



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

IDENEZ CELINA SILVA

**ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DIFERENTES MODELOS DE
AGENDAMENTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**PASSO FUNDO, RS
2025**

IDENEZ CELINA SILVA

**ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DIFERENTES MODELOS DE
AGENDAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo, RS, como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e comunidade.

Orientador: Mestre Analine Fernandes

Coorientador: Dr. Renata dos Santos Rabello Bernardo

PASSO FUNDO, RS

2025

RESUMO

O presente estudo foi elaborado pela médica residente Idenez Celina Silva, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Passo Fundo. Trabalho sob orientação da Prof.^a Me. Analine Fernandes e coorientação da Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello Bernardo. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e dos diferentes modelos de agendamento, cujo objetivo foi de analisar estudos publicados sobre os modelos de agendamento e acesso na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de identificar, comparar, sintetizar, bem como realizar uma análise crítica dos resultados obtidos nos diferentes formatos de agendamento utilizados, destacando suas implicações para a efetividade do cuidado e a organização dos serviços. A revisão fundamentou-se na seleção de publicações científicas nacionais e internacionais, indexadas nas bases PubMed, SciELO, BVS, Revista Brasileira de Medicina de Família e Google Scholar, publicadas entre 2010 e 2025. O processo de revisão foi conduzido nos anos de 2024 e 2025, contemplando estudos que abordam os seguintes modelos de agendamento: tradicional, acesso avançado, same-day (agendamento no mesmo dia), acesso aberto e modelos híbridos (carve-out semanal e quinzenal). Os resultados indicam que a escolha do modelo de agendamento deve ser pautada pelo perfil populacional, pela disponibilidade de recursos e pela estrutura organizacional da rede de atenção local. Ressalta-se, ainda, a importância da adoção de estratégias que favoreçam maior resolutividade, equidade e eficiência no atendimento em saúde e novos estudos sobre a temática.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, agendamento de consulta, acesso ao serviço de saúde.

LISTA DE SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi concebida para fornecer uma atenção à saúde fundamentada em princípios essenciais, que deveriam constituir a base para a organização do atendimento primário a todos os usuários dos serviços de saúde. Dentre os preceitos centrais dessa abordagem, destacam-se: o primeiro contato, o atendimento integral, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, tanto de maneira individual quanto coletiva (STARFIELD, 2002). Esse modelo de atenção foi amplamente adotado por diversos países ao redor do mundo, com os princípios estabelecidos na Declaração de Alma-Ata servindo como marco fundamental para sua implementação. No Brasil, as primeiras experiências com a APS remontam à metade do século XX. Contudo, foi a partir da Reforma Sanitária, iniciada em meados da década de 1970, que o modelo de APS ganhou maior relevância e visibilidade no Brasil. (MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).

Diante desse panorama, se destaca a Atenção Primária a Saúde (APS), a qual configura-se como o nível central do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel estratégico na organização da rede de atenção a saúde. Fundamentada em princípios como universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, enfoque familiar e participação social, a AB consolida-se como eixo estruturante do sistema e porta de entrada preferencial aos serviços de saúde, assegurando acesso universal, contínuo e resolutivo (BRASIL, 2017). Nesse contexto, o conceito de acesso assume relevância, sendo compreendido, segundo Starfield (2002), como a experiência do usuário diante da acessibilidade, entendida como a possibilidade concreta de alcançar os serviços. Assim, a acessibilidade, embora presente em todos os pontos da rede, tem na APS seu papel mais expressivo, visto que esta representa o primeiro contato do usuário com o SUS.

O acesso qualificado aos serviços de saúde é considerado fundamental para a redução da morbimortalidade, melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população, além de favorecer a racionalização dos recursos disponíveis.

Evidências indicam que o acesso facilitado a consulta na APS está associado à menor utilização de serviços especializados e de emergência, enquanto a ausência a esse acesso pode resultar no adiamento ou na falta de cuidados adequados, com impactos negativos nos indicadores de saúde e aumento dos custos assistenciais (STARFIELD, 2002).

