

Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência

Reorganization of the 24-hour Family Health Unit agenda and access model: experience report

Reorganización de la agenda y del modelo de acceso en Unidad de Salud de la Familia de 24 horas: informe de experiencia

Roberta Santos Lima¹, Isabel Brandão Correia¹

¹ Secretaria de Saúde do Recife (SESAU). Recife, PE, Brasil.

Resumo

Problema: As longas filas e a dificuldade de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) são uma realidade conhecida no Brasil. O acesso avançado representa uma nova proposta de acolhimento e gestão da oferta de vagas para consultas. Neste contexto de dificuldade de acesso, foi inaugurada em março de 2016 em Recife, uma nova Unidade de Saúde da Família 24 horas. Após 6 meses de atendimento neste serviço, a equipe Alfa, nome fictício, sentia-se desmotivada pelas reclamações relativas à dificuldade de acesso. Mobilizada pela insatisfação da população foi proposta uma intervenção para reorganização da oferta de vagas para consultas e do modelo de agendamento com base no acesso avançado. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de reorganização da agenda e da oferta de vagas para consultas; as mudanças do número e do tipo dos atendimentos da equipe após implantação deste novo modelo de acesso; e a percepção dos integrantes da equipe quanto à experiência. **Métodos:** A primeira etapa da iniciativa incluiu a identificação da viabilidade da intervenção a partir do cálculo da demanda diária de atendimentos. Em seguida, foi criado um novo modelo de agenda desenvolvido fora do e-SUS e que utilizava o Google® Drive e disponibilizados três tempos para as consultas: 5 minutos, 10 minutos e 20 minutos, denominadas respectivamente de rápida, intermediária e estendida. **Resultados:** No terceiro mês após a mudança foi observado o desaparecimento dos atendimentos classificados como urgência pelo antigo modelo, a ampliação de 65% no número de atendimentos da equipe Alfa com transformação do perfil de atendimento de 70% de consultas agendadas para 70% de consultas do dia. **Conclusão:** A experiência mostrou ser possível uma ampliação no acesso através do incremento no número de atendimentos a partir da reorganização da agenda baseada no modelo de acesso avançado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento; Agendamento de Consultas

Como citar: Lima RS, Correia IB. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2021. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2021](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2021)

Autor correspondente:

Roberta Santos Lima.

E-mail: betaslima70@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 12/03/2019.

Aprovado em: 17/07/2019.



Abstract

Problem: The long queues and the difficulty of care in the Family Health Units (FHU) are a reality known in Brazil. Advanced access represents a new proposal to host and manage the supply of vacancies for consultations. In this context of difficulty of access, was inaugurated in March 2016 in Recife, a new 24-hour Family Health Unit. After 6 months of service in operation, the Alfa team, a fictitious name, felt discouraged by complaints about the difficulty of access. Mobilized by the population dissatisfaction, an intervention was proposed to reorganize the offer of places for consultations and the scheduling model based on advanced access. The objective of this work is to report the experience of reorganization of the agenda and the offer of vacancies for consultations; the changes in the number and type of staff attendance after implementation of this new access model; and the perception of the team members regarding the experience. **Methods:** The first stage of the initiative included the identification of the viability of the intervention based on the calculation of the daily demand for care. Next, a new calendar template was created that was developed outside of e-SUS and used Google® Drive, and three times were available for the queries: 5 minutes, 10 minutes and 20 minutes, called respectively fast, intermediate and extended. **Results:** In the third month after the change, the disappearance of the appointments classified as urgency by the old model was observed, the 65% increase in the number of appointments of the Alpha team with transformation of the attendance profile from 70% of scheduled appointments to 70% of consultations of the day. **Conclusion:** The experience showed that it is possible to increase access by increasing the number of calls from the reorganization of the agenda based on the advanced access model.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; User Embrace; Appointments and Schedules

