicados na América Latina e África ou em países de língua portuguesa ou espanhola.

A ausência de evidência produzidas no Brasil ou em países de características culturais e sociodemográficas semelhantes podem dificultar a interpretação de questões relacionadas a iniquidades produzidas por diferentes status educacional e socioeconômico da população, além de questões culturais transversais na oferta de saúde da população brasileira, como a centralidade na assistência médica individual.

Essa opção apresenta outros riscos, tais como: pessoas com baixa escolaridade ou analfabetas ou com qualquer grau de comprometimento cognitivo podem ter dificuldade em responsabilização pelo autocuidado (por exemplo: compreender que deve voltar em nova avaliação no tempo pactuado).

A autopercepção da saúde e limiar para procura pelos serviços (motivação que leva a pessoa a procurar assistência) também é um potencial gerador de iniquidades, pois pessoas com alto comprometimento de seu estado de saúde podem apresentar dificuldades de mobilidade, comunicação ou cognitivas para conseguir ir até o local de serviço sem horário previamente reservado; também podem ter dificuldade de se expressar para diferentes profissionais (pois a opção envolve uma mínima triagem e classificação de urgência por um profissional na recepção ou sala de acolhimento) fazendo com que sua trajetória para o atendimento seja mais longa e demorada.

Alguns estudos trazem a informação de que a consulta será conseguida em até dois dias, portanto, pessoas que residem longe da unidade ou que não têm flexibilidade com os horários de trabalho ou por outros compromissos são potencialmente prejudicadas pela incerteza de atendimento no mesmo dia. Além daquelas com baixo poder aquisitivo que pode ser um impeditivo para retorno à unidade.

Opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

A maioria dos estudos nas quatro revisões foi conduzida em países da Europa e América do Norte de língua inglesa. Em Jimenez e colaboradores (2021a) dois estudos foram conduzidos em países latinos representando apenas 5% dos achados, e em Jimenez e colaboradores (2021b) são cinco estudos (21%) nessa população. Nuti e colaboradores (2015) apresentam alguns estudos conduzidos em países asiáticos. Nenhuma das revisões apresenta estudos brasileiros. Esses dados contribuem com a percepção de que pode haver diferenças na implementação das estratégias na realidade brasileira devido às questões culturais e sociais.

Três estratégias envolvem a necessidade de contato telefônico e uma estratégia envolve a utilização de um portal online, representando uma potencial barreira de utilização dos serviços por questões socioeconômicas, que impactam na aquisição da tecnologia (aparelhos celulares, linha telefônica viável, equipamento com acesso à internet e acesso à

rede, que também pode ser reduzido dependendo do local de residência) ou questões relacionadas à utilização (idade avançada, deficiência visual, auditiva ou intelectual, analfabetismo, dificuldades em operar o aparelho ou navegar na rede de internet, dentre outros). Além disso, podem ser encontradas resistências à utilização da tecnologia por questões culturais, onde os usuários tenham receio de não estarem sendo devidamente atendidos pela equipe de saúde, ou tenham receio de que seus dados não estão seguros por serem compartilhados por esses meios.

Opção 3 - Aumento da capacidade de atendimento

As três revisões incluídas nessa opção avaliaram resultados de setenta e seis estudos, dos quais somente três foram conduzidos em países da América Central e do Sul e o restante em países da Europa e América do Norte. Esta síntese se destina a problemática de acesso em uma região vulnerável de um Município brasileiro, portanto, não foram abordadas nos estudos questões culturais relacionadas à autopercepção da saúde, limiar de procura aos serviços de saúde e nível socioeducacional da população aqui estudada.

O estudo de Thomas e colaboradores (2020) é baseado na estratégia de implementação de clínicas temporárias de atendimento sem hora marcada, portanto, o usuário do serviço que apresenta dificuldades em percepção da necessidade de saúde, de locomoção (por problemas físicos ou socioeconômicos) até o equipamento ou de entendimento do funcionamento do serviço podem não ser beneficiados pelo serviço.

Todos os estudos apresentam estratégias ligadas ao uso de aparelhos celulares para teleatendimentos (Thomas et al., 2020; Jimenez et al., 2021a; Jimenez et al., 2021b). Essa estratégia requer atenção a potenciais barreiras de acesso e utilização das tecnologias, como descritas anteriormente.

Opção 4 - Pacotes de intervenções

Foram três revisões incluídas nesta opção que avaliaram quarenta e dois estudos, nenhum conduzido em países em desenvolvimento. Por se tratar de pacotes de intervenções e múltiplas estratégias, as discussões sobre equidade das outras opções também são relevantes, em especial quanto às barreiras de acesso ao uso de tecnologias como celulares e e-mail.

Ansell e colaboradores (2017) propõem uma estratégia com triagem através do uso de telefones celulares e intervenções por e-mail. Essa estratégia pode apresentar uma barreira estrutural de acesso, pois as pessoas com maiores dificuldades socioeconômicas e educacionais de uso das tecnologias não teriam a garantia da escuta qualificada e primeiro atendimento, e dificuldades em aceitar a modalidade de atendimento remota.

Opção 5 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta

A maioria dos estudos foi realizada em países da América do Norte (75%), seguidos por Europa (21%), Oceania e América do Sul (1% cada). Países de alta renda predominam e apenas dois (3%) são classificados como renda média alta (World Bank, 2022). Apenas um dentre os 56 estudos foi publicado em um País da América do Sul (Argentina). Portanto, importantes diferenças culturais podem influenciar fatores relacionados à implementação das estratégias.

A opção envolve a necessidade de uso de telefones para sua implementação, o que pode ser uma barreira em comunidades socioeconomicamente vulneráveis ou em grupos populacionais portadores de deficiência auditiva ou de fala e ainda com pessoas em idade avançada ou aquelas que não apresentam familiaridade ou expertise com o uso dessa tecnologia. Além disso, teleconsultas ainda não são culturalmente aceitas em muitos grupos populacionais na realidade brasileira.

Também, os atores sociais envolvidos necessitam dispor de tempo para participar da estratégia de triagem ou de receber as ligações periódicas durante a participação do grupo de autocuidado e essa pode ser uma barreira em grupos populacionais adultos com horários de trabalho inflexíveis.

Opção 6 - Regulação entre os níveis de atenção

Apenas um estudo (1%) foi conduzido em um país semelhante ao Brasil, de renda média alta e localizado na América do Sul (Argentina). Essa pequena porcentagem de estudos em países com semelhanças socioeconômicas à população que se destina a essa síntese pode prejudicar a leitura dos achados, pois nessa opção existem questões culturais de comunicação entre profissionais e níveis de serviço relevantes.

Há potencial gerador de iniquidade na estratégia apresentada na revisão de Thomas e colaboradores (2020), pois a própria pessoa doente é responsável por realizar o agendamento da consulta. Dessa forma, qualquer dificuldade de acesso ao serviço ou ao sistema de agendamentos repercute no resultado; essas dificuldades são comuns em pessoas idosas, com dificuldade de locomoção ou comunicação, portadores de deficiências físicas ou intelectuais diversas e pessoas que trabalham em horário comercial e não conseguem ir até o serviço.

4.1.8 Considerações sobre a Implementação das Opções

A implementação de qualquer opção requer que se reconheçam as questões que podem se configurar como barreiras ou facilitadores para o processo, e que podem, portanto, ser previstas e enfrentadas. Essas barreiras ou facilitadores podem ocorrer em diversos níveis e serão apresentadas na perspectiva dos usuários, dos profissionais de saúde, gestão dos

serviços de saúde e do sistema de saúde. Para o levantamento dessas questões foram extraídos dados dos estudos já incluídos nessa síntese e de estudos complementares, recuperados de buscas específicas sobre a implementação de estratégias incluídas nas opções.

As considerações sobre implementação são apresentadas em dois momentos distintos, no Quadro 08 estão descritas considerações que são pertinentes a todas as opções, e nos quadros seguintes apresentadas as barreiras de cada uma das opções separadamente, a partir de dados que foram encontrados na busca da literatura.

Ainda que as seis opções não tenham sido elaboradas para serem excludentes entre si, é possível que haja sobreposição de ações e sobrecargas para a equipe e mesmo para os usuários, em casos em que mais de uma opção ou estratégia for implementada. Portanto, isso exigirá dos gestores que considerarem implementar de forma simultânea as opções ou algumas de suas estratégias, a adaptá-las para seu contexto. Especialmente quando considerada a Opção 4 (Pacote de Intervenções), que já é descrita como um conjunto de diversas estratégias, que também são encontradas em outras opções.

Quadro 08: Considerações em comum sobre a implementação de todas as opções

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Os recursos disponíveis dos indivíduos e do território, e a percepção do que seria uma necessidade dessa população, quando não são levadas em consideração podem representar barreiras à implementação de estratégias (Low et al., 2019).
Trabalhadores da saúde	Em três estudos foi destacada a importância do engajamento da liderança que contribui para a criação do “clima de implementação” e prontidão para implementação (Rogers et al., 2021; Low et al., 2019; Theis et al., 2021). Low e colaboradores (2019) destacam características individuais como potenciais facilitadores ou barreiras, dentre eles: conhecimentos prévios e crenças sobre a opção a ser implementada, autoeficácia, estágio individual de inclinação profissional e desejo de mudança, identificação com a instituição. Portanto, é muito importante a relação que os profissionais apresentam com o serviço e inclinação profissional/pessoal a se engajar com os projetos de implementação. Theis e colaboradores

	(2021) destacam a presença de uma tutoria ou consultoria como fator facilitador.
Organização de serviços de saúde	Em dois estudos é citado o “clima de implementação” no serviço, condicionado por potenciais facilitadores, como priorização relativa do projeto, percentual de pessoas envolvidas, criação de uma tensão por mudança e clima de aprendizagem entre os colaboradores, incentivos e recompensas (Rogers et al., 2021; Low et al., 2019). Low e colaboradores (2019) apontam também para a necessidade de consideração sobre a estrutura do local. Em um estudo, a aproximação da gestão com a assistência foi considerada um facilitador para a implementação (Marques-Ferreira et al., 2014). Outro facilitador para a mudança é o apoio logístico para a participação nas ações, como a autorização para mudanças de agendas ou substituição dos profissionais enquanto estiverem envolvidos na estratégia (Rogers et al., 2021). Questões burocráticas, como o uso de indicadores e usabilidade do sistema de prontuário eletrônico foram levantados por Theis e colaboradores (2021) como possíveis barreiras à mudança.
Sistemas de saúde	<p>O apoio através de incentivos e recompensas financeiras é citado em dois estudos como fator facilitador à implementação (Rogers et al., 2021; Low et al., 2019).</p> <p>No plano econômico, ainda há uma lacuna entre o cuidado ofertado no SUS e a cobertura universal, com uma inter-relação bidirecional com segmentação da estrutura de financiamento do sistema. Ademais, os dados indicam um subfinanciamento do SUS, em comparação aos outros sistemas públicos universais e que há um expressivo percentual dos gastos oriundos da iniciativa privada e gastos individuais ou familiares em saúde, fator que corrobora para ampliação das iniquidades (Mendes, 2019).</p> <p>Além disso, é necessário ressaltar que desafios à consolidação da ESF são também barreiras à ampliação do acesso, como: visão ideológica não hegemônica sobre a definição da APS brasileira e os modelos de oferta de cuidado, evidenciados após a publicação da última PNAB;</p>

	baixa valorização política, econômica e social deste nível de atenção; infraestrutura e capacidade instalada inadequada; baixa densidade tecnológica instalada e fragilidade nos sistemas de informações; pouco estímulo ao trabalho interdisciplinar; pouca expressão do controle social; precarização das relações de trabalho e presença de modelos de trabalho que não valorizam as evidências e direcionadas por enfermidades (Mendes, 2019)
--	---

Nos quadros abaixo são citadas as considerações para implementação de cada opção apresentada nesta síntese.

Quadro 09: Considerações sobre a implementação da opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Algumas barreiras relacionadas a esse nível são: aumento do tempo de espera para consulta na unidade de saúde e incerteza da garantia de consulta no mesmo dia ou que supra as necessidades autopercebidas pelos usuários (Camargo e Castanheira, 2020). O controle social exercido pela população e as relações de poder entre usuários e serviços também influencia a implementação do acesso avançado (Soares e Junqueira, 2022).
Trabalhadores da saúde	A sobrecarga da equipe de enfermagem, geralmente responsável pela escuta inicial e triagem, mas que também mantém as atribuições de consultas em demandas programadas e coordenação da assistência da equipe, é descrita por Soares e Junqueira (2022) como uma barreira à implementação da opção. Outras barreiras são: pouco engajamento no processo de priorização e implementação, capacitação teórica insuficiente, pouca experiência com o acesso avançado ou quando os profissionais não desejam a mudança (Soares e Junqueira, 2022).
Organização de serviços de saúde	Dois estudos ressaltam a importância da capacidade de atendimento do serviço, incluindo ferramentas já utilizadas como e-mail, consultas e acolhimento em grupo e tradição de consulta da enfermagem como

	<p>facilitador para a implementação do acesso avançado (Soares e Junqueira, 2022; Oliveira e Fraciolli, 2023). A territorialização apresenta dois componentes que também são relatados como facilitadores à implementação: percentual da população cadastrada e análise de riscos coletivos e individuais (Soares e Junqueira, 2022). Está descrita a correlação positiva entre manutenção da longitudinalidade e acesso avançado (Oliveira e Fraciolli, 2023). Já o pouco estímulo à capacitação dos recursos humanos da instituição e falhas nos sistemas de prontuários eletrônicos, bem como sistemas não integrados entre os níveis de atenção foram descritos em dois estudos como barreiras à implementação de modelos de acesso avançado (Soares e Junqueira, 2022; Oliveira e Fraciolli, 2023). O modelo de trabalho na produção do cuidado, principalmente relacionado à assistência médica, em que se prioriza a execução do serviço ao planejamento, pode gerar conflito de poder no controle da agenda entre profissionais médicos e gestão, sendo uma barreira à implementação do acesso avançado (Camargo e Castanheira, 2020).</p>
Sistemas de saúde	<p>O pouco estímulo à multidisciplinaridade na formação de profissionais de saúde pode refletir na dificuldade de articulação para o trabalho em equipe, necessária para a implementação da opção (Soares e Junqueira, 2022; Oliveira e Fraciolli, 2023). O entendimento cultural dos processos de trabalho em saúde semelhante aos modelos industriais, com distância entre a execução e planejamento e pouca abertura ao profissional da assistência de participar da estratégia e priorização também representa uma barreira relacionada a esse nível (Camargo e Castanheira, 2020). Recentemente foi notado que a pandemia de COVID-19 representa uma maior dificuldade para a implementação do acesso avançado (Soares e Junqueira, 2022; Oliveira e Fraciolli, 2023).</p>