Diante desse contexto, destaca-se a crescente relevância da forma de organização da oferta de serviços na AB, em especial no que se refere aos modelos de agendamento, cuja efetividade se torna cada vez mais necessária. No Brasil, os modelos de agendamento na APS têm passado por processos de aprimoramento, com vistas a ampliar o acesso da população, otimizar o uso dos recursos disponíveis e assegurar a continuidade do cuidado. A definição de um modelo adequado de agendamento é estratégica para a organização da atenção, constituindo fator determinante na redução das filas de espera e na melhoria da qualidade da assistência prestada. (VIDAL; 2019 e OLIVERA 2022)

2 JUSTIFICATIVA

O crescente aumento da demanda por atendimentos na Atenção Primária à Saúde faz emergir a necessidade da adoção de novos modelos de acolhimento e agendamento de consultas, a fim de proporcionar aos seus usuários maior acesso ao serviço de saúde, assim como garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado. A realização de uma revisão sobre essa temática justifica-se pela necessidade de reunir e analisar as diferentes estratégias utilizadas na organização do acesso possibilitando a identificação, limitações e lacunas na literatura, já que estudos brasileiros sobre essa temática ainda são escassos nas publicações, além de oferecer subsídios para gestores e profissionais adotarem práticas mais eficientes na qualificação do cuidado e na melhoria da acessibilidade dos usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar estudos publicados sobre os modelos de agendamento e acesso na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de identificar, comparar, sintetizar, bem como realizar uma análise crítica dos resultados obtidos nos diferentes formatos de agendamento utilizados, destacando suas implicações para a efetividade do cuidado e a organização dos serviços.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mapear os modelos de agendamento predominantes na Atenção Primária à Saúde (APS).
2. Analisar os impactos desses modelos sobre o acesso, a resolutividade e a qualidade da atenção.
3. Identificar, comparar, sintetizar, bem como realizar uma análise crítica dos resultados obtidos nos diferentes formatos de agendamento utilizados atualmente.

4. METODOLOGIA

A revisão de literatura foi realizada entre os anos de 2024 e 2025 e baseou-se na seleção de publicações científicas nacionais e internacionais indexadas nas bases PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, além do Google Scholar. Foram incluídos estudos publicados no período de 2010 a 2025.

A busca foi conduzida utilizando os seguintes descritores: atenção primária à saúde, agendamento de consulta, acesso à atenção básica, bem como termos relacionados aos modelos de agendamento — tradicional, acesso avançado, same-day (agendamento no mesmo dia), acesso aberto e modelos híbridos (como carve-out semanal e quinzenal). Os artigos selecionados estavam disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol.

Após a remoção de duplicidades e a exclusão de estudos que não apresentavam relação direta com o tema, foram selecionados 21 artigos para compor a revisão. Além desses, também foi incluído um Trabalho de Conclusão de Curso de minha autoria, considerado pertinente para o aprofundamento da temática.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi consolidada a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Essa abordagem foi concebida com o objetivo de oferecer cuidados de saúde baseados em princípios fundamentais, que devem sustentar a organização e a prestação dos serviços no nível primário de atenção. Entre esses princípios, destacam-se o primeiro contato, a integralidade, a continuidade do cuidado, a longitudinalidade e a coordenação da atenção em nível individual e coletivo (STARFIELD, 2002).

Observa-se que a diferenciação entre os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família ainda apresenta imprecisões no uso terminológico. Conforme estudo desenvolvido por Gil (2006), verifica-se que os termos Atenção Primária e Atenção Básica são frequentemente empregados de forma equivalente, o que evidencia uma compreensão associada às unidades locais de saúde ou a um determinado nível de atenção.

A APS foi adotada como modelo de organização dos sistemas de saúde por diversos países, tendo como marco referencial os princípios estabelecidos na Declaração de Alma-Ata. No Brasil, embora as primeiras experiências relacionadas à APS remontem à metade do século XX (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018), sua consolidação como estratégia central de atenção à saúde ocorreu a partir da Reforma Sanitária, iniciada na década de 1970. Esse movimento representou um processo político e social conduzido por intelectuais, profissionais da saúde e acadêmicos, que passaram a defender uma nova concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde-doença. O discurso do movimento enfatizava a necessidade de ampliação da consciência sanitária da população e a criação de um sistema público, universal e equitativo de saúde, o que culminou, posteriormente, na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CHAMIS; SILVA, 2008).