Resumen

Problema: Las largas filas y la dificultad de atención en las Unidades de Salud de la Familia (USF) son una realidad conocida en Brasil. El acceso avanzado representa una nueva propuesta de acogida y gestión de la oferta de vacantes para consultas. En este contexto de dificultad de acceso, fue inaugurada en marzo de 2016 en Recife, una nueva Unidad de Salud de la Familia 24 horas. Después de 6 meses de atención en este servicio, el equipo Alfa, nombre ficticio, se sentía desmotivado por las reclamaciones relativas a la dificultad de acceso. Movilizada por la insatisfacción de la población se propuso una intervención para reorganizar la oferta de plazas para consultas y el modelo de programación basado en el acceso avanzado. El objetivo de este trabajo es relatar la experiencia de reorganización de la agenda y de la oferta de vacantes para consultas; los cambios del número y del tipo de las atenciones del equipo después de la implantación de este nuevo modelo de acceso; y la percepción de los integrantes del equipo en cuanto a la experiencia. **Métodos:** La primera etapa de la iniciativa incluyó la identificación de la viabilidad de la intervención a partir del cálculo de la demanda diaria de atención. A continuación, se creó un nuevo modelo de agenda desarrollado fuera de e-SUS y que utilizaba Google® Drive y se disponía de tres tiempos para las consultas: 5 minutos, 10 minutos y 20 minutos, denominados respectivamente de rápida, intermedia y extendida. **Resultados:** En el tercer mes después del cambio se observó la desaparición de las atenciones clasificadas como urgencia por el antiguo modelo, la ampliación del 65% en el número de atenciones del equipo Alfa con transformación del perfil de atención del 70% de consultas programadas para el 70% de consultas del día. **Conclusión:** La experiencia ha demostrado ser posible una ampliación en el acceso a través del incremento en el número de atendimientos a partir de la reorganización de la agenda basada en el modelo de acceso avanzado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Acogimiento; Citas y Horarios

Introdução

As longas filas e a dificuldade de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) são uma realidade conhecida no Brasil.^{1,2} A ampliação do acesso e a organização do fluxo dos pacientes nas redes representa um grande desafio para o SUS.³ Na Atenção Primária à Saúde (APS) o acesso é atributo essencial, junto com a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.⁴ O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir à entrada nos serviços de saúde. Acessibilidade está relacionada à capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.⁵

Como iniciativa para melhoria da acessibilidade e da resolutividade na APS, surgiu o acolhimento como estratégia na Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004.⁶ Por outro lado, historicamente, o acolhimento vem apresentando dificuldades na sua sistematização nos modelos de atenção à saúde.⁷ Estratégias para normatização e sistematização do acolhimento de forma efetiva e homogênea nas mais diversas regiões do país ainda são incipientes.⁸ O acesso avançado representa uma nova proposta de

acolhimento e gestão da oferta de vagas para consultas. A ideia central é aliar acessibilidade à resolutividade, com atendimento no mesmo dia e tempo de consulta adequado à demanda do paciente.⁹

Neste contexto de dificuldade de acesso, foi inaugurada em março de 2016, em Recife, PE, contando com três equipes de Saúde da Família (eSF), uma nova Unidade de Saúde da Família 24 horas. Após 6 meses de atendimento neste serviço, a equipe Alfa, nome fictício que será utilizado ao longo do manuscrito, sentia-se desmotivada pelas reclamações relativas à dificuldade de acesso. A oferta de vagas para consultas médicas era considerada insuficiente pela população e seguia o padrão de agendamento com base na escuta diária e matinal pela recepção da USF e limitado ao número de vagas existentes na agenda do e-SUS. Mobilizada pela insatisfação da população, a médica da equipe Alfa, autora deste manuscrito, desenhou uma proposta de intervenção para reorganização da oferta de vagas para consultas e do modelo de agendamento com base no acesso avançado.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de reorganização da agenda e da oferta de vagas para consultas; as mudanças do número e do tipo dos atendimentos da equipe após a implantação deste novo modelo de acesso; e a percepção dos integrantes da equipe quanto à experiência.