Quadro 10: Considerações sobre a implementação da opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Secker e colaboradores (2020) descrevem componentes do contexto sociocultural como importantes barreiras à implementação dessa opção, tais como: histórico cultural de pouca motivação final pelos benefícios da mudanças e foco em dificuldades de enfrentamento das etapas (por exemplo: pouca capacidade em enxergar o benefício da coordenação do cuidado por uma equipe multidisciplinar em detrimento do foco em não ter o acompanhamento centrado no médico), baixo status socioeconômico e pouco autoconhecimento, que se traduz em baixa capacidade de enfrentamento de problemas de saúde e barreiras relacionadas ao letramento em saúde. No contexto de implementação em um território vulnerável e com dificuldades de acesso à rede de celulares e internet, também se destacam prováveis dificuldades na utilização de portais eletrônicos.
Trabalhadores da saúde	Foram levantadas barreiras relacionadas à dificuldade em aceitar mudanças nos processos de trabalho já consolidados e às relações de trabalho, correlacionando maior dificuldade de implementação dessa opção em equipes com problemas de comunicação entre colegas, pouco conhecimento do escopo de trabalho de cada categoria profissional e processos de trabalho pouco colaborativos (Secker et al., 2020).
Organização de serviços de saúde	A dificuldade em implementar uma cultura de reuniões de equipe é descrita por Secker e colaboradores (2020) como uma barreira. No contexto desse estudo, observa-se a dificuldade em compor uma equipe multidisciplinar completa no território e que tenha carga horária destinada às atividades na UBS suficiente para implementação da estratégia, além de barreiras que podem ser encontradas devido à estrutura da unidade (rede de internet, computadores e integração dos dados) (Lemões et al., 2013).
Sistemas de saúde	O contexto político e programas de incentivos financeiros aos profissionais, contratação de profissionais capacitados na estratégia e

	adequação da área física são descritos em dois estudos (Secker et al., 2020; Lemões et al., 2013) como potenciais facilitadores à implementação. Os sistemas de informação utilizados no Brasil ainda necessitam de ajustes para a utilização nesse tipo de opção (Almeida et al., 2013), podendo representar uma grande barreira.
--	--

Quadro 11: Considerações sobre a implementação da opção 3- Aumento da capacidade de atendimento

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	A utilização de tecnologias, como celulares e computadores, é descrita como uma barreira à implementação, de acordo com Pessoas e colaboradores (2016), porque pode ser percebida como dificuldades práticas na utilização da ferramenta ou como baixa percepção de que essas ferramentas podem ser utilizadas em substituição à consulta presencial tradicional, com base em experiências anteriores no território.
Trabalhadores da saúde	O pouco conhecimento e a baixa utilização das tecnologias para as teleconsultas, falta de treinamento e suporte para os profissionais, a baixa motivação e pouco estímulo dos gestores, as necessidades de ajustes nos processos de trabalho que incluem o tempo disponível na programação diária das equipes (Pessoas et al., 2016), podem ser percebidos como barreiras ao processo de implementação.
Organização de serviços de saúde	Essa consideração de implementação se refere tanto ao nível de serviços quanto do sistema de saúde.
Sistemas de saúde	A estratégia de implementação das clínicas do tipo “ <i>Walk-in</i> ” não é preconizada na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), por isso, qualquer esforço para a implementação exige a articulação de diferentes atores sociais e pactuações em rede, representando uma barreira política e financeira à implementação, o que impacta nos níveis de gestão dos serviços e do sistema de saúde.

Quadro 12: Considerações sobre a implementação da opção 4- Pacotes de intervenções

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Essa opção é composta por componentes diversos, inclusive a implementação do acesso avançado e triagem, portanto, apresentam barreiras semelhantes às apresentadas nas opções 01 e 03.
Trabalhadores da saúde	A articulação da equipe é necessária para qualquer estratégia proposta nesta opção, sendo necessária a reserva de horário da agenda para reuniões de equipe, descrito por Secker e colaboradores (2020) como possíveis barreiras.
Organização de serviços de saúde	Não foram identificadas nos estudos considerações sobre a implementação para essa opção no nível da organização dos serviços de saúde.
Sistemas de saúde	A opção aponta para a triagem sendo realizada por alunos em nível de graduação, o que incluiria o atendimento não supervisionado como etapa de triagem; isso envolve a tomada de decisão do graduando, o que é expressamente vedado pelo Ministério da Educação (2014) e Conselho Federal de Medicina (2018).

Quadro 13: Considerações sobre a implementação da opção 5- Intervenções prévias ao agendamento da consulta

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	A triagem proposta nesta opção necessita da vinculação dos pacientes a profissionais de saúde não médicos para realização de triagem e orientação do acolhimento por grupos de autocuidado e alguns estudos trazem essa característica como uma potencial barreira à implementação, pois há culturalmente uma tendência de melhor atendimento às orientações dadas por médico em abordagem individual em detrimento de atividades coletivas com os demais

	<p>profissionais e a baixa adesão a essas atividades (Silva et al., 2020; Salci et al., 2018). Em relação ao sistema de triagem proposta, as barreiras levantadas são: utilização de celulares e rede de internet, nível socioeducacional dos usuários, entendimento do sistema de triagem e provável aumento do tempo de espera para atendimento (Moreira et al., 2017).</p>
Trabalhadores da saúde	<p>A sobrecarga dos profissionais foi uma barreira levantada em quatro estudos, principalmente com o aumento da demanda de trabalho para a equipe de enfermagem (associado à implementação com capacitação insuficiente da categoria) e dedicação de um profissional administrativo direcionado apenas à nova demanda (Secker et al., 2020; Marques e Silva, 2020; Moreira et al., 2017; Marques-Ferreira et al., 2014). A opção apresenta ainda a composição de grupos e essa organização exige ferramentas de territorialização e vínculo (Silva et al., 2020) e comunicação efetiva entre os profissionais (Salci et al., 2018), que podem se estabelecer como barreiras.</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Vários estudos destacam a necessidade de capacitação das equipes e preparação para a implementação (Secker et al., 2020; Marques e Silva, 2020; Marques-Ferrita et al., 2014). Também são levantadas como barreiras os ajustes de processos de trabalho com dificuldades em reserva de horários para utilização dos telefones (Marques-Ferreira et al., 2014) e sobrecarga de algumas categorias profissionais (Secker et al., 2020; Marques e Silva, 2020; Moreira et al., 2017; Marques-Ferreira et al., 2014). Além dessas, há barreiras relacionadas à estrutura da unidade, como sala privativa para a triagem, com garantia de privacidade, e sala de grupos com tamanho adequado (Marques e Silva, 2020; Salci et al., 2018).</p>
Sistemas de saúde	<p>A centralidade da assistência em saúde no profissional médico foi identificada como a principal barreira no nível dos sistemas de saúde (Salci et al., 2018).</p>

Quadro 14: Considerações sobre a implementação da opção 6- Regulação entre os níveis de atenção

Níveis	Considerações
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Não foram identificadas considerações sobre a implementação para essa opção no nível dos usuários.
Trabalhadores da saúde	Essa opção exige articulação e comunicação efetiva entre os profissionais de diversos níveis de atenção. Essa complexa tarefa demanda disponibilidade em realizar decisões compartilhadas, ouvir colegas, fortalecimento de uma cultura de referência e contrarreferência, acessibilidade (componente relacionado à presença física de dois profissionais de diferentes serviços em um mesmo espaço), questões relacionadas à quebra de relações de poder e hierarquia culturalmente construídas dentro das classes profissionais (em especial atenção ao baixo prestígio atribuído aos profissionais da atenção básica pelos demais) e o enfrentamento de vieses cognitivos (Lui P et al., 2021; Almeida et al., 2013; Secker et al., 2020).
Organização de serviços de saúde	Além das barreiras descritas acima relacionadas à comunicação, a estruturação dos processos de trabalho demanda organização em rede para promover encontros entre profissionais de diferentes níveis de atenção, deslocamentos para outros equipamentos de saúde e criação de protocolos assistenciais (Lemões et al., 2013; Lui et al., 2021; Almeida et al., 2013).
Sistemas de saúde	Os sistemas de informação utilizados no Brasil ainda necessitam de ajustes para a utilização nesse tipo de opção (Almeida et al., 2013), podendo ser considerados como um potencial barreira para a implementação dessa opção.

4.1.9 Limitações da Síntese de Evidências e Considerações sobre Lacunas de Evidências

Essa síntese de evidências para informar políticas de saúde apresenta limitações que requerem que seus resultados sejam interpretados com cautela e que dificultam a extrapolação dos resultados à realidade local, como o idioma, pois a maioria dos estudos foi publicada em inglês e realizados em países do hemisfério Norte, e em países de alta renda. Poucos estudos de cada opção foram conduzidos em países com realidade sociodemográfica semelhante à do Brasil e em nenhum o contexto nacional foi considerado.

Algumas revisões apresentam resultados de estudos primários com pequena amostra, realizados em contextos específicos de um único serviço, e com avaliações em curto prazo, o que limita a análise da sustentabilidade das estratégias.

A maioria dos estudos apresentou resultados com base na análise da percepção dos atores sociais envolvidos (profissionais e pacientes), podendo haver vieses de memória, cognitivos ou de seleção que comprometem a qualidade da evidência; além disso, não houve metanálise dos resultados das revisões.

4.2 Diálogo de Políticas

O diálogo de políticas foi realizado em 19 de junho de 2023, a partir da síntese de evidências “Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão”. O encontro se deu em formato virtual, com a participação de doze pessoas e teve duração de quatro horas. Todo o evento foi gravado com autorização dos participantes para análise das falas e elaboração de um relatório.

4.2.1 Participantes do Diálogo de Políticas

Os participantes foram convidados para o diálogo através de e-mail contendo informações gerais sobre o cronograma e objetivo do evento. Ressalta-se que foram convidados à participação dois representantes dos usuários da unidade e residentes do território a que se destina o estudo, porém estes não compareceram. Durante a redação deste relatório foi omitida a autoria das falas para garantia de sigilo e cumprimento da Regra de Chatham House. Uma lista com o nome dos participantes consta no Anexo 02.

4.2.2 Deliberações sobre a síntese de evidências para políticas

Os participantes foram convidados a expor apontamentos e reflexões sobre as opções apresentadas no texto da síntese de evidências, considerando a definição de cada uma delas, questões relacionadas à implementação, inclusive viabilidade de aplicação no serviço

estudado e análise de equidade. As considerações foram formuladas com base na leitura prévia da síntese e reflexões sobre a prática profissional atual ou experiências pessoais.

O diálogo foi orientado por perguntas norteadoras e as deliberações foram divididas em dois momentos. Inicialmente, priorizou-se a discussão sobre o resultado das buscas descritas na síntese, a forma em que o material foi apresentado, incertezas ou riscos e lacunas do conhecimento e em um segundo momento os participantes foram estimulados a discutir questões de implementação e equidade das opções. Além disso, procurou-se estimular a discussão sobre cada uma das opções, definições e relatos de experiências que os participantes gostariam de compartilhar e que se relacionassem às estratégias.

Perguntas norteadoras:

1º Momento

- 1) Vocês já conhecem as opções?
- 2) Elas parecem bem distintas umas das outras?
- 3) Alguma parece ser inovadora?
- 4) A descrição dos achados é facilmente compreensível?
- 5) Vocês conhecem outras opções que não foram aqui apresentadas?

2º Momento

- 1) As opções parecem apropriadas à atenção básica no contexto brasileiro e de Santos, em particular?
- 2) Existem outras barreiras de implementação ou questões de equidade que deveriam ser levadas em conta?

4.2.3 Análise das deliberações

Síntese de Evidências e Diálogo de Políticas

Alguns participantes evidenciaram a clareza das informações e abrangência do estudo. Também houve afirmações de que já conheciam as opções de forma prática, mas não as nomenclaturas. Foi levantado o problema da qualidade criticamente baixa das revisões apresentadas e limitações, como o pouco número de estudos realizados em países com características semelhantes ao Brasil.

Nesse bloco de deliberações também houve apontamentos relacionados ao serviço estudado e foi citada a estrutura física da unidade e demandas de recursos que poderiam impactar a implementação de algumas opções. O engajamento da equipe foi apontado como um facilitador à mudança e o processo de gerenciamento de vagas ociosas, que já é realizado pelos profissionais da enfermagem, foi citado como exemplo.

Um aspecto importante trazido por vários atores foi a participação da população na tomada de decisão. Em uma fala foi defendido que uma das atribuições dos profissionais de saúde seria educar a população sobre os fluxos de agendamento, enquanto outros participantes defenderam a participação ativa dos usuários em todo o processo decisório. Um participante ressaltou que a ausência de representantes da comunidade nesse diálogo poderia contribuir com melhor entendimento das necessidades locais.

As deliberações sobre cada opção são relatadas individualmente a seguir.

Opção 01 - Ampliação da oferta de consultas do dia

O conceito de acesso avançado com destinação de 50 ou 70% das vagas do dia para demandas que surgem foi discutido, com diferentes opiniões. Houve concordância em relação à adequação do fluxo de trabalho com envolvimento da equipe de enfermagem no atendimento inicial, com consequente ampliação da resolutividade e atenção à possibilidade de sobrecarga de trabalho por parte dessa categoria. Destacou-se o benefício da redução do absenteísmo.

Alguns participantes relataram experiências prévias de modelo de acesso avançado com percepção de aumento no número de quantidade de consultas, porém com riscos, tais como: adoecimento da equipe e diminuição da satisfação profissional, maior dificuldade em realização da vigilância de pacientes portadores de doenças crônicas e descaracterização do serviço com predomínio de consultas curtas direcionadas à queixa.

Houve menção à adaptação do modelo descrito em literatura para implementação em contextos de alta vulnerabilidade, possibilidade de treinamento e capacitação da equipe prévia à implementação e incorporação da equipe multidisciplinar como apoio ao acolhimento, sendo essa estratégia citada como alternativa à saturação das vagas de atendimento médico do dia. As falas ressaltaram a lacuna de identificação de estudos brasileiros ou em contextos semelhantes.

Opção 02 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

Destacou-se a similaridade dessa opção com os processos de monitoramento do território e população adscrita com envolvimento de equipe multidisciplinar e coordenação do cuidado em reuniões de equipe. Além disso, algumas falas evidenciaram a necessidade de contratação de recursos humanos, especialmente em categorias profissionais consideradas pertencentes a equipes multidisciplinares, como nutrição e psicologia. A estratégia inclui a utilização de recursos de telemedicina, que também foi debatida como possibilidade, devido ao avanço dessa abordagem no contexto de pandemia e pós-pandemia.