Nesse contexto, a APS estabelece que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e garantido a todos os usuários e seus familiares. A Declaração também enfatiza a importância da participação ativa da população e da democratização do conhecimento entre os diversos atores que compõem a

comunidade local. Além disso, reconhece a APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, devendo estar localizada o mais próximo de sua população adscrita por meio de unidades básicas de saúde e ou unidades de estratégia de saúde da família (BRASIL, 2017).

A APS estrutura-se a partir de princípios fundamentais que garantem sua efetividade no SUS. Entre os princípios do SUS, destaca-se a universalidade, que assegura o acesso contínuo e igualitário aos serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação; a equidade, que orienta a formulação de estratégias voltadas à redução das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde; e a integralidade, que pressupõe a oferta de ações e serviços que abrangem desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação, de forma articulada com os demais níveis de atenção à saúde. Em consonância com esses princípios, destacam-se os atributos da APS, entre os quais se evidenciam a longitudinalidade, que promove o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes de saúde ao longo do tempo; a coordenação do cuidado, responsável pela integração dos diferentes serviços e níveis de atenção, assegurando a continuidade assistencial; e o acesso ao primeiro contato, que caracteriza a APS como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, incumbida do atendimento inicial das demandas dos usuários, por meio de serviços acessíveis e acolhedores, favorecendo a organização, a coordenação e a resolutividade do cuidado em saúde. (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

A APS está fundamentada nos princípios organizativos do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal via de expansão e consolidação. Na APS, o cuidado ao usuário ocorre de forma integral e holística, considerando sua singularidade e contexto sociocultural. Busca-se, nesse âmbito, integrar ações de vigilância em saúde, planejamento e implementação de políticas afirmativas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, controle de riscos e doenças (BRASIL, 2017).

Nesse sentido APS ocupa uma posição estratégica na RAS, sendo seu principal ponto de comunicação e articulação. Ela é responsável pela coordenação do cuidado, bem como pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de usuários, insumos e informações entre os diferentes níveis de atenção. Como componente essencial do SUS, deve ser universal e gratuita, assegurando a equidade e a não discriminação. Dessa forma, a APS deve adotar estratégias que minimizem as

iniquidades em saúde e que promovam a inclusão de grupos historicamente marginalizados ou estigmatizados, contribuindo para a superação das desigualdades sociais (BRASIL, 2017).

Ao encontro desses princípios a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui-se como resultado do acúmulo de lutas e da atuação de diversos atores sociais, incluindo movimentos sociais, usuários, trabalhadores da saúde e gestores nas esferas municipal, estadual e federal, os quais também contribuíram significativamente para a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 2017). Instituída oficialmente por meio da Portaria nº 648/GM, de 2006, a PNAB ampliou o escopo conceitual e operacional da APS. Essa portaria definiu a atenção básica como porta de entrada preferencial ao SUS, estabelecendo diretrizes para a uniformização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais, bem como enfatizando a centralidade da educação permanente como estratégia para qualificação dos profissionais. Além disso, consolidou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a reorganização da atenção básica, ressaltando a necessidade de sua expansão e de sua articulação com as redes municipais de saúde (GIOVANELA; MENDONÇA, 2009).

A PNAB passou por revisões posteriores, tendo sua segunda edição publicada em 2011 e sua terceira versão promulgada por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018). A edição de 2017 passou a considerar como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, atribuindo a ambos os mesmos princípios e diretrizes estabelecidos no texto normativo. Definindo, assim, a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo” (BRASIL, 2017), abrangendo a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas a partir de práticas de cuidado e gestão integradas, realizadas por equipes multiprofissionais e direcionadas às necessidades e especificidades da população de um território definido, sempre considerando os determinantes e condicionantes sociais da saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017).