Métodos

As USF que ofertam serviços 24 horas no Recife seguem um mesmo padrão de funcionamento. Todas são compostas por três eSF que realizam atendimentos das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira, para uma população adscrita que não deve ultrapassar 3.500 pessoas cadastradas por equipe. Os atendimentos noturnos, dos finais de semana e feriados são realizados por uma equipe de plantonistas (um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem) para uma população adscrita ampliada que inclui usuários cadastrados em outras 12 eSF de outras unidades do entorno. Nestes períodos são realizados atendimentos às “pequenas urgências”. A estrutura física dessas unidades é ampla, climatizada, com consultórios informatizados e utilizam o e-SUS para organização da oferta de vagas para consultas.¹⁰

Na USF onde ocorreu o presente relato o agendamento de consultas era realizado diariamente no início da manhã pela recepção, sem escuta de profissional da equipe, sendo limitado ao número de vagas disponibilizado no e-SUS, que possibilitava apenas agendamentos de consultas com tempos fixos de 20 minutos. As pessoas que buscavam atendimento e não o conseguiam para o mesmo dia retornavam sem escuta para tentar vaga para consulta em um outro dia, ou solicitavam atendimento como consulta de urgência.

No contexto em que a intervenção estava sendo proposta, a equipe Alfa e a USF 24 horas estavam funcionando há apenas 6 meses e o cadastro das famílias adscritas ainda não havia sido concluído por tratar-se de uma unidade implantada em uma área sem cobertura prévia de APS.

A primeira etapa da iniciativa incluiu a identificação da viabilidade da intervenção a partir do cálculo da demanda diária de atendimentos. Partiu-se do pressuposto que o sucesso no acesso avançado é dependente de uma relação adequada entre a oferta e procura de serviços⁹ e do estudo da demanda diária de atendimentos.¹¹ Ainda, foram consideradas as portarias das Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica,¹² que dão ênfase à garantia da integralidade da atenção através da garantia de atendimento da demanda espontânea e da escuta qualificada das necessidades dos usuários.

Para o cálculo da demanda diária de atendimentos, foi utilizada a previsão de 3000 pessoas cadastradas e estimativas da demanda de atendimento na APS consagradas na literatura médica,^{9,13,14} quais sejam: a) estimativa que 25% da população busca atendimento médico mensalmente; b) estimativa que 0,8% da população busca atendimento diariamente na APS; c) estimativa que 60% da população cadastrada busca atendimento na USF em 18 meses, com média de atendimentos por indivíduo na APS variando entre 3 a 9 atendimentos/ano.

Considerando todas estas referências, a equipe Alfa definiu a demanda estimada como sendo entre 24 a 28 atendimentos por dia. A partir desta estimativa verificou-se que, se os atendimentos fossem distribuídos entre consultas médicas e de enfermagem, seria possível atingir o número necessário de atendimentos diários, tornando viável a implantação do novo modelo baseado no acesso avançado. Este modelo prevê a reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento, buscando oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais, utilizando a premissa de que as demandas do dia devem ser atendidas no mesmo dia por meio de consultas médicas ou de enfermagem.^{9,15}

Outra etapa essencial para implantação de um modelo de atendimento com base no acesso avançado diz respeito aos tempos de consulta.^{9,14} A APS é capaz de realizar consultas curtas desde que estejam apoiadas no vínculo, na longitudinalidade, no acesso facilitado, e num sistema que seja capaz de dar a resposta com agilidade às pessoas.¹⁴ Partindo deste conceito de que a qualidade do cuidado pode ser mantida em tempos mais curtos de atendimento, e com o objetivo de atender à demanda estimada de consultas diárias, foi criado um novo modelo de agenda desenvolvido fora do e-SUS e que utilizava o Google® Drive para compartilhamento e edição *online* entre os membros da equipe Alfa.