Opção 03 - Aumento da capacidade de atendimento

Essa opção foi amplamente discutida com relação aos potenciais riscos: sobrecarga da equipe de enfermagem, superlotação da agenda médica por demandas programadas, diminuição da qualidade da consulta, descaracterização dos serviços de atenção primária com criação de um serviço de atendimentos direcionais (denominados pelos participantes como “mini UPA”), subfinanciamento do sistema e impossibilidade de suprir a demanda de cuidados, mesmo com o aumento da capacidade. Além disso, destacou-se a necessidade da implementação dessa estratégia com atenção à vinculação dos pacientes a uma equipe.

O caráter inovador e incorporação de tecnologias também foi abordado e a probabilidade de aumento da iniquidade, relacionado ao uso de tecnologias, também foram destaques.

Opção 04 - Pacotes de intervenção

Os participantes relataram dificuldade em entender essa opção como uma única estratégia, pois compreendem que diversas intervenções aqui relatadas são componentes de outras opções e poderiam ser avaliadas em conjunto. Mas algumas particularidades foram debatidas, como a presença do atendimento por estudantes de medicina e médicos residentes, que na visão de um dos participantes corrobora com o aumento do tempo e da qualidade do atendimento.

Os principais riscos apontados relacionam-se à incorporação de tecnologias e riscos de iniquidades, especialmente com a população idosa, e à sobrecarga dos profissionais de saúde e atenção médico-centrada.

Opção 05 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta

A definição dessa opção, e tradução para o contexto do trabalho na atenção básica, foi abordada quanto ao monitoramento e vigilância do território e antecipação das demandas. Um

participante demonstrou preocupação quanto à equidade da opção, pois entendeu que grupos prioritários (portadores de doenças crônicas, gestantes, crianças e domiciliados) já têm mecanismos de monitoramento pelas equipes, no papel do agente comunitário de saúde, mas o público geral não apresenta mecanismos de intervenções prévias à busca pelo sistema de saúde.

Em relação à triagem telefônica da demanda, o letramento em saúde da população poderia representar uma barreira, na visão dos participantes, devido à dificuldade de comunicação e expressão de suas necessidades por uso de telefone e por dificuldade em entender e priorizar demandas. Um dos participantes expressou que questões culturais podem impactar no sucesso da opção, como o não entendimento pela população sobre o fluxo da unidade frente ao que é mais urgente.

Opção 06 - Regulação entre os níveis de atenção

Essa opção foi abordada por apenas dois participantes, que apresentaram dúvida se há diferença entre acesso de primeiro contato e seguimento do paciente com acolhimento no nível primário após internação. Foi citada uma iniciativa de corresponsabilização da alta hospitalar e falhas de interlocução entre profissionais de diferentes equipamentos de saúde. Nesse contexto, os participantes entendem que há prejuízo ao paciente quando não há regulação dentro da rede de assistência.

4.2.4 Avaliação do diálogo de políticas

O diálogo cumpriu o objetivo de apresentar diferentes perspectivas sobre as opções apresentadas, pois todas as estratégias foram comentadas em suas definições, considerações sobre implementação e redação do texto. Além disso, todos os participantes demonstraram ampla experiência com pelo menos uma das opções e conhecimento teórico e tácito sobre o problema do agendamento de consultas, contribuindo com relatos de experiências prévias e comparações às estratégias já implementadas nos serviços que atuam ou que já atuaram. No entanto, no que se refere às considerações sobre equidade, o diálogo não apresentou respostas às lacunas evidenciadas no texto da síntese, o que reflete uma grande necessidade de estudos que explorem essa questão.

4.3 Consensos e dissensos entre a Síntese de Evidências, o Diálogo de Políticas e autores de estudos nacionais sobre o tema

A discussão dos resultados desse estudo se dá em duas perspectivas, nos achados do diálogo de políticas e na literatura científica, e está separada em dois tópicos: 1)

Apresentação das evidências, divisão das opções e análise da qualidade e 2) Conteúdo das opções, questões relacionadas à implementação e à equidade.

4.3.1 Apresentação das evidências, divisão das opções e análise da qualidade

Os participantes do diálogo referiram entendimento na leitura e interpretação das opções, além de fazerem elogios à abrangência dos achados. As diversas estratégias de agendamento são encontradas em estudos de implementação e estudos secundários sobre acesso, agendamento de consultas e modelos de atenção primária. Os participantes referiram já conhecer a maioria das estratégias de forma prática, mas não as associavam à nomenclatura apresentada. Estudos nacionais indicam que três modelos de agendamento de consultas são encontrados no Brasil (tradicional, *carve-out* e acesso avançado) (Vidal et al., 2019).

Foram feitas ressalvas quanto à redação da opção 4 (pacotes de intervenção), uma vez que esta opção configura um arranjo entre diversas estratégias, implementadas em conjunto, sem a possibilidade de distinção entre os resultados esperados para cada estratégia.

Também, foi apontado o resultado da análise de qualidade das revisões sistemáticas incluídas, todas classificadas como “criticamente baixa”, por meio dos critérios da ferramenta AMSTAR 2. Ainda que isso seja considerado como uma limitação, refere-se aos estudos disponíveis até o momento. Nesse sentido, a avaliação da qualidade metodológica é um fator que confere transparência ao trabalho, de modo que as limitações dos estudos possam ser consideradas na tomada de decisão. Por outro lado, pode-se argumentar sobre a adequação do uso dessa ferramenta para avaliar revisões sistemáticas de estudos observacionais qualitativos, como é o caso das revisões incluídas na síntese de evidências. Sabe-se que a criação e a utilização do AMSTAR 2 estão associadas a evidências quantitativas em estudos randomizados, classicamente associados a ensaios clínicos randomizados ou meta-análises. A proposta da ferramenta é estimular a criticidade e dar luz aos riscos de vieses, principalmente após o aumento considerável do número de revisões sistemáticas produzidas nos últimos anos (Manchikanti et al., 2019; Shea et al., 2017).

Além disso, na ferramenta, são analisados dezesseis domínios, sendo nove sugeridos como “críticos”. A ferramenta não propõe uma quantificação ou resultado em escala numérica, apesar de sua metodologia envolver a análise de domínios. Portanto, recomenda-se que se definam os domínios críticos previamente à sua utilização, de acordo com o desenho e objetivos do estudo, especialmente para a análise de estudos observacionais (Manchikanti et al., 2019; Shea et al., 2017). Neste estudo não foram modificados esses domínios críticos

sugeridos pelos autores e a análise da qualidade foi produzida sob o contexto de análise de evidências quantitativas advindas de ensaios clínicos. Portanto, a utilização dessas evidências, mesmo com qualidade criticamente baixa justifica-se, se analisadas com criticidade.

4.3.2 Conteúdo das opções, questões relacionadas à implementação e à equidade

O acesso ao nível primário de atenção está relacionado intrinsecamente à qualidade dos serviços prestados e sua definição perpassa por quatro dimensões: política, econômica, técnica e simbólica (Giovanella e Fleury, 1995).

A síntese de evidências para políticas apresenta estratégias que contemplam todas essas dimensões, isoladamente ou de forma complementar, em suas 6 opções, que aqui relembramos:

Opção 1 - Ampliação da oferta de consultas do dia

Opção 2 - Monitoramento por equipes multidisciplinares

Opção 3 - Aumento da capacidade de atendimento

Opção 4 - Pacotes de intervenções

Opção 5 - Intervenções prévias ao agendamento da consulta

Opção 6 - Regulação entre os níveis de atenção

Dimensão Política

O acesso em sua dimensão política foi historicamente construído, a partir da consolidação de um modelo de saúde que permite o atendimento direcionado às necessidades da população atendida após um tempo e espaço de desenvolvimento de consciência sanitária e organização social, tal como constituído no Sistema Único de Saúde após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Giovanella e Fleury, 1995; Souza e Botazzo, 2013). A literatura cita a co-construção coletiva do cuidado, satisfação dos usuários e o incentivo ao controle social como fatores de fortalecimento do acesso (Menezes et al., 2020).

Como já apresentado, as opções 1 e 3 consideram a iniciativa individual de procurar por um serviço de APS suficiente para consolidar a necessidade da oferta de consulta, pois não prevê interferências ou regulação dos profissionais no agendamento.

O acesso flexível e direcionado às demandas foi citado no diálogo de políticas como centrado na população, uma vez que “*oferecer acesso em tempo oportuno, uma agenda flexível faz muito sentido para a população*” (Participante Nº 02), e também responde às

expectativas do usuário que sente necessidade em ter uma consulta e com critérios de acesso que permitam atingir essas expectativas (Chávez et al., 2020; Merhy, 1998; Souza e Heller, 2019; Sulzbach et al., 2020; Paré-Plante et al., 2018).

Também em relação ao contexto político, as opções 1 e 3 representam ganhos aos grupos que governam o serviço pelo aumento absoluto do número de consultas médicas (Vidal, 2013), representado pela fala do participante N° 05 - *“Para a gestão [...] de interesse, agregou mais ou menos mil e poucas consultas durante um período”* - quando se refere a uma experiência de implementação do acesso avançado em uma unidade do Município.

Apesar de ser o primeiro dos atributos da APS descrito, o acesso não parece ter a mesma densidade de desdobramentos organizativos que outros, como a longitudinalidade (Barbosa et al., 2013; Brasil, 2017; Marques e Silva, 2020; Starfield, 2002; Tesser e Norman, 2014). A determinação de uma quantidade máxima de pessoas adscritas no território de cada equipe parece ser o moderador quantitativo mais impactante no arcabouço legal e os estudos se concentram em avaliar a quantidade de dias de espera para a próxima consulta, sendo um indicador provavelmente fidedigno (Tesser e Norman, 2014). Entretanto, a literatura sugere um deslocamento do eixo de discussão deste indicador a outros que possam avaliar a garantia de acesso oportuno e direcionado às necessidades dos indivíduos (Merhy, 1998; Souza et al., 2008).

Dimensão Econômica

A dimensão econômica da definição de acesso diz respeito à eficiência dos serviços, oferta de qualidade e efetividade com o uso de menores recursos possíveis (Giovanella e Fleury, 1995), e que podem, portanto, contar com inovações, que são peças fundamentais para a garantia da economicidade, sejam elas organizacionais ou tecnológicas (Bignetti, 2011). Dentre as seis opções apresentadas neste estudo, cinco (opções 2, 3, 4, 5 e 6) abordam a inclusão de tecnologias duras, como telefones celulares para realização de telessaúde, portais online de monitoramento dos pacientes e prontuários integrados em rede. As falas de alguns participantes ressaltam a relevância da incorporação de tecnologias em múltiplas estratégias, como em:

“Envolve muito a questão da do da telessaúde, né? Do teleatendimento? Então a gente falou na opção 2 sobre monitoramento online na opção 5, sobre triagem online e a telemedicina na opção 3 e na opção 6 também. Então isso é um pouco também, até do retrato do momento que a gente está vivendo, né? Desse pós pandemia o quanto a gente teve esse boom de saúde digital.” (Participante N° 10)

“Do ponto de vista de inovação, eu acho que a possibilidade que aparece aí e apareceu, explodiu no pós-pandemia é o uso realmente de outras formas de consulta que não as presenciais.” (Participante N° 01)

Entretanto, a inovação não somente se dá por tecnologias duras, a exemplo do “acolhimento” como programa político de incorporação de uma tecnologia leve e adequação dos processos de trabalho e diretriz operacional (Souza et al., 2008). As inovações sociais nascem das necessidades de transformação, mais do que a obtenção de lucro, e têm um papel fundamental na geração de economia quando implementadas nos serviços e também na promoção da equidade (Bignetti, 2011; Mason et al., 2015; Araújo et al., 2017).

O processo de acolher, resolver, corresponsabilizar o indivíduo pelo seu cuidado e gerar autonomia é economicamente eficiente e foi citado pelos participantes:

“Fazer um uso racional da agenda é somado a esses e outros itens diminuiu o número de acolhimentos, porque as pessoas entendem que elas têm um acesso num prazo razoável e aí elas não têm tanta necessidade de ir para a urgência” (Participante N° 05)

O acolhimento em sentido amplo, desvinculado da definição de “triagem” é estratégico e amplia o acesso, permite a troca de saberes e valorização do empoderamento do indivíduo (Menezes et al., 2017; Menezes et al., 2018); também é trazido pelos participantes do diálogo como fator essencial à eficiência dos serviços e ampliação da capacidade de autocuidado, resolução de problemas e do limiar de busca aos serviços de saúde. A fala do Participante n° 09 demonstra essa incerteza em relação à eficácia do seu trabalho e relaciona com a Política Nacional de Humanização (Martins e Luzio, 2016):

“A nossa obrigação de orientar o paciente de maneira a educá-lo [...] porque parece que a gente fica enxugando gelo sempre, né? Que a gente oferece e sempre é pouco, mas talvez se a educação, se a gente cuidasse mais dessa orientação, no cuidado do acesso para eles, a gente tivesse um coeficiente melhor.” (Participante N° 09)

Além disso, o contexto de eficiência econômica da APS está relacionado à utilização de outros níveis de atenção mais dispendiosos e a ampliação do acesso tem resultado positivo na diminuição da utilização da atenção secundária e terciária (Fausto et al., 2014; Nedel et al., 2010), corroborando os achados da síntese para as opções 1, 2, 3, 4 e 6.

Dimensão Técnica

A terceira dimensão do acesso é a técnica, e se relaciona à planificação dos serviços, oferta de cartela de serviços prioritária e controle da alocação de recursos (Giovannella e Fleury, 1995). O atendimento direcionado por público-alvo está relacionado à padronização da demanda e melhor predição das necessidades, com possibilidade de organização dos serviços, sendo muito utilizado no modelo tradicional de agendamento (Murray e Tantau,

2000) e incorporado ao Modelo de Estratégia de Saúde da Família no contexto de vigilância dos agravos e da coordenação do cuidado (Araújo et al., 2023; Fontana et al., 2016; Mendes, 2012).

A opção 2 tem em sua definição a ordenação do cuidado por divisão da população em grupos, que estariam sob assistência e vigilância de uma equipe multidisciplinar, semelhante ao modelo vigente de ESF. Entretanto, a vigilância geralmente é direcionada a alguns grupos populacionais específicos (gestantes, crianças pequenas, pacientes portadores de doenças crônicas e pessoas domiciliadas ou acamadas) e não é realizada amplamente para o público geral atendido pela equipe, de modo que para entender essa estratégia de ampliação do acesso é preciso garantir que tenha abrangência ao público geral, não focalizado por programas prioritários.