A efetivação dessa política depende da consolidação de seus princípios orientadores, os quais estruturam sua operacionalização e asseguram a qualidade e a eficácia dos serviços prestados no âmbito do SUS. Esses princípios constituem o

alicerce AB e guiam sua função como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, ao mesmo tempo em que fundamentam a organização das práticas assistenciais e de gestão.

Dentre as diretrizes que norteia a PNAB destaca-se regionalização e a hierarquização as quais estruturam o sistema em regiões e níveis crescentes de complexidade, otimizando a gestão e garantindo equidade na oferta de serviços, somando-se a isso a territorialização e adscrição da população asseguram a responsabilidade sanitária das equipes de saúde sobre um território definido, fortalecendo o vínculo com a comunidade e possibilitando o planejamento de ações voltada às necessidades locais. Outros princípios que merecem destaque dessa política são a longitudinalidade do cuidado, a qual garante a continuidade do acompanhamento, fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários e reduzindo riscos de iatrogenias, além disso cabe a APS a coordenação do cuidado, tornando-se o centro de comunicação entre os diferentes pontos da RAS, assegurando a integralidade e a continuidade do atendimento. Assim, a implementação integrada dos princípios e diretrizes da PNAB configura-se como elemento essencial para que a APS atue de maneira integral, equitativa e resolutiva, promovendo um cuidado centrado na pessoa e em consonância com a realidade de sua população adscrita. (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, evidencia-se a importância de um acolhimento qualificado, entendido pelo Ministério da Saúde (2011) como o reconhecimento da demanda do usuário enquanto necessidade legítima e singular de saúde. Tal prática fortalece a relação entre profissionais, serviços de saúde e população, sendo construída de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho. O objetivo central do acolhimento é promover vínculos de confiança, o qual segundo Starfield (2002) deve ser manifestado por laços interpessoais sólidos, refletindo a cooperação mútua no cuidado à saúde (BRASIL, 2011).

Conforme destacado por Campos et al. (2009, apud Franco, 1999), o acolhimento consiste em garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde segundo suas necessidades, fundamentado em uma escuta qualificada de suas demandas, de modo a favorecer a oferta de ações resolutivas e efetivas para sua condição de saúde. Para os autores, o compromisso estabelecido com o problema apresentado pelo usuário ultrapassa a dimensão estritamente técnica do atendimento, uma vez que a relação construída entre profissional e usuário

fundamenta-se na criação de vínculos marcados pela confiança e pela corresponsabilidade. Sob essa perspectiva, a PNAB reconhece o acolhimento como componente essencial da prática em saúde, devendo estar presente em todas as etapas do cuidado, desde o primeiro contato com os serviços até os atendimentos subsequentes, incluindo consultas médicas, de enfermagem e demais ações assistenciais (BRASIL, 2017).

No que se refere ao conceito de acesso, Starfield (2002) esclarece que os termos "acesso" e "acessibilidade" são frequentemente utilizados de forma equivalente e, em alguns casos, de maneira ambígua. A autora define acessibilidade como a possibilidade concreta de o usuário chegar até os serviços de saúde, sendo este um requisito fundamental para a efetivação do princípio do primeiro contato. Já o acesso é compreendido como a experiência subjetiva do usuário em relação à acessibilidade. Dessa forma, a acessibilidade é uma característica que deve estar presente não apenas na APS, mas em todos os pontos de atenção que compõem a rede de atenção à saúde, tendo especial relevância na APS por esta ser a principal porta de entrada do sistema de saúde.

Nesse sentido, a literatura internacional tem enfatizado que o acesso à APS é influenciado diretamente pelo modelo de agendamento adotado pelos serviços de saúde. Ryu (2017, apud Vidal et al., 2019) destaca que melhorias no sistema de agendamento estão associadas a efeitos positivos na ampliação do acesso dos usuários. Em consonância com essa perspectiva, Knight e Lembke (2013) argumentam que a adoção de modelos de agendamento eficazes contribui significativamente para o acesso oportuno, além de promover melhorias no ambiente de trabalho, na qualidade do cuidado prestado, na segurança do paciente e na satisfação tanto das equipes quanto dos usuários.

Diante disso, torna-se evidente a importância da organização da oferta de serviços na Atenção