Foram disponibilizados três tempos para as consultas: 5 minutos, 10 minutos e 20 minutos, denominadas, respectivamente, de rápida, intermediária e estendida. O objetivo foi o de oportunizar a ampliação do número de atendimentos, adequando o tempo disponibilizado para cada consulta à complexidade da demanda trazida. Para a classificação das demandas, foi utilizada a categorização por origem (clínica e administrativa) e por previsibilidade (previsível e imprevisível)¹⁴ (Quadro 1).

Quadro 1. Categorização das consultas de acordo com o tempo, a origem e a previsibilidade da demanda.

Previsibilidade da demanda	Origem da demanda	
	Clínico	Administrativo
Previsível	Consulta estendida 20 minutos Retorno para investigação Resultado de exames alterados Acompanhamento de crônicos descompensados	Consulta rápida 5 minutos Renovação de receita Resultado de exames normais
Imprevisível	Consulta intermediária 10 minutos 1ª consulta Consulta de urgência Retorno crônicos compensados	Consulta rápida 5 minutos Licenças Atestados INSS

A agenda médica também permitia que até 30% das vagas fossem pré-agendadas pela equipe Alfa em casos selecionados conforme demanda (exemplo: reavaliação de casos agudos, acompanhamento de doenças crônicas, paciente com disponibilidade de horários restrita). O formato de agenda médica com tempos distintos de consulta permitia um total de até 23 consultas por turno, sendo: 5 consultas de 5 minutos, 15 consultas de 10 minutos e 3 consultas de 20 minutos (Tabela 1).

Tabela 1. Número de vagas para consultas disponibilizadas por turno de acordo com o modelo de agendamento e o tempo.

Tempo de consulta	Número de vagas ofertadas por turno	
	Nova agenda	Agenda e-SUS
Consulta rápida 5 min	5	0
Consulta intermediária 10 min	15	0
Consulta estendida 20 min	3	12
Total consultas	23	12

Em outubro 2016 um novo modelo de agenda e oferta de vagas para consultas a partir do conceito de acesso avançado foi apresentado pela médica aos outros integrantes da equipe Alfa para apreciação e planejamento de implantação.

Durante os meses de novembro e dezembro 2016 foram realizadas reuniões para discussão e compartilhamento da proposta com representantes da gestão da Secretaria de Saúde do Recife (SESAU), especificamente integrantes da região distrital na qual a USF estava inserida, e com as outras duas equipes da unidade. Nestes 2 meses de discussão a equipe Alfa utilizou o novo modelo de acesso e agenda médica em três dias da semana como modelo piloto.

A organização do processo de trabalho caracterizou-se por um novo fluxo de acolhimento diário no qual enfermeiro, médico e dentista faziam a escuta de todos os pacientes que procuravam atendimento na primeira hora de cada turno, com agendamento de consulta (médica, de enfermagem ou odontologia) para o mesmo turno, com hora marcada.

Este momento de escuta na primeira hora do turno foi chamado pela equipe Alfa de “escuta inicial”. Em caso de impossibilidade de comparecimento do paciente na primeira hora do turno, um representante poderia fazê-lo. Após a primeira hora, a escuta era feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnico de enfermagem para avaliação do caso e manejo da demanda, com direcionamento para atendimento no mesmo turno ou orientação para retorno em outro turno em até 48 horas, a depender da complexidade ou da urgência da demanda trazida.

Um ACS da equipe Alfa ficava na recepção para escuta dos pacientes que viessem em busca de atendimento após a primeira hora do turno. Caso houvesse queixas clínicas atuais, era feito direcionamento ao técnico de enfermagem para atendimento na sala de pré-consulta. O técnico, após escuta e avaliação dos sinais vitais, direcionava ao enfermeiro ou médico os casos em que o atendimento fosse necessário no mesmo turno. Não havendo queixas clínicas, o ACS durante a escuta identificava o contexto da pessoa que buscava atendimento e verificava a possibilidade de pactuar retorno em outro turno e, caso não fosse viável, a demanda era compartilhada e incluída na lista de atendimento do médico ou enfermeira.