Essa organização da ESF para grupos prioritários contribuiu historicamente com a consolidação de um imaginário de divisão dos níveis de atenção em que a APS comporta ações de promoção à saúde e prevenção, e quando muito, de vigilância de agravos crônicos (Menezes et al., 2018). O risco à resolubilidade repercute na dificuldade em atender às demandas espontâneas com a mesma precisão e priorização dessas na organização das agendas dos profissionais (Menezes et al., 2020) e às críticas da população à oferta desigual de agendas para grupos prioritários (Trad et al., 2012).

Por outro lado, experiências nacionais indicam riscos à qualidade do acesso quando existe um aumento da capacidade de atendimento às demandas do dia (opção 1), com necessidade em dar resposta às prioridades da população integralmente, acarretando redução do tempo de trabalho, aumento da sobrecarga dos profissionais, redução do tempo de consulta, priorização das consultas médicas individuais e menor humanização e acolhimento (Menezes et al., 2017). Esses aspectos também vieram à tona em várias falas do diálogo como “*Os trabalhadores, é uma sensação de estar dentro de uma panela de pressão*” (Participante nº 02) e em “[...] *Transbordando tanto que acaba, até é diminuindo a qualidade do atendimento médico [...] tem que fazer um atendimento a toque de caixa e não dá. A gente está quase virando pronto-socorro*” (Participante nº 08).

Em relação à opção 3, que trata do atendimento de demandas espontâneas de acordo com a procura do indivíduo, sem nenhum tipo de triagem, e criação de um equipamento de APS voltado a atendimentos rápidos e direcionados, foi levantado que “*se aumentar esse tipo de acesso aí [...] vai se criar outra [...] como se fosse uma Mini UPA [...] isso não ia ser*

muito legal” (Participante nº 06). Outros estudos têm resultados conflitantes quanto aos benefícios, apesar de concordarem que essa estratégia, ou similares, representam ampliação do acesso (Almeida e Pereira, 2020; Acyilino et al., 2021; Gulliford, 2017; Pessoa et al., 2017; Rose et al., 2011).

Achados na literatura sugerem a percepção de que a qualidade do acesso na APS também está ligada à capacidade de atendimento a essas demandas de urgência (Marques e Silva, 2020) e que o direcionamento por grupos pode causar restrição do acesso e insatisfação dos usuários (Cunha e Vieira-da-Silva, 2010; Menezes et al., 2018).

Alguns estudos demonstram que a ESF de fato ampliou o acesso à APS (Lima et al., 2015; Sousa, 2008; Silva e col., 2013; Tesser e Norman, 2014), mas a extrapolação de ações direcionadas a grupos de risco não está consolidada em todas as equipes e não se tem ainda meios de garantia desse monitoramento ao público geral, além de esbarrar na barreira financeira de contratação de recursos humanos., como aponta a fala do Participante Nº 12 - *“O aquele dos profissionais multidisciplinares [...] a gente faz isso, mas também um recorde, né? Pensando pra gente poder fazer isso na população em geral, seria necessária uma equipe multidisciplinar em cada unidade”*.

O conjunto de recursos físicos e humanos disponíveis determina quais indivíduos e em que circunstâncias terão acesso ao sistema (Barbosa et al., 2013; Figueredo et al., 2020). Alguns estudos relacionam a qualidade do acesso na APS com o direcionamento da formação profissional, presença de capacitações, tendências pessoais e sensação de valorização (Menezes et al., 2017; 2020). É importante ressaltar que a autonomia do profissional não pode ser desconectada desta dimensão (Menezes et al., 2018).

O equilíbrio entre a oferta de atendimento a diversas demandas é desafiador para gestores e profissionais, que encontram formas distintas de enfrentar o problema. Há relatos na literatura de insatisfação por parte dos profissionais médicos ao se sentirem coagidos a atender uma grande quantidade de demanda, e que o isolamento no consultório e o atendimento direcionado à queixa são expressões dessa frustração, enquanto os gestores apresentam contradições entre o discurso e a prática (Menezes et al., 2020; Taddeo et al., 2012; Tesser e Norman, 2014).

Nesse sentido, a centralidade do atendimento na consulta médica representa ênfase na doença, com solicitações de exames e procedimentos, configurando a APS como um nível intermediário entre o usuário e o serviço especializado, o que se configura como um risco à

ampliação do acesso (Cunha e Vieira-da-Silva, 2010; Menezes et al., 2017). A “demanda fantasma” é o termo que denomina a diminuição de atividades e circulação de pessoas nos turnos que não há atendimento médico, e caracteriza a necessidade de ampliar a oferta de acesso além da espera pela consulta individual (Menezes et al., 2018).

Os recursos físicos também foram alvo de preocupação por parte de alguns participantes do diálogo, visto como barreira à implementação de várias opções - “*Os recursos é muito difícil [...] uma das maiores barreiras para a gente conseguir*” (Participante nº 07). Está descrito em literatura que há, por parte da população, associação da percepção que a carência de insumos e estrutura física precária com piores desfechos clínicos (Vanderlei e Navarrete, 2013).

A acessibilidade é vista sob dois ângulos: o primeiro sendo a proximidade da UBS à população (ou a oferta de transporte público) (Albuquerque et al., 2014; Cunha e Vieira-da-Silva, 2010; Starfield, 2002; Taddeo et al., 2012) e o segundo em relação à disposição da estrutura e materiais com garantia de uso. O segundo aspecto foi levantado pela fala de um participante do diálogo que traz luz à questões de equidade: “[...] *Tecnologia assistiva não só a questão do teleatendimento, mas no atendimento presencial, que pode ser online pela central de libras, também em caso de surtos que aparecerem desacompanhados para fazer esse tipo de de agendamento [...] e não consegue ter acesso ao sistema que hoje é proposto.*” (Participante nº 04).

Dimensão Simbólica

A quarta e última dimensão da definição de acesso é a simbólica, correlacionada com o olhar sobre as relações de poder e representações sociais na APS (Giovanella e Fleury, 1995). O acesso, dessa forma, seria a inter-relação entre indivíduos, comunidades, profissionais e sistemas de saúde, com pactuação de compromissos e criação de vínculos (Souza, 2008).

O controle social é considerado por alguns autores como a essência da participação popular na construção do serviço de saúde, e a avaliação das ações executadas pelos tomadores de decisão se concretiza pela presença e voz ativa em deliberações, como a do diálogo realizado neste estudo, ou em âmbitos oficiais institucionalizados, tais como os conselhos de saúde (Rolim et al., 2013; Zambon e Ogata, 2013). Portanto, a ausência dos usuários no diálogo e a polissemia do controle social foram intensamente abordados no diálogo de políticas: “*A gente tem que respeitar a população dos territórios [...] conversar*

para poder entrar num consenso [...] a população tinha que estar aqui também para poder entender todos esses mecanismos, porque às vezes a gente oferece uma coisa que também não faz parte da realidade do usuário. Acho que a gente mais perto do usuário, pensando que a necessidade é dele, então ele tinha que tá também nessa construção” (Participante N° 12).

A literatura concorda que o respeito aos saberes, às singularidades, à competência cultural e o diálogo entre usuários e profissionais são ferramentas simbólicas de ampliação da capacidade resolutiva da APS e, portanto, de acesso (Menezes et al., 2017).

A proposta de democratização do conhecimento deste estudo junto aos profissionais da unidade, bem como o convite à participação de representantes da população visa o direcionamento dos resultados às necessidades do território e sua implementação considerando aspectos particulares desta localidade. Por outro lado, a ausência dos representantes sociais da população no evento pode indicar a dificuldade em acessar a dimensão simbólica do acesso e avançar na horizontalização das relações de poder, que aparece em algumas falas no evento, como por exemplo: *“Todo mundo sabe que o agendamento é uma fonte de poder”* (Participante nº 01).

Outros Aspectos

Além dessas questões abordadas nas dimensões da qualidade dos serviços, também foi levantado o engajamento da equipe em propostas de melhoria da qualidade da assistência e ampliação do acesso como um fator fundamental à implementação de todas as estratégias; essa reflexão concorda com os achados da síntese de evidências e levantamento e literatura (Buss et al., 2023; Garcia e Marziale, 2018; Navajas-Romero et al., 2022).

Diferentes aspectos do trabalho em equipe foram discutidos, como a necessidade de programação das ações e comprometimento com a implementação das estratégias de forma coletiva e harmoniosa. O trabalho em equipes de saúde da família é propício ao diálogo e planejamento com espaço semanal da agenda reservado para reuniões de equipe, previstas na Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2017) e em diretrizes organizativas da AB de muitos municípios. Porém, algumas equipes seguem processos de trabalho fragmentados e não dialógico, assemelhando-se à modalidade de equipe agrupamento, não integrada (Peduzzi, 2001; Condeles et al., 2019).

Alguns participantes do diálogo destacaram essa atribuição prevista para os profissionais e acreditam que representa um facilitador à implementação neste campo a que se direciona o presente estudo. Entretanto, também referem a experiência de equipes

desarmoniosas e com médicos que não participam ativamente das reuniões ou das ações de planejamento. Portanto, devido à heterogeneidade das experiências, esse aspecto também pode ser entendido como barreira.

Outro aspecto abordado e que tangencia todas as opções é a sobrecarga da equipe de enfermagem:

“É muito desafiador você ficar ali o dia inteiro para receber e acolher a demanda, por exemplo, dessa unidade que tem 11 equipes. Como é que a gente faz? Então não tem como não adoecer o colaborador se a gente pensar, né” (Participante nº 02).

“Um enfermeiro já está sobrecarregado, já tem um monte de coisa pra fazer, já tem uma unidade para tomar conta e ainda colocar mais consultas pra ele [...]A gente sabe que vai sobrecarregá-lo” (Participante nº 08).

A literatura corrobora que a sobrecarga da equipe de enfermagem é um fator limitador do acesso e que se dá através de equipes incompletas, demandas reprimidas, condições e estruturas precárias de trabalho, insatisfação salarial e carência de valorização (Martins et al., 2014; Menezes et al., 2017). Inclusive há na literatura associação entre sobrecarga de trabalho desta categoria profissional e implementação da estratégia de acesso avançado (Buss et al., 2023; Garcia e Marziale, 2018), apesar deste apresentar suposta maior flexibilidade na execução do trabalho. A dificuldade em realizar mudanças profundas nos processos de trabalho que extrapolam zonas confortáveis e habituais, também são barreiras à implementação das opções e podem gerar ainda mais sobrecarga às equipes.

4.3.3 Considerações finais do diálogo

Os participantes concluem refletindo sobre os modelos de opções apresentadas e possibilidade de implementação parcial das estratégias ou na adaptação dessas opções às diversas realidades das equipes de saúde da família. Também foi citada a lacuna entre as evidências e a execução de ações em gestão, reforçando a necessidade de ter representantes dos usuários em ambientes de gestão e tomada de decisão. Qualquer opção escolhida exigirá a construção coletiva e pactuada com todos os atores sociais envolvidos.

5. Conclusões

A qualidade da assistência prestada dependerá da possibilidade de acesso aos serviços em tempo oportuno, deve ser eficaz e resolutive, mas também eficiente para manutenção da satisfação dos usuários e profissionais e sustentabilidade do serviço (Vidal et al., 2019; Murray e Tantatu, 2000). Portanto, o modelo de agendamento e a utilização de estratégias de otimização do acesso são temas relevantes para os tomadores de decisão.

O local em que o estudo foi conduzido é uma Unidade Básica de Saúde situada em uma localidade de alta vulnerabilidade e apresenta dificuldades em consolidar estratégias de acesso e agendamento, fato que pode ser verificado na baixa frequência na unidade e absenteísmo em torno de 10%. O agendamento nessa unidade já foi realizado no modelo tradicional, *carve-out* e em uma experiência de acesso avançado, com poucas modificações nos indicadores finais de acesso. Portanto, faz-se necessário avaliar outras estratégias de melhoria dos processos de agendamento de consultas que podem ser implementadas individualmente ou combinadas na UBS.

A produção de uma síntese de evidências e a organização de um diálogo de políticas buscaram elencar as melhores estratégias para agendamento de consultas que contribuem com a melhora da oferta de serviços na atenção primária. Essas estratégias foram informadas por evidências globais e pelo diálogo sobre o tema entre atores sociais relevantes, que puderam avaliar condições de implementação e aspectos relacionados à equidade das propostas, no contexto local.

Foram identificadas diversas estratégias, categorizadas por similaridade em seis opções: 1) Ampliação da oferta de consultas do dia; 2) Monitoramento por equipes multidisciplinares; 3) Aumento da capacidade de atendimento; 4) Pacotes de intervenção; 5) Intervenções prévias ao agendamento da consulta; 6) Regulação entre os níveis de atenção. As opções podem ser analisadas individualmente quanto ao impacto em desfechos de acesso (por exemplo: redução do absenteísmo e aumento da frequência), de gerenciamento do serviço (impacto em indicadores de qualidade ou custo-efetividade, por exemplo) ou de impacto clínico (como melhora na coordenação do cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas ou da vigilância em saúde).

Essas opções podem ser entendidas como modelos a serem seguidos na formulação de políticas e tomada de decisão. Portanto, podem ser implementadas parcialmente ou em sua integralidade, ou até servirem de inspiração para outras estratégias que possam ser adotadas pelos gestores. Também há a possibilidade de implementação conjunta de duas ou mais opções citadas.

O diálogo de políticas forneceu evidências locais às pesquisadoras e possibilitou a identificação de questões próprias à implementação local, considerando a subjetividade do território e experiências prévias dos participantes com essas opções. Além disso, foi possível analisar a possibilidade de geração de iniquidades para cada opção. Essa metodologia concretiza uma das etapas do plano de tradução de conhecimento deste estudo e possibilita o diálogo horizontal entre os atores-chave envolvidos.

Após essa etapa colaborativa foi possível identificar que a experiência e as expectativas dos participantes coincidem com os achados na literatura e que as barreiras de implementação já são, em sua maioria, conhecidas pelos profissionais, gestores e pesquisadores.

Conclui-se que este estudo poderá servir como apoio à tomada de decisão (direcionado à todos os tomadores de decisão - gestores municipais, gestão da UBS, profissionais de saúde e representação popular nos conselhos gestores) e implementação de algumas das estratégias. Esse apoio poderá se dar em caráter consultivo das evidências ou das considerações sobre a implementação no local estudado, ou como inspiração para um plano de melhoria que envolva mais de uma das opções citadas. Em qualquer situação, a implementação deve considerar o envolvimento dos atores-chave em um plano de tradução do conhecimento e voltado à valorização do controle social. Deve-se, entretanto, analisar os dados considerando algumas lacunas, como a ausência de estudos nacionais que subsidiem a formulação das opções e a qualidade metodológica das evidências encontradas.