No final de dezembro a equipe Alfa avaliou a experiência do modelo piloto e optou por implementá-lo a partir janeiro de 2017. As outras duas equipes da USF optaram por manter o formato de acesso e agenda tradicionais.

Foram utilizados os relatórios de atendimento individual extraídos do e-SUS para análise descritiva dos dados referentes ao número de atendimentos da equipe Alfa por categoria profissional e tipo de atendimento (consulta do dia, consulta agendada, atendimento de urgência e escuta inicial), realizados antes e após a reorganização da agenda e do modelo de acesso. As impressões da equipe sobre a intervenção, compartilhadas em reuniões de equipe, são descritas através da percepção da autora que planejou a iniciativa.

Resultados e Discussão

O número de atendimentos mensais por tipo (atendimento de urgência, consulta agendada, consulta do dia e escuta/orientação) por categoria profissional (médico, enfermagem e equipe Alfa), respectivamente, nos modelos intitulados de antigo (outubro 2016), piloto (dezembro 2016) e novo (março 2017) são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Número e percentual do total de atendimentos mensais de cada modelo por tipo e categoria profissional

Equipe	Período de observação	Atendimentos de urgência n°/(%)	Consulta agendada n°/(%)	Consulta do dia n°/(%)	Escuta/Orientação n°/(%)	Total de atendimentos n°/(%)
Médico	Outubro 2016	8 (3,4%)	154 (65,8%)	72 (30,8%)	0 (0%)	234 (100%)
	Dezembro 2016	14 (5,3%)	62 (23,6%)	187 (71,1%)	0 (0%)	263 (100%)
	Março 2017	0 (0%)	2 (0,6%)	316 (99,4%)	0 (0%)	318 (100%)
Enfermagem	Outubro 2016	0 (0%)	63 (50,8%)	15 (12,1%)	46 (37,1%)	124 (100%)
	Dezembro 2016	0 (0%)	88 (48,4%)	44 (24,2%)	50 (27,4%)	182 (100%)
	Março 2017	0 (0%)	90 (33%)	105 (38,5%)	78 (28,5%)	273 (100%)
Equipe	Outubro 2016	8 (2,2%)	217 (60,6%)	87 (24,3%)	46 (12,8%)	358 (100%)
	Dezembro 2016	14 (3,1%)	150 (33,7%)	231 (51,9%)	50 (11,2%)	445 (100%)
	Março 2017	0 (0%)	92 (15,5%)	421 (71,2%)	78 (13,1%)	591 (100%)

Em outubro de 2016, no modelo antigo, a equipe Alfa fez 358 atendimentos, dos quais 65,3% médicos e 34,6% de enfermagem. Os atendimentos classificados como de urgência representaram 2,2%, as consultas foram em 60,6% dos casos agendadas e 24,3% corresponderam a consultas do dia. A escuta/orientação correspondeu a 12,8% do total de atendimentos (Tabela 2).

Em dezembro de 2016, durante o piloto, a equipe Alfa fez 445 atendimentos, dos quais 59,1% médicos e 40,8% de enfermagem. Os atendimentos classificados como de urgência representaram 3,1%, as consultas em 33,7% dos casos foram agendadas e 51,9% corresponderam a consultas do dia. A escuta/orientação correspondeu a 11,2% do total de atendimento (Tabela 2).

Em março de 2017, no 3º mês do novo modelo, a equipe Alfa fez 591 atendimentos, dos quais 53,8% médicos e 46,2% de enfermagem. Não foram registrados atendimentos classificados como de urgência, as consultas foram em 15,5% dos casos agendadas e 71,2% corresponderam a consultas do dia. A escuta/orientação correspondeu a 13,1% do total de atendimentos (Tabela 2).

Dentre os resultados encontrados, observou-se que no terceiro mês da experiência do novo modelo houve mudança no perfil de atendimentos da equipe Alfa: de um padrão anteriormente com predominância de consultas agendadas (65,3% dos atendimentos) e ocorrência de atendimentos classificados como de urgência, para um padrão com predominância de consultas do dia (71,2% dos atendimentos) e desaparecimento dos atendimentos classificados como de urgência (Tabela 2). Esta mudança no perfil de atendimento revela alinhamento da intervenção com a proposta de acesso avançado no qual as demandas do dia devem representar no mínimo 70% dos atendimentos do dia.⁹

O número total de atendimentos da equipe Alfa apresentou aumento de 65% no terceiro mês, sendo o da enfermagem o que teve maior ampliação, com 120% de crescimento no número de atendimentos (Tabela 2). O percentual de atendimentos médicos e de enfermagem, que anteriormente correspondia, respectivamente, a 65,3% e 34,6% dos atendimentos, passou a ser de 53,8% e 46,2%, respectivamente, revelando uma tendência ao equilíbrio do volume de atendimento por categoria (Tabela 2). Esta tendência revela um melhor aproveitamento do potencial de atendimento da enfermagem, que está alinhado com o comprometimento e funcionalidade desejados para boa gestão da agenda e resolutividade das demandas.^{9,14}

A reestruturação do formato da agenda médica promoveu um aumento de 30% do número de atendimentos deste profissional, sendo 99% deles representados por consultas do dia, apesar da disponibilização de até 30% das vagas para pré-agendamentos pela equipe Alfa (Tabela 2). A percepção da equipe Alfa quanto à justificativa para o pequeno número de consultas previamente agendadas foi o fato de que ainda não tinha sido estabelecido um cronograma de retorno para pacientes crônicos e em acompanhamento regular, pelo pouco tempo de abertura da equipe Alfa e pela falta de cadastro de todas as famílias.

A oportunidade de escuta para todos os que comparecessem à unidade foi relatada pela equipe Alfa como o maior diferencial desse novo modelo. Esses relatos estão alinhados ao de Silva Jr. & Mascarenhas¹⁶ e Teixeira,¹⁷ que ao discutir o acolhimento, no nosso modelo chamado de escuta inicial, categorizam seu objetivo de ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

Ainda, a eliminação das queixas relativas à dificuldade de acesso e à melhoria no clima de trabalho foi percebida pelos ACS como um importante diferencial no processo de trabalho. A segurança do acesso diário trouxe algumas mudanças no fluxo de pessoas na unidade, percebidos pela equipe Alfa, com maior procura de atendimento nos turnos da tarde e aparecimento de vagas nas agendas de manhã, turno que tradicionalmente estava sempre com filas para o atendimento. A possibilidade da escuta inicial da demanda feita pelos membros da equipe Alfa para elaboração da agenda diária permitiu, além da ampliação do vínculo com os comunitários, aplicação mais precisa da gestão do tempo de consulta e maior segurança na utilização da demora permitida.

Esta percepção está corroborada nos trabalhos de Silva Jr. & Mascarenhas,¹⁶ que entendem o acolhimento como dispositivo reformulador do processo de trabalho, capaz de identificar problemas e oferecer as soluções adequadas, e do Gêrvas & Fabri,¹⁴ que ressaltam a boa gestão da agenda diária como fator determinante para o equilíbrio entre a oferta e demanda, viabilizando o acesso e o exercício da longitudinalidade e da demora permitida.

A estruturação de um modelo baseado em acesso avançado, adaptado às particularidades de funcionamento de uma USF 24 horas, foi considerado viável através desta experiência. Enquanto houve adesão de toda a equipe Alfa, foi possível escutar e atender a todos que procuravam a unidade. Houve ampliação do número de atendimentos e redução das solicitações de atendimentos classificados como de urgência. Observou-se, ainda, um maior equilíbrio entre o número de atendimentos médicos e da enfermagem.

Percebeu-se, por outro lado, como fator limitante para a estruturação do modelo, o formato de horário de trabalho utilizado na USF 24 horas. O mesmo não é fixo e distribui-se de forma alternada entre os profissionais em 3 horários: 7h às 15h, 9h às 17h e 11h às 19h. A escala de horários não é feita por equipe, mas sim por categoria. Desta forma, nem sempre os profissionais de uma mesma equipe trabalham juntos em todos os turnos da semana. A escuta no início do turno com todos os membros de uma mesma equipe e o compartilhamento dos casos durante o atendimento ficam, dessa maneira, inviabilizados.