REFERÊNCIAS

1. Acosta AM, Oelke ND, Lima MAD da S. Considerações Teóricas do Diálogo Deliberativo: contribuições para a prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2018 Jan 8;26(4).
2. Acylino EM, Almeida PF de, Hoffmann LMA. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;31(1).
3. Albuquerque, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, 2014. Número especial.
4. Almeida ER, Pereira FW de A. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. APS [Internet]. 4º de setembro de 2020 [citado 30º de julho de 2023];2(3):240-4. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/147>
5. Almeida PF de, Gérvas J, Freire J-M, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [Internet]. 2013Jul;37(Saúde debate, 2013 37(98)):400–15. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/>
6. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2017 Apr 20;17(1).
7. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2017 Apr 20;17(1).
8. Araújo AC de, Vieira LJE de S, Ferreira Júnior AR, Pinto AGA, Freitas KM de, Ribeiro CL. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Escola Anna Nery [Internet]. 2023 Mar 27 [cited 2023 Jul 6];27:e20220330. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CVTB35Fcj5w9jH4r4dLstXd/?lang=pt>
9. Araujo R. et al, Trilhando trajetórias de pesquisar & e inovar - um ensaio coletivo. *Relatórios Técnicos do DIA/UNIRIO*, v.10, n.1, 2017
10. Azevedo ALM de, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2010 Sep 8;14(35):797–810.

11. Balasubramanian H, Biehl S, Dai L, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Management Science*. 2013 Jul 3;17(1):31–48.
12. Becker LA, Loch MR, Reis RS. Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e147. doi: 10.26633/RPSP.2017.147
13. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med*. 2004;36(5):341-5.
14. Bignetti L. P. As inovações sociais: uma incursão por ideias, tendências e focos de pesquisa. *Ciências Sociais Unisinos*, v.47, n.1, p. 3-14, jan./abril, 2011.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica No 28: acolhimento a demanda espontânea [Internet]. Brasília -DF: Ministério da Saúde; 2013. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria No 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. bvsmms.saude.gov.br. 2010. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Editora do Ministério da Saúde; 2010.
18. Brasil, Ministério da Saúde. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PENHA [Internet]. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2023 [cited 2023 Jan 6]. Available from: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3548505370019>
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Planalto.gov.br. 1988. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
20. Brasil. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em:

- <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete> -do-
-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. 3.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz Metodológica: síntese de evidências para políticas [Internet]. 1o ed. Brasília; 2020. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
 25. Brunet JC, Saamenõ JAB. La gestión de la consulta em Atenvión Primaria. In: Zurro AM, Pérez JFC, eds. Atención Primaria - Conceptos, organización y práctica clínica. 5 ed. Barcelona. Elsevier; 2003. p84-109. Apud: Valladão J.B.R.; Gusso G.; Olmos, R.D.; Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – volume Medicina de Família e Comunidade. São Paulo, 2017.
 26. Buss S, Michelle Kuntz Durand, Barros J, Aline Megumi Arakawa-Belaunde, Laura Christina Macedo, Sandra Mara Correa, et al. POTENTIALITIES AND CHALLENGES FOR CARE IN THE PRIMARY HEALTH CARE CONTEXT. 2023 Jan 1;32.
 27. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2020 Oct 5 [cited 2021 Nov 4];24:e190600. Available from: <https://scielosp.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190600/>
 28. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. Can Fam Physician. 2010;56(9):906-11.
 29. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches [Internet]. 1st ed. Vols.

- MR4-11/2012E-PDF. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2012 [cited 2022]. Available from: https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf
30. Canuto LE, Silva AFL da, Pinheiro LSP, Canuto Júnior JCA, Santos NLP dos. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021 Apr 5;16(43):2378.
 31. Carman KL, Mallery C, Maurer M, Wang G, Garfinkel S, Yang M, et al. Effectiveness of public deliberation methods for gathering input on issues in healthcare: Results from a randomized trial. *Social Science & Medicine*. 2015 May;133:11–20.
 32. The Royal Institute of International Affairs. Chatham House Rule [Internet]. Chatham House – International Affairs Think Tank. 2022 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.chathamhouse.org/about-us/chatham-house-rule>
 33. Chávez GM, Viegas SM da F, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*. 2020;24(4).
 34. Choi BCK, Maza RA, Mujica OJ, PAHO Strategic Plan Advisory Group, PAHO Technical Team. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019 Jul 8;43(e61):1.
 35. Cochrane Equity Methods Group. PROGRESS-Plus [Internet]. Cochrane.org. 2012. Available from: <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>
 36. Condeles PC, Bracarense CF, Parreira BDM, Rezende MP, Chaves LDP, Goulart BF. Teamwork in the Family Health Strategy: professionals' perceptions. *Escola Anna Nery*. 2019;23(4).
 37. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. Alma-Ata; 1978 Sep. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
 38. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica do Estudante de Medicina [Internet]. www.flip3d.com.br. 2018. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=23&edicao=4442>
 39. Conselho Municipal de Saúde de Santos. Guia de Informações para Usuários das Policlínicas de Santos: Direitos e deveres [Internet]. Prefeitura Municipal de Santos, editor. 2022 [cited 2023 Jan 6]. Available from:

https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/SMS/cartilha_polis-a5-web.pdf

40. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Apr 7, 2016.
41. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018: Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS no 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. [Internet]. Mar 21, 2018. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
42. Cook LL, Golonka RP, Cook CM, Walker RL, Faris P, Spenceley S, et al. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2020 Oct;8(4):E722–30.
43. Cueto M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004 Nov;94(11):1864–74.
44. Cunha ABO, Vieira-Da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(4):725-37.
45. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–6.
46. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health*. 2016 Nov 17;15(1).
47. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. (5th edição). Porto Alegre: Grupo A; 2022
48. EVIPNet Brasil. Histórico – Brasil EVIPNet[Internet]. EVIPNet Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde; 2022 [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://brasil.evipnet.org/historico/>
49. Fahmy N, Aprikian A, Al-Otaibi M, Tanguay S, Steinberg J, Jeyaganth S, et al. Impact of treatment delay in patients with bladder cancer managed with partial cystectomy in

- Quebec: a population-based study. *Canadian Urological Association Journal*. 2013 Apr 25;3(2):131.
50. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate [Internet]*. 2014;38(special). Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/?format=pdf&lang=pt>
 51. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [Internet] [Tese (doutorado)]. [Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social]; 2005 [cited 2022 May]. Available from: https://www.academia.edu/23085372/UNIVERSIDADE_DO_ESTADO_DO_RIO_DE_JANEIRO_Instituto_de_Medicina_Social
 52. Figueiredo DCMM de, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020 Jun;28(2):288–301.
 53. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*. 1998 Sep;88(9):1330–6.
 54. Fournier J, Rainville A, Ingram J, Heale R. Implementation of an advanced access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. *Healthc Q*. 2015;18(1):60-4. <https://doi.org/10.12927/hcq.2015.24241>
 55. "Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman, AD, Lavis, JN, Lewin S. SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health 6:
 56. Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Res Policy Syst [internet]*. 2009. 7(Suppl 1):6"
 57. Fundação Sead, Governo do Estado de São Paulo. Seade Municípios: População [Internet]. Seade Municípios. 2022. Available from: https://municipios.seade.gov.br/Demográficos/População/RA_Santos/Santos. Acesso em: 08/01/2023
 58. Fundação Sead, Governo do Estado de São Paulo. Seade Municípios: População [Internet]. Seade Municípios. 2023. Available from: <https://municipios.seade.gov.br/saude/Santos>. Acesso em: 10/09/2023
 59. Garcia GPA, Marziale MHP, Garcia GPA, Marziale MHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*. 2018 [cited

- 2021 Mar 25];71:2334–42. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001102334&script=sci_arttext
60. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
61. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Apr;25(4):1475–82. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1475.pdf>
62. Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio De Janeiro, Rj: Editora Fiocruz; 2012.
63. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. Occasional Notes The Ecology of Medical Care Revisted [Internet]. 2001 Jun [cited 2022 May 29]. Available from: <http://historical.hsl.virginia.edu/kerr/pdf/Ecology%20of%20Med%20Care%20Revisited.pdf>
64. Gulliford, M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Health*, v. 12, n. 2, p. e532-e533, 2017.
65. Health Canada. Knowledge Translation Planner [Internet]. 2017 Oct [cited 2022 Jun 11]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/reports-publications/grants-contributions/KT%20Planner-EN-2017-10-16.pdf>
66. Indicadores e Dados Básicos: Brasil, 2021. TabNet Win32 3.0: 47b - Estimativa da população SUS dependente (com base na Saúde Suplementar) [Internet]. <http://tabnet.saude.sp.gov.br/>. 2021 [cited 2023 Jan 9]. Available from: http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind47b_matriz.def
67. Jimenez G, Matchar D, Koh CHG, van der Kleij R, Chavannes NH, Car J. The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2021 Jan 11;23(1):e20195
68. Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G. C. H., e Car, J. (2021). Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *British Journal of ctice*, 71(702), e10-e21.
69. Knight A, Lembke T. Appointments: getting it right. *Australian Family Physician*. 2011 Jan;40(1/2):<https://www.racgp.org.au/getattachment/6ebb0325-d5d94082-97c02f8ad84ac446/Appointments.aspx>.

70. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians [Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974 Apr. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
71. Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. In: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) [Internet]. Health Research Policy and Systems; 2009 [cited 2019 Nov 30]. Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S14#citeas>
72. Lemões Marcos Aurélio Matos, Thumé Elaine, Tomasi Elaine, Dilélio Alitéia Santiago, Borges Carla Luciane dos Santos, Facchini Luiz Augusto. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400009&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400009>.
73. LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.
74. Liu P, Lyndon A, Holl JL, Johnson J, Bilimoria KY, Stey AM. Barriers and facilitators to interdisciplinary communication during consultations: a qualitative study. *BMJ Open*. 2021 Sep 2;11(9):e046111. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046111. PMID: 34475150; PMCID: PMC8413943.
75. Low, L.L., Ab Rahim, F.I., Johari, M.Z. et al. Assessing receptiveness to change among primary healthcare providers by adopting the consolidated framework for implementation research (CFIR). *BMC Health Serv Res* 19, 497 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4312-x>
76. Lukas CV, Meterko M, Mohr D, Seibert M. The implementation and effectiveness of advanced clinic access. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2004 [citado 18 ago 2017]. Disponível em: http://www.academia.edu/29071857/The_implementation_and_effectiveness_of_advanced_clinic_access
77. Manchikanti L, Datta S, Smith HS, Hirsch JA. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management: part 6. Systematic reviews

- and meta-analyses of observational studies. *Pain Physician*. 2009 Sep-Oct;12(5):819-50. PMID: 19787009.
78. Marques CR, Silva CTX. As dificuldades na implementação do acolhimento na atenção básica de saúde: um relato de experiência na unidade de saúde da família bandeiras, em Anápolis-GO / The difficulties in the implementation of the reception in primary health care: an experience report at the bandeiras family health unit in Anápolis-GO. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(12):96805–10.
79. Marques-Ferreira Maria de Lourdes da Silva, Barreira-Penques Rosana Maria do Vale, Sanches-Marin Maria José. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Aquichan* [Internet]. 2014 May [cited 2023 Apr 01]; 14(2): 216-225. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200009&lng=en) &lng=en. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8>.
80. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2016 Nov 3 Available from: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>
81. Mason, Chris; Barraket, Jo; Friel, Sharon; O'Rourke, Kerry; Stenta, Christian-Paul (2015). Social innovation for the promotion of health equity: Fig. 1:. *Health Promotion International*, 30(suppl 2), ii116–ii125. doi:10.1093/heapro/dav076
82. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Aug;15(5):2297–305. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
83. Mendes EV. DESAFIOS DO SUS [Internet]. 2019. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>
84. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012.
85. Menezes ELC de, Scherer MD dos A, Ramos FRS. Influence of multiprofessional work on the production of care and access to primary health care. *Revista CEFAC*. 2018 May;20(3):342–52. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820319017>

86. Menezes ELC de, Scherer MD dos A, Verdi MI, Pires DP de. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2017 Dec;26(4):888–903.
87. Menezes, E.L.C, Verdi, M.I.M, Scherer, M.D.A., Finkler, M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – Análise de orientações federais para o trabalho das equipes da aps no Brasil.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2020/Jan). [Citado em 23/07/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/modos-de-producao-do-cuidado-e-a-universali-dade-do-acesso-analise-de-orientacoes-federais-para-o-trabalho-das-equipes-da-aps-no-br-asil/17492?id=17492>
88. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
89. Michael M, Schaffer SD, Egan PL, Little BB, Pritchard PS. Improving Wait Times and Patient Satisfaction in Primary Care. *Journal For Healthcare Quality*. 2013 Mar;35(2):50–60.
90. Minayo MC de S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Hucitec, editor. *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: São Paulo Hucitec Rio De Janeiro Abrasco; 2014. p. 315–8.
91. Moreira D de A, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2017;26(2).
92. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;116:11–24. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>
93. Murray M, Berwick DM. Advanced Access. *JAMA* [Internet]. 2003 Feb 26 [cited 2022];289(8):1035. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/196024>
94. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam. Pract. Manag.* [internet]. 2000 [acesso em 2018 mar 20]; 7(8):45-50. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>

95. Murray M. Answers to Your Questions About Same-Day Scheduling. *Family Practice Management* [Internet]. 2005 Mar 1 [cited 2022];12(3):59–64. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2005/0300/p59.html>
96. Navajas-Romero V, Ceular-Villamandos N, Pérez-Priego MA, Caridad-López del Río L. Sustainable human resource management the mediating role between work engagement and teamwork performance. Martínez-Paz JM, editor. *PLOS ONE*. 2022 Aug 4;17(8):e0271134.
97. Nedel Fúlvio Borges, Facchini Luiz Augusto, Martín Miguel, Navarro Albert. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 Mar [citado 2023 Jul 30] ; 19(1): 61-75. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>.
98. Newell KW, World Health Organization. *Health by the people*. Geneva: World Health Organization; 1975.
99. Nuti, L., Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., e McComb, S. (2015). The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-54.
100. O'Hare CD, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. *Fam Pract Manag*. 2004;1(2):35-8
101. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 2014 Jan;67(1):56–64. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895-4356\(13\)00334-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895-4356(13)00334-X)
102. Oliveira LGF, Fracolli LA. Estratégias colaborativas para implementar o acesso avançado: uma revisão geral. *EF Sports* [Internet]. 10 de janeiro de 2023 [citado em 26 de março de 2023];27(296):185-13. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/3677>
103. Oliveira SMVL, Bento AL, Valdes G, Oliveira STP, Souza AS, Barreto JOM. Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.165>
104. Organização Pan-Americana da Saúde. Metodologia para a Estrutura de Estratificação das Prioridades Programáticas do Plano Estratégico da OPAS [Internet]. 2016 Jul [cited

- 2022 May 29]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31420/CD55-7-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
105. Otero LG. Novo Milênio: Histórias e Lendas de Santos: Bairros de Santos - Morro da Penha [Internet]. *www.novomilenio.inf.br. A Tribuna*; 2010 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://www.novomilenio.inf.br/santos/h0100b94.htm>
 106. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* [Internet]. 2016 Dec;5(1). Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
 107. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
 108. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459–91.
 109. Pará G, Raymond L, Castonguay A, Grenier Ouimet A, Trudel M-C. Assimilation of Medical Appointment Scheduling Systems and Their Impact on the Accessibility of Primary Care: Mixed Methods Study. *JMIR Medical Informatics*. 2021 Nov 16;9(11):e30485.
 110. Pará-Plante A, Boivin A, Berbiche D, Breton M, Guay M. Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. *BMC Fam Pract*. 2018 dec;19(188):1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0871-x> PMID:30509205. »
<http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0871-x>
 111. Partridge, A.C.R., Mansilla, C., Randhawa, H. et al. Lessons learned from descriptions and evaluations of knowledge translation platforms supporting evidence-informed policy-making in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Res Policy Sys* 18, 127 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00626-5>
 112. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001 Feb;35(1):103–9.
 113. Pessoa C, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alkmim MB, Marcolino M. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *JISfTeH* [Internet].

- 30Jan.2016 [cited 27Mar.2023];4: e4 (1-). Available from: <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/133>
114. PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. de A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.
115. Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, Weeks WB. Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *General Hospital Psychiatry*. 2008 Nov;30(6):546–51.
116. Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, Weeks WB. Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *General Hospital Psychiatry*. 2008 Nov;30(6):546–51.
117. Postal L, Celuppi IC, Lima G dos S, Felisberto M, Lacerda TC, Wazlawick RS, et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Jun;26(6):2023–34.
118. Prefeitura de Santos. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. 2021 Aug [cited 2023 Jan 8]. Available from: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/downloads/arquivos/24-02-2022/plano_municipal_de_saude_de_santos_2022-2025_-final_out2021.pdf
119. "Ramos MC, Silva EN da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde em Debate*. 2018 Jan;42(116):296–306.<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811624>"
120. Rivas J. Advanced Access Scheduling in Primary Care: A Synthesis of Evidence. *J Healthc Manag*. 2020 May-Jun;65(3):171-184. doi: 10.1097/JHM-D-19-00047. PMID: 32398527.
121. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, Grandes G. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag*. 2021 Sep 2; ahead-of-print(ahead-of-print):349–67. doi: 10.1108/JHOM-12-2020-0512. PMID: 34464035; PMCID: PMC9136863.
122. Rolim LB, Cruz R de SBLC, Sampaio KJA de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate* [Internet]. 2013 Mar;37(96):139–47. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt&format=pdf>

123. Romão DMM. Como melhorar a cultura de uso de evidências no setor público brasileiro: síntese de aprendizados [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 6]. Available from: https://www.inasp.info/sites/default/files/2021-06/Brief.Evidence%20use%20in%20Brazil.trad_pt%20v3-p%C3%B3s%20revis%C3%A3o%20Vict%C3%B3ria.pdf
124. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011 Jul 11;171(13):1150-9. doi: 10.1001/archinternmed.2011.168. Epub 2011 Apr 25. PMID: 21518935; PMCID: PMC3154021.
125. Salci, Maria Aparecida, Meirelles, Betina Hörner Schindwein e Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção básica. *Escola Anna Nery* [online]. 2018, v. 22, n. 1 [Acesso em 1 de abril de 2023], e20170262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0262>>. Epub 15 de janeiro de 2018. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0262>.
126. Sant' Ana AM. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017 Jul 25;12(39):1-9.
127. Seckler, E., Regauer, V., Rotter, T. et al. Barreiras e facilitadores para an implementação de vias de atenção multidisciplinar na atenção básica: uma revisão sistemática. *BMC Fam Pract* 21, 113 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01179-w>
128. Setti C, Oliveira C de F, Toma TS. Relato de Diálogo Deliberativo da Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019 [cited 2022 Jun 12]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290499/relato_dialogo_deliberativo_cirurgia_cesariana_2019.pdf
129. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [Internet]. 2017 Sep 21;358(8122):j4008. Available from: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j4008>
130. Silva GR. Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília; 1986 Mar. Available from: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf
131. Silva, I. S., da Silva, A. P., Silva, T. K. S., dos Santos Silva, D. M., Farias, H. S. L., Ribeiro, C. D., e da Silva, A. M. (2020). Grupo de autocuidado apoiado para portadores

- de doenças crônicas na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 51920-51930.
132. Silveira GS da, Ferreira PR de, Silveira DS da, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2019 Jan 17 [cited 2021 Jul 23];13(40):1–7. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/969412/texto-do-artigo-10403-1-10-20190117.pdf>
133. Soares, Larissa Silva, & Junqueira, Marcelle Aparecida de Barros. (2022). A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(1), e031. Epub 03 de fevereiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>
134. Souza CMN, Heller L. O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Jan;24(1):285–94.
135. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013 Jun;23(2):393–413.
136. Souza, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1.
137. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O'Connor PJ. The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(1):A16.
138. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [Internet]. Brasília: Brasil. Ministério Da Saúde; 2002. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
139. Starfield B. Primary care. *Journal of Ambulatory Care Management*. 1993 Oct;16(4):27–37.
140. Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences* [Internet]. Set 2012 [citado 25 nov 2022];344(3):211-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/maj.0b013e31824997c6>

141. Sulzbach CC, Weiller TH, Dallepiane LB. Acesso à Atenção Primária à Saúde de longevos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020 Sep;28(3):373–80.
142. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2923-30.
143. Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in England: A systematic review. *Health Policy [Internet]*. Dez 2014 [citado 25 nov 2022];118(3):304-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.011>
144. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2014 Sep;23(3):869–83.
145. The Health Foundation. Lord Dawson's Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 [Internet]. Policy Navigator. 2022. Available from: <https://navigator.health.org.uk/theme/lord-dawsons-interim-report-future-provision-medical-and-allied-services-1920>
146. Theis LC, Marinho Mikosz D, Rosa SV, Tetu Moysés S, Proença de Moraes T. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. *Revista de Atenção à Saúde*. 2021 Jun 30;19(68).
147. Thomas, K.A., Schroder, A.M. and Rickwood, D.J. (2021), "A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services", *Mental Health Review Journal*, Vol. 26 No. 1, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2020-0029>
148. Toma TS, Tesser TR, Setti C, Bortoli MC de. Síntese de evidências para políticas de saúde. In: *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências [Internet]*. São Paulo: Instituto De Saúde; 2017 [cited 2022 Jun 12]. p. 184–209. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/avaliacao_tecnologia_saudepolticas_inf_evidencias.pdf
149. Trad, L. A. B.; Castellanos, M. E. P.; Guimarães, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.
150. Uneke CJ, Sombie I, Keita N, Lokossou V, Johnson E, Ongolo-Zogo P, et al. Assessment of policy makers' individual and organizational capacity to acquire, assess,

- adapt and apply research evidence for maternal and child health policy making in Nigeria: A cross-sectional quantitative survey. *Afr Health Sci.* 2017;17(3):700–11. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.12>
151. Valenti WM, Bookhardt-Murray J. Advanced-access scheduling increases quality, productivity, and revenue. *AIDS Read.* 2004;14(5):220–4
 152. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, and Maria Luisa Vazquez Navarrete. 2013. “Preventable Infant Mortality and Barriers to Access to Primary Care in Recife, Northeastern Brazil”. *Revista De Saúde Pública* 47 (2):379–89. <https://doi.org/10.1590/rsp.v47i2.76642>.
 153. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Ver Saude Publica.* 2019; 53:38.
 154. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [Internet] [Dissertação]. lume.ufrgs.br. [Universidade Federal do Rio Grande do Sul]; 2013 [cited 2022]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/87111>
 155. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care. *New England Journal of Medicine.* 1979 Nov;301(18):967–74.
 156. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *New England Journal of Medicine.* 1961 Nov 2;265(18):885–92.
 157. Wichmann RM, Carlan E, Barreto JOM. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. *BIS, Bol Inst Saúde.* 2016;17(1):18–31.
 158. World Bank. New World Bank country classifications by income level: 2022-2023 [Internet]. blogs.worldbank.org. 2022. Available from: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023>
 159. World Health Organization. WHO guide for evidence-informed decision-making [Internet]. 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350994/9789240039872-eng.pdf>
 160. Xiong X, Cao X, Luo L. The ecology of medical care in Shanghai. *BMC Health Services Research.* 2021 Jan 9;21(1)

161. Zambon V dib , Ogata MN. márcia Niituma Ogata II [Internet]. 2013 Nov [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ms3ntgrFDTHqkjpg5jqv9cq/?format=pdf&lang=pt>

APÊNDICES

A – Quadro 15: Estudos excluídos após a leitura completa

Autor, ano	Título	Motivo da exclusão
Andrikopoulou, E; Scott, P; Herrera, H; Good, A; 2019	What are the important design features of personal health records to improve medication adherence for patients with long-term conditions? A systematic literature review	Estuda outro desfecho
Atherton, Helen; Sawmynaden, Prescilla; Meyer, Barbara; Car, Josip; 2012	Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders.	Estuda outro desfecho
Ballini, L; Negro, A; Maltoni, S; Vignatelli, L; Flodgren, G; Simera, I; Holmes, J; Grilli, R; 2015	Interventions to reduce waiting times for elective procedures	Não é conduzido na APS
Brami, J; Amalberti, R; Wensing, M; 2015	Patient safety and the control of time in primary care: A review of the French tempos framework by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care	Estuda outro desfecho e o desenho do estudo não é revisão sistemática
Bright, Tess; Felix, Lambert; Kuper, Hannah; Polack, Sarah; 2017	A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries	Estuda outro desfecho
Buckley, B S; Byrne, M C; Smith, S M; 2010	Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care	Estuda outro desfecho
Carlisle, Daloni; 2005	Are GPs beginning to feel programme's pulling power?	Sem acesso ao texto completo

Chapman, J L; Zechel, A; Carter, Y H; Abbott, S; 2004	Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care	Não é conduzido na APS
Crable, E L; Biancarelli, D L; Aurora, M; Drainoni, M L; Walkey, A J; 2021	Interventions to increase appointment attendance in safety net health centers: A systematic review and meta-analysis	Estuda outro desfecho
Dennison, R A; Fox, R A; Ward, R J; Griffin, S J; Usher-Smith, J A; 2020	Women's views on screening for Type 2 diabetes after gestational diabetes: a systematic review, qualitative synthesis and recommendations for increasing uptake.	Estuda outro desfecho
DuMontier, C; Rindfleisch, K; Pruszynski, J; Frey, J J; 2013	A multi-method intervention to reduce no-shows in an urban residency clinic	Estuda outro desfecho
Edelman, D; JR, McDuffie; Oddone, E; JM, Gierisch; Nagi, A; JW, Williams; 2012	Shared Medical Appointments for Chronic Medical Conditions: A Systematic Review	Estuda outro desfecho
Ford, J A; Wong, G; Jones, A P; Steel, N; 2016	Access to primary care for socioeconomically disadvantaged older people in rural areas: a realist review	Desenho do estudo não incluído
Godinho, Myron Anthony; Jonnagaddala, Jitendra; Gudi, Nachiket; Islam, Rubana; Narasimhan, Padmanesan; Liaw, Siaw-Teng; 2020	mHealth for Integrated People-Centred Health Services in the Western Pacific: A Systematic Review	Desenho do estudo não incluído e estuda outro desfecho
Graham, Fiona; Tang, Mei Yee; Jackson, Katherine; Martin, Helen; O'Donnell, Amy; Ogunbayo, Oladapo; Sniehotta, Falko F; Kaner, Eileen; 2021	Barriers and facilitators to implementation of shared medical appointments in primary care for the management of long-term conditions: a systematic review and synthesis of qualitative studies	Estuda outro desfecho
Hadgkiss, Emily J; Renzaho, Andre MN; 2014	The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature	Estuda outro desfecho

Hong, Michael; Thind, Amardeep; Zaric, Gregory S; Sarma, Sisira; 2020	The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review	Estuda outro desfecho
Jensen, A E; Skursky, N; Beyrouthy, M; Bennett, K; Schwartz, M D; Sherman, S; 2014	Panel management in primary care: A systematic review	Desenho do estudo não incluído e estuda outro desfecho
LO, Hansen; RS, Young; Hinami, K; Leung, A; MV, Williams; 2011	Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review.	Não é conduzido na APS
McLean, S M; Booth, A; Gee, M; Salway, S; Cobb, M; Bhanbhro, S; Nancarrow, S A; 2016	Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles	Estuda outro desfecho
Petty, John; 2020	Increasing Primary Care Physician Follow-Up Appointments after Hospitalization	Estuda outro desfecho
Tang, Ning; 2013	A primary care physician's ideal transitions of care--where's the evidence?	Estuda outro desfecho
Thomas, Louise; Parker, Sharon; Song, Hyun; Gunatillaka, Nilakshi; Russell, Grant; Harris, Mark; 2019	Health service brokerage to improve primary care access for populations experiencing vulnerability or disadvantage: a systematic review and realist synthesis	Estuda outro desfecho
Wynendaele, Herlinde; Gemmel, Paul; Pattyn, Eva; Myny, Dries; Trybou, Jeroen; 2021	Systematic review: What is the impact of self-scheduling on the patient, nurse and organization?	Resultados inconclusivos
Zhang, Xiaojun; Yu, Ping; Yan, Jun; Hu, Hongxiang; Goureira, Niraj; 2012	Patients' perceptions of web self-service applications in primary healthcare	Desenho do estudo não incluído
-	Assessment of an electronic referral and teleconsultation system between secondary and primary health care	Sem acesso ao texto completo

B – Revisões sistemáticas para opção 1 – Ampliação da oferta de consultas do dia

Estudo	Estratégia	Objetivo principal do estudo	Principais achados	AMSTAR-2
<p>Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. Arch Intern Med. 2011 Jul 11;171(13):1150-9. doi: 10.1001/archinternmed.2011.168. Epub 2011 Apr 25. PMID: 21518935; PMCID: PMC3154021.</p>	<p>Acesso Avançado</p>	<p>Resumir e avaliar o campo da pesquisa que investiga os desfechos do sistema de agendamento de acesso avançado na atenção primária através de uma revisão sistemática de literatura</p>	<p>A estratégia é eficaz em diminuir o tempo de espera para marcação de terceira consulta, tempo de espera para a próxima consulta, diminuição do absenteísmo, melhoria na satisfação do paciente e na continuidade do cuidado.</p>	<p>criticamente baixa</p>
<p>Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2017 Apr 20;17(1):295. doi: 10.1186/s12913-017-2219-y. PMID: 28427444; PMCID: PMC5397774.</p>	<p>Acesso Avançado</p>	<p>Conduzir uma revisão sistemática para identificar intervenções destinadas a reduzir o tempo de espera para agendamentos na atenção primária. Os resultados dessa revisão podem ser utilizados para apoiar gestores e profissionais sobre possibilidades para</p>	<p>O acesso avançado foi capaz de reduzir o absenteísmo e melhoria da continuidade do cuidado. Os resultados sobre satisfação dos pacientes são incertos.</p>	<p>Criticamente baixo</p>

		redução do tempo de espera para agendamentos da atenção primária.		
Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in England: A systematic review. <i>Health Policy</i> [Internet]. Dez 2014 [citado 25 nov 2022];118(3):304-15. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.011	Acesso avançado	Avaliar as iniciativas destinadas a melhorar acesso e escolha do paciente entre 1997 e 2010 em termos de seu impacto na demanda (captação), equidade, satisfação do paciente, encaminhamentos e custos, com o objetivo de informar política futura nesta área.	A estratégia foi capaz de oferecer vagas de consultas mais rapidamente e melhores indicadores de estrutura e qualidade dos serviços. A satisfação do paciente piorou após a implementação do acesso avançado.	Criticamente baixo
Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. <i>The American Journal of the Medical Sciences</i> [Internet]. Set 2012 [citado 25 nov 2022];344(3):211-9. Disponível em: https://doi.org/10.1097/maj.0b013e31824997c6	Acesso avançado	Avaliar se a implementação do sistema de agendamento por acesso avançado reduz a utilização de outros serviços de saúde e/ou melhora desfechos clínicos e satisfação dos pacientes entre adultos com doenças crônicas	Notou-se diminuição do tempo de espera para terceira consulta e do absenteísmo após implementação da estratégia	Criticamente baixa
Nuti, L., Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., e McComb, S. (2015). The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: a systematic review. <i>BMC Health Services Research</i> , 15(1), 1-54.	Acesso avançado	Examinar as intervenções com base em três áreas de foco: 1) agendamento do paciente com seu provedor; 2) levar o paciente à consulta e; 3) ter as	A estratégia está relacionada a redução nas taxas de hospitalização e utilização das unidades de emergências, melhora em alguns	Criticamente baixa

		informações do paciente integradas aos seus cuidados com o diabetes disponíveis para o provedor.	desfechos clínicos e aumento na frequência de consultas na atenção primária	
--	--	--	---	--

C – Revisões sistemáticas para opção 2 – Monitoramento por equipes multidisciplinares

Estudo	Estratégia	Objetivo principal do estudo	Principais achados	AMSTAR-2
Thomas, K.A., Schroder, A.M. and Rickwood, D.J. (2021), "A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services", <i>Mental Health Review Journal</i> , Vol. 26 No. 1, pp. 1-17. https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2020-0029	Referenciamento para equipes de saúde mental a partir da atenção primária	Identificar as abordagens atuais adotadas pelos serviços de saúde para gerir a demanda.	Percebe-se redução do tempo de espera para consulta após implementação da estratégia	Criticamente baixa
Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G. C. H., & Car, J. (2021). Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. <i>British Journal of General Practice</i> , 71(702), e10-e21.	Implementação de equipe multidisciplinar de monitoramento e intervenção (Equipe "PACT" e "ImPACT")	Identificar intervenções múltiplas ou ambientes de inovação destinadas a melhorar a atenção primária e seus efeitos nas medidas de sucesso do sistema, de acordo com o Quadruple Aim - ou seja, saúde da população, custos e utilização de saúde, satisfação do paciente e satisfação do provedor	As equipes foram relacionadas a aumento na quantidade de consultas, aumento no contato de profissionais e pacientes por telefones, melhora na utilização da atenção primária, diminuição do absenteísmo, melhora em alguns parâmetros de autocuidado e clínicos e diminuição na utilização de	Criticamente baixa

			serviços em outros níveis de atenção.	
Nuti, L., Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., e McComb, S. (2015). The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: a systematic review. BMC Health Services Research, 15(1), 1-54.	Presença de um profissional responsável pela coordenação do cuidado, que facilita o agendamento das consultas, quando necessário	Examinar as intervenções com base em três áreas de foco: 1) agendamento do paciente com seu provedor; 2) levar o paciente à consulta e; 3) ter as informações do paciente integradas aos seus cuidados com o diabetes disponíveis para o provedor.	Foi verificado que a estratégia está relacionada ao aumento do número de consultas, melhora em desfechos clínicos, diminuição das visitas a unidades de emergência, redução nas taxas de hospitalização e aumento na quantidade de alguns exames	Criticamente baixa
Jimenez G, Matchar D, Koh CHG, van der Kleij R, Chavannes NH, Car J. The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. J Med Internet Res. 2021 Jan 11;23(1):e20195.	Criação e implementação de uma plataforma online, capaz de permitir contato por mensagens entre profissionais e pacientes e coordenação do cuidado	Explorar sistematicamente o papel que as tecnologias de saúde/digitais têm desempenhado em esforços multicomponentes projetados para melhorar a atenção primária, identificando (1) os tipos de tecnologias implementadas, (2) o objetivo funcional da tecnologia, (3) as partes interessadas relevantes, e (4) se eles têm impacto na melhoria das características definidoras da atenção primária (ou seja, primeiro contato, abrangência, coordenação e continuidade)	Os cuidados foram oferecidos mais rapidamente, houve diminuição no tempo de espera para consultas e diminuição do tempo gasto ao telefone, pelos profissionais de saúde	Criticamente baixa

D – Revisões sistemáticas para opção 3 – Aumento da capacidade

Estudo	Estratégia	Objetivo principal do estudo	Principais achados	AMSTAR-2
<p>Thomas, K.A., Schroder, A.M. and Rickwood, D.J. (2021), "A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services", <i>Mental Health Review Journal</i>, Vol. 26 No. 1, pp. 1-17. https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2020-0028</p>	<p>Criação de clínicas temporárias (<i>Walk-in clinics</i>) com aconselhamento no mesmo dia sem horário agendado e rede de telemedicina</p>	<p>Identificar as abordagens atuais adotadas pelos serviços de saúde para gerir a demanda.</p>	<p>As clínicas foram eficazes em reduzir ou eliminar as listas de espera para desfechos clínicos</p>	<p>Criticamente baixa</p>
<p>Jimenez, G., Matchar, D., Koh, G. C. H., & Car, J. (2021). Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. <i>British Journal of General Practice</i>, 71(702), e10-e21.</p>	<p>Atendimento nos serviços de atenção primária em horário estendido</p>	<p>Identificar intervenções múltiplas ("multiple-feature interventions") ou ambientes de inovação destinadas a melhorar a atenção primária e seus efeitos nas medidas de sucesso do sistema, de acordo com o Quadruple Aim - ou seja, saúde da população, custos e utilização de saúde, satisfação do paciente e satisfação do</p>	<p>Essa estratégia está relacionada ao aumento na frequência do serviço de saúde primário, diminuição na utilização da atenção secundária, diminuição na variabilidade de médicos e percentual de pessoas que visitam dez ou mais médicos, bem como diminuição nas admissões</p>	<p>Criticamente baixa</p>

		provedor (desfechos com objetivos quádruplos).	hospitales e mortalidade hospitalar	
Jimenez G, Matchar D, Koh CHG, van der Kleij R, Chavannes NH, Car J. The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. J Med Internet Res. 2021 Jan 11;23(1):e20195.	Consultas por telefone	Explorar sistematicamente o papel que as tecnologias de saúde/digitais têm desempenhado em esforços multicomponentes projetados para melhorar a atenção primária, identificando (1) os tipos de tecnologias implementadas, (2) o objetivo funcional da tecnologia, (3) as partes interessadas relevantes, e (4) se eles têm impacto na melhoria das características definidoras da atenção primária (ou seja, primeiro contato, abrangência, coordenação e continuidade)	Aumento na quantidade de consultas na atenção primária com diminuição dos custos, melhora na satisfação do paciente, diminuição do tempo de espera para consulta e facilidade em obter atendimento	Criticamente baixa

E – Revisões sistemáticas para opção 4 – Pacotes de intervenções

Estudo	Estratégia	Objetivo principal do estudo	Principais achados	AMSTAR-2
<p>Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2017 Apr 20;17(1):295. doi: 10.1186/s12913-017-2219-y. PMID: 28427444; PMCID: PMC5397774.</p>	<p>Pacote de intervenções: Agendamento aberto ou+ atendimentos pela equipe de enfermagem ou+ retornos por telefone ou+ medidas para redução de consultas de retorno ou+ triagem por médicos generalistas ou triagem por enfermeiros ou redirecionamento de carga de trabalho de médicos generalistas ou+ medidas para promover autocuidado ou+ intervenções digitais (e-mail)</p>	<p>Conduzir uma revisão sistemática para identificar intervenções destinadas a reduzir o tempo de espera para agendamentos na atenção primária. Os resultados dessa revisão podem ser utilizados para apoiar gestores e profissionais sobre possibilidades para redução do tempo de espera para agendamentos da atenção primária.</p>	<p>Nota-se que as estratégias baseadas em times com a presença de enfermeiros proporcionaram melhoria da eficiência e diminuição do tempo de espera</p>	<p>Criticamente baixa</p>
	<p>Pacote de intervenções: agendamento aberto + uso de telefone nos retornos + profissionais de saúde avaliando os agendamentos</p>		<p>Essa intervenção está relacionada à redução do tempo de espera para terceira consulta, provável melhoria da satisfação do paciente (resultados são conflitantes), redução do absenteísmo</p>	
<p>Thomas, K.A., Schroder, A.M. and Rickwood, D.J. (2021), "A systematic</p>	<p>Pacote que enfatiza mudanças nos processos de trabalho:</p>	<p>Identificar as abordagens atuais adotadas pelos</p>	<p>As evidências desse estudo indicam que</p>	<p>Criticamente baixo</p>

review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services", Mental Health Review Journal, Vol. 26 No. 1, pp. 1-17. https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2020-0030	abordagem processual em etapas, aconselhamento com soluções rápidas e mudança nas intervenções e organizações dos grupos	serviços de saúde para gerir a demanda.	essas abordagens são eficazes para reduzir o tempo de espera para consulta	
---	--	---	--	--

ANEXOS

Anexo 01 - Protocolo Para Elaboração de Síntese de Evidências para Políticas

1. Título:		
Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para políticas – Protocolo		
2. Palavras-chave (no máximo seis):		
Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Agendamento de Consultas; Sistema Único de Saúde; Política Informada por Evidências;		
3. Data do início: 01/08/2022	4. Data do fim: 10/02/2023	
5. Financiamento:	<input type="checkbox"/> sim	<input checked="" type="checkbox"/> não
6. Conflitos de interesse:	<input type="checkbox"/> sim	<input checked="" type="checkbox"/> não
7. Equipe de pesquisa:		
Autores (as):	Instituição vinculada:	e-mail:
Sanni Silvino Parente	Instituto de Saúde	parentesanni@gmail.com
Maritsa Carla de Bortoli	Instituto de Saúde	maritsa@isaude.sp.gov.br
Cintia de Freitas Oliveira	Instituto de Saúde	cintia.oliveira@isaude.sp.gov.br
Bruna Carolina Araujo	Instituto de Saúde	bruna.araujo@isaude.sp.gov.br
8. Objetivo:		
Identificar intervenções efetivas para melhorar o agendamento de consultas na Atenção Básica.		
9. Estratégia de priorização de problema a ser utilizada:		

O problema foi identificado a partir do levantamento de informações colhidas em reuniões de equipe e reuniões com a gestão local da UBS Ilha Caraguatá, em Cubatão. Nesse serviço a principal estratégia de gerenciamento das agendas médicas é por meio de consultas agendadas pelos usuários na recepção da unidade. As agendas são liberadas para marcação a cada bloco de quinze dias e com liberação da data com um mês de antecedência. Apenas 25% das vagas são destinadas às demandas espontâneas que possam surgir no dia da consulta, mediante triagem da enfermeira da equipe. É de interesse da gestão municipal que a demanda reprimida seja resolvida e que a população tenha acesso garantido ao profissional sempre que for necessário. Portanto, a gestão da UBS levantou como uma prioridade a identificação de estratégias efetivas para resolução do problema, que se adequassem à realidade local, e que fossem passíveis de implementação.

10. Problema de saúde elencado:

O nível primário de atenção à saúde tem como um de seus atributos essenciais o acesso de primeiro contato ao sistema de saúde, configurando-o como um serviço que necessita dispor de estratégias e ferramentas de otimização e constante melhoria a um acesso qualificado e capaz de ordenar o fluxo de pessoas através das linhas de cuidado. Nesse contexto, ferramentas de distribuição de consultas usualmente utilizadas em outros níveis de assistência, à exemplo o uso da totalidade das vagas para demandas programadas como no nível secundário, não é capaz de assistir às necessidades de uma população que utiliza esse nível de atenção como porta de entrada preferencial para o serviço de saúde. Dessa forma, é necessário que se identifique as melhores estratégias de oferta e agendamento das vagas de consultas.

11. Pergunta de pesquisa:

Quais são as estratégias efetivas de agendamento de consultas que possibilitam melhor acesso dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde?

12. Estruturação da pergunta de pesquisa (Acrônimo escolhido e descrição da pergunta estruturada):

P (População): Usuários dos serviços de atenção primária

C (conceito): intervenções efetivas para agendamento de consultas

C (contexto): atenção primária à saúde
--

13. Critérios de inclusão:

1) Revisões sistemáticas, com qualquer abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista), revisões rápidas ou síntese de evidências para políticas que apresentem resultados sobre intervenções na atenção primária à saúde. Na ausência dos anteriores, estudos primários de intervenção.

2) Estudos publicados em português, inglês ou espanhol.

3) Estudos com texto completo disponível.

4) Estudos de intervenções efetivas

14. Critérios de exclusão:

1) Estudos que não tragam informações sobre intervenções relativas aos agendamentos de consultas
--

2) Estudos conduzidos em cenários que não apresentam características semelhantes ao do nível primário de atenção à saúde
--

3) Estudos em outros idiomas

4) Estudos com textos completos indisponível
--

5) Protocolos

6) Estudos primários

7) Revisões de literatura

8) Revisões de escopo

9) Revisões integrativas

15. Bases de dados:

16. Literatura adicional

<input type="checkbox"/> PubMed	<input type="checkbox"/> Google Scholar web search
<input type="checkbox"/> BVSalud	
<input type="checkbox"/> Cochrane	
<input type="checkbox"/> Embase	
<input type="checkbox"/> Epistemonikos	
<input type="checkbox"/> Scopus	
<input type="checkbox"/> Health Systems Evidence	
<input type="checkbox"/> Web of Science	
<input type="checkbox"/> Social Systems Evidence	
<input type="checkbox"/> CINAHL	

17. Estratégia de Busca (Base padrão):

Número	Bases de Dados	Estratégia de Busca	Resultado	Horário
#1	PubMed	("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Appointments and Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules	202	17/08/2022 15:33

		OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient") Filters: Meta-Analysis, Systematic Review		
#2	BVSalud	("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Appointments and Schedules" OR appointment OR "Appointment, Patient" OR appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR schedule OR "Schedule, Patient" OR schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient") AND (type_of_study:(("systematic_reviews" OR "policy_brief" OR "sysrev_observational_studies" OR "overview" OR "structured_summary_of_systematic_review"))	265	
	Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND TITLE-ABS-KEY ("Appointments and Schedules" OR appointment OR "Appointment,	141	

		<p>Patient" OR appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR schedule OR "Schedule, Patient" OR schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient") AND TITLE-ABS-KEY ("Systematic Review" OR "Review, Systematic"))</p>		
	Embase	<p>('primary health care':ti,ab,kw OR 'care, primary':ti,ab,kw OR 'care, primary health':ti,ab,kw OR 'health care, primary':ti,ab,kw OR 'healthcare, primary':ti,ab,kw OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'primary healthcare':ti,ab,kw) AND ((appointments:ti,ab,kw AND schedules:ti,ab,kw OR appointment:ti,ab,kw OR 'appointment, patient':ti,ab,kw OR appointments:ti,ab,kw OR 'appointments, patient':ti,ab,kw OR 'patient appointment':ti,ab,kw OR 'patient appointments':ti,ab,kw OR 'patient schedule':ti,ab,kw OR 'patient schedules':ti,ab,kw OR schedule:ti,ab,kw OR 'schedule, patient':ti,ab,kw OR schedules:ti,ab,kw) AND appointments:ti,ab,kw OR 'schedules, patient':ti,ab,kw) AND</p>	64	

		('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)		
	Web of Science	"Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare" (Tópico) AND "Appointments and Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient" (Tópico) and Artigo de revisão (Tipos de documento)	265	
	Cochrane library	"Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare" in Title Abstract Keyword AND "Appointments and Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR	19	

		Schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) Cochrane Reviews		
	Epistemonikos	(title:(("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")) OR abstract:("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")) AND (title:("Appointments AND Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules AND Appointments" OR "Schedules, Patient") OR abstract:("Appointments AND Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR	92	

		<p>Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules AND Appointments" OR "Schedules, Patient")) OR abstract:((title:("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") OR abstract:("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")) AND (title:("Appointments AND Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules AND Appointments" OR "Schedules, Patient") OR abstract:("Appointments AND Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules AND</p>		
--	--	--	--	--

		Appointments" OR "Schedules, Patient")))) Revisões sistemáticas		
	CINAHL	"Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Appointments and Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR Schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient") AND ("Systematic Review" OR "Review, Systematic")	68	
	Health Systems Evidence	("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Appointments and Schedules" OR Appointment OR "Appointment, Patient" OR Appointments OR "Appointments, Patient" OR "Patient Appointment" OR "Patient Appointments" OR "Patient Schedule" OR "Patient Schedules" OR Schedule OR "Schedule, Patient" OR	74	

		Schedules OR "Schedules and Appointments" OR "Schedules, Patient") Evidence briefs for policy, Overviews of systematic reviews, Systematic reviews of effects, Systematic reviews addressing other questions		
	Google Acadêmico	"primary health care" AND (Appointments OR Schedules) AND "systematic review"	300	

8. Descrever o processo de seleção adicionando as informações sobre revisão cruzada, leitura independente, consenso das divergências e leitura completa dos estudos incluídos:

Os revisores avaliarão, em dupla e de forma independente, os títulos e resumos para verificar adequabilidade aos critérios de inclusão e exclusão. Divergências que possam surgir serão resolvidas por consenso. Após a triagem, na etapa de elegibilidade, a leitura dos textos completos será realizada por dois revisores independentes, e divergências serão sanadas por consenso. Para ambas as etapas, de seleção e elegibilidade, uma amostra de estudos será selecionada para calibração dos critérios de inclusão e exclusão. Ambas as etapas serão realizadas com o apoio do aplicativo Rayyan. Os estudos incluídos serão extraídos por um revisor e checados por outro. Será elaborada uma planilha de extração no software Excel, e serão coletadas informações sobre: autor/ano; objetivo do estudo; características do estudo; principais achados; avaliação da qualidade metodológica; proporção de estudos que incluíram a população-alvo; proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda; proporção de estudos com foco no problema; último ano de busca; considerações sobre equidade e implementação das estratégias, quando disponível; limitações; e lacunas.

9. Ferramenta de avaliação de qualidade metodológica e do grau de confiança da evidência (Ex: AMSTAR – 2, Robis, Critical appraisal JBI, GRADE-CERQual e etc.)

A avaliação da qualidade metodológica será realizada por dois revisores de forma independente, com resolução dos conflitos por consenso, conforme os critérios do instrumento Assessment of Multiple Systematic Reviews 2 (AMSTAR 2). Esse instrumento classifica, ao final da análise de 16 itens, a confiança da revisão em: “alta”, “moderada”, “baixa” ou “criticamente baixa”.

D. Estratégia de síntese de dados (Relatar uma abordagem geral sobre o planejamento para o processo de extração dos resultados. Quando apropriado, deve ser dado um breve resumo da abordagem analítica)

As intervenções serão agrupadas por similaridade de conteúdo, diferenciadas por categorias conforme análise dos pesquisadores. As opções para lidar com o problema serão apresentadas com as seguintes características: benefícios das intervenções; danos potenciais; custo-efetividade em relação à solução atual; incertezas; percepções e experiências dos atores sociais. Nessa revisão não serão incluídas recomendações à gestão.

Anexo 02 – Lista de participantes do diálogo de políticas em ordem alfabética**Tabela 03:** Lista de participantes do diálogo de políticas em ordem alfabética

Nome	Instituição	Representação / Cargo	Participação
Carla Rottisberger	Prefeitura Municipal de Santos	Médica residente em Medicina de Família e Comunidade / Profissional de Saúde	Participante
Cristiane Zamari	Prefeitura Municipal de Santos	Presidente Coordenadoria de Defesa de Políticas para Pessoa com Deficiência / representante de instituição relacionada	Participante
Daniela Moutinho	Prefeitura Municipal de Santos	/ Gestão	Participante
Evandro de Jesus Pereira	Prefeitura Municipal de Santos	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família / Profissional de saúde	Participante
Gabrielle Regina Assis da Silva	Prefeitura Municipal de Santos	Agente Comunitário de Saúde / Profissional de saúde	Participante
Jandira de Santana Lima Silva	Prefeitura Municipal de Santos	Agente Comunitário de Saúde / Profissional de saúde	Participante
José Reis dos Santos Junior	Prefeitura Municipal de Santos	/ Gestão	Participante
Leticia Yamawaka de Almeida	Instituto Israelita Albert Einstein	Pesquisadora externa	Participante
Marcela Carita Neves Paiva	Prefeitura Municipal de Santos	Chefe de seção / Gestão local	Participante
Marcos Estevao Calvo	Prefeitura Municipal de Santos e Universidade São Judas Tadeu (USJT)	Presidente Comissão de Residência Médica (COREME – SMS/Santos) e Coordenador Curso de Medicina USJT/ representante de instituição relacionada	Participante

Maritsa Carla de Bortoli	Instituto de Saúde	Pesquisadora	Ouvinte
Renato Dantas	Prefeitura Municipal de Santos	Auxiliar de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família / Profissional de saúde	Participante
Rui de Paiva	Universidade São Judas Tadeu (USJT)	Coordenador internato / representante de instituição relacionada	Participante
Sanni Silvino Parente	Instituto de Saúde	Pesquisadora	Ouvinte
Tereza Setsuko Toma	Instituto de Saúde	Pesquisadora	Moderadora

Anexo 03 - Resumo Executivo

A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, normatiza o nível primário de assistência no Brasil como Atenção Básica (AB) e tem como o seu primeiro fundamento “*possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial*”. Esse marco consolida o “acesso” como um dos princípios da AB, aqui denominado “acessibilidade”.

Na PNAB, o acesso foi definido como o conceito de acessibilidade, relacionado à característica do serviço de ser “porta de entrada” identificando-a como o nível de atenção capaz de proporcionar acesso integral e universal. Para tanto, seria capaz de partir das necessidades individuais e relacioná-las com os recursos disponíveis, transpondo barreiras organizacionais, geográficas e financeiras.

Estudos sugerem que o formato de agendamento de consultas e a oferta de acesso no nível primário de atenção à saúde tem impacto na morbidade e mortalidade de usuários, e na satisfação de usuários e profissionais de uma população. O formato de disponibilização das vagas de consultas na APS também é relacionado à utilização de serviços de urgência e emergência, ao impacto financeiro para a população, à qualidade do serviço ofertado e ao declínio das condições individuais de saúde mental.

No entanto, apesar do referencial teórico disposto em ampla literatura, o modelo de acesso vigente no País ainda é excludente, com formação de filas de espera e visualização da Lei dos Cuidados Inversos, pois usuários com dificuldades de agendamento não têm seus cuidados garantidos.

Dessa forma, esta síntese de evidências para informar políticas tem como objetivo apresentar opções para políticas descritas na literatura acerca de mudanças nos processos de agendamento de consulta capazes de impactar a oferta de acesso na atenção primária.

Ampliação da oferta de consultas do dia.

Opção conhecida como acesso avançado (AA) ou agendamento aberto. As revisões definem como destinação de 50 a 70% das vagas do dia para demandas que aparecem no dia e atendimento do usuário em tempo oportuno, em até 24 ou 48 horas desde a procura pelo sistema de saúde. Os resultados apontam para a redução no tempo de espera para consulta e da taxa de absenteísmo, também para melhor alcance de metas de qualidade e estrutura dos serviços e redução do tempo de internação hospitalar. As evidências sugerem, no entanto, aumento dos custos compensados pela eficiência do serviço.

Os resultados foram conflitantes ao medir a satisfação do paciente, aumento do volume de consultas, desfechos clínicos positivos e utilização dos departamentos de urgência e emergência. Há riscos potenciais descritos em relação à continuidade do cuidado, vigilância de pacientes portadores de doenças crônicas e acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar.

Monitoramento por equipes multidisciplinares.

Consiste no monitoramento de um grupo de pacientes por equipes multidisciplinares e oferta de cuidado em tempo oportuno com base na observação e troca de informações através de um portal online ou por utilização de telessaúde. Essa estratégia se mostrou eficaz na redução do tempo de espera para consulta, aumento na quantidade de consultas, diminuição na utilização de serviços de atenção secundária, melhoria em alguns desfechos clínicos e ações de autocuidado, diminuição do absenteísmo, redução das hospitalizações, otimização dos agendamentos e aumento da satisfação de pacientes e profissionais de saúde. Foi verificado aumento do custo para a implementação do portal online e não foram descritos riscos ou incertezas em relação aos resultados dos estudos

Aumento da capacidade.

É definido como implementação de outros equipamentos de saúde direcionados ao atendimento de demandas espontâneas, não necessariamente vinculadas ao território, capazes de realizar atendimentos rápidos e direcionados à queixa e ao prolongamento do tempo de atendimento nas unidades básicas. A ação apontou benefícios relacionados à redução no tempo de espera para a consulta e na quantidade de pessoas em filas de espera para atendimento, melhoria em desfechos clínicos, redução na utilização dos demais níveis de atenção, redução na variabilidade de profissionais médico e aumento da satisfação. Entretanto, há riscos relacionados ao acompanhamento de pessoas portadoras de doenças mentais graves e à manutenção do vínculo e longitudinalidade.

Pacotes de intervenção.

Os pacotes de intervenção estudados incluíam diversas estratégias analisadas em conjunto como: 1) Acesso avançado, atendimentos de enfermagem, retornos por telefone, medidas para redução de consultas de retorno, triagem por médicos generalistas ou enfermeiros, redirecionamento da carga de trabalho de médicos, medidas de promoção do autocuidado e intervenções digitais (email); 2) Acesso avançado, retornos por telefone e avaliação dos retornos por um profissional de saúde; e 3) Acolhimento e aconselhamentos rápidos por estudantes de medicina e intervenções em grupos.

Em todas as estratégias notou-se redução do tempo de espera para consulta, redução do absenteísmo, aumento da eficiência, facilidades ao controle clínico dos pacientes e melhor continuidade do cuidado. Não houve consenso em relação à satisfação dos pacientes, mas como foram testadas em conjunto não é possível analisar o papel de cada uma delas nos resultados.

Intervenções prévias ao agendamento da consulta.

A opção foi montada com base na descrição de duas estratégias realizadas antes do agendamento da consulta pelo paciente: centralização da demanda com triagem clínica por um profissional de saúde e monitoramento de um grupo de autocuidado populacional pequeno por um profissional enfermeiro capacitado. Os benefícios associados à opção relacionam-se ao nível dos serviços de saúde, com promoção do uso de teleconsultas e aumento da utilização e identificação de necessidades clínicas com mais eficiência. Houve diminuição do tempo de espera para consulta para a estratégia de triagem, mas não para a estratégia de grupos.

Regulação entre os níveis de atenção.

As estratégias foram retiradas de duas opções. O acesso à atenção primária também pode se dar através da contrarregulação de usuários dos níveis secundários e terciários e essa opção combinou estratégias de agendamento de consultas de indivíduos que advém desses serviços, através do envolvimento de pacientes e familiares no plano de cuidado ou por intensificação da comunicação e compartilhamento de decisões entre profissionais dos diferentes serviços, com responsabilização da atenção primária ainda durante a internação e garantia de transferência do cuidado através de visitas domiciliares agendadas durante a programação de alta.

A opção foi eficaz para redução das listas de espera para consulta, aumento da utilização da APS, aumento da frequência, avanço no intercâmbio de informação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção e diminuição nas readmissões hospitalares. Entretanto, notou-se aumento do tempo de espera para retornos e limitação do tempo de consultas.

A implementação de quaisquer opções levantadas nessa síntese precisa considerar barreiras e facilitadores em diferentes níveis: ao indivíduo usuário do serviço, aos trabalhadores, à organização dos serviços de saúde e ao sistema de saúde. No documento integral, algumas barreiras de implementação foram elencadas e é necessário considerá-las para melhor entendimento sobre as possibilidades de incorporação das opções segundo o contexto dos serviços de saúde.