Um outro fator limitador deu-se por um comprometimento no número de atendimentos, em consequência de redução dos dias trabalhados pelos profissionais da equipe Alfa. Em janeiro, pelos dias de férias (15 dias médica e 30 dias enfermeira), e em fevereiro e março pelo período de Carnaval.

Como maior limitação percebida, destaca-se a dificuldade de adesão e incorporação do novo modelo por todos os membros da equipe Alfa, apesar do aceite durante as reuniões e das tentativas de resgate e apoio dos demais integrantes durante o processo. A irregularidade da participação de alguns profissionais da equipe Alfa distanciou a rotina de trabalho dos objetivos pactuados de escuta, atendimento e compartilhamento dos casos, gerando sobrecarga médica e tensionamento da equipe Alfa.

O atendimento de toda demanda no mesmo dia, como é proposto no acesso avançado, é um desafio que solicita dos integrantes de uma mesma equipe engajamento e disposição no sentido da resolutividade.¹⁴ Gervás & Fabri¹⁴ nos trazem a importância da disponibilidade profissional no sentido da resolutividade quando reafirmam a acessibilidade como característica básica da APS e ressaltam que as maiores barreiras são criadas pelos próprios profissionais na organização rígida da agenda.

Afirmam ainda que a organização do tempo e das agendas é mais fácil se você tiver uma equipe funcional que permita delegar atividades, funções, responsabilidade, autonomia e reconhecimento. Em seu artigo que trata do acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em São Paulo, Takemoto & Silva¹⁸ corroboram as questões referentes ao papel da equipe na garantia de acesso aos serviços de saúde quando trazem a percepção dos entrevistados de que a complexidade do trabalho do acolhimento, o sofrimento desta responsabilidade, a exigência do trabalho em equipe e a sobrecarga de trabalho são consideradas barreiras para a adesão à proposta de escuta e acolhimento pela enfermagem.

Por fim, identificam-se como limitações relativas ao formato de Relato de Experiência a falta de aferição da percepção dos usuários em relação ao acesso ao serviço de saúde utilizando instrumentos de avaliação da APS, como o já consagrado PCATool-Brasil¹⁹ e o tempo curto de acompanhamento dos resultados.

Considerações Finais

A experiência da implantação de um novo modelo de atendimento com base no acesso avançado levou a autora a perceber que para o sucesso da proposta, além da essencial adequação da capacidade de atendimento à demanda, é fundamental que exista uma equipe funcional, ou seja, qualificada a partir da responsabilização pelo cuidado de acordo com as atribuições de cada categoria. A clareza do trabalho a ser desenvolvido e o comprometimento individual são essenciais para cumprir o objetivo de resolutividade diária dos casos.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: RSL, ICB. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: RSL. Redação preliminar: RSL. Revisão crítica da versão preliminar: RSL, ICB. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Conflito de interesses

Declararam não haver.

Referências

1. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(Suppl 1):s49-60. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>
2. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm Glob*. 2014;13(33):267-78. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.170901>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(no.spe):158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização Como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015;39(105):514-24. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>
8. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(35):797-810. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>
9. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
10. Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1529](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1529)
11. Knight A, Lembke T. Appointment zen - shaping demand and matching capacity. *Aust Fam Physician*. 2014;43(4):234-8.

12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5. <https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
14. Gervás J, Fabi LF. Geestión de la Consulta: ¿Còmo lograr motivaciòn en toda situaciòn clínica ? mediante la autogestión en la consulta diaria. In: *Práctica clínica en Medicina Familiar y Comunitaria*; Montevideo: Bibliométrica; 2017. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestio%CC%81n-final-final.pdf>
15. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
16. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-57.
17. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, eds. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
18. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):331-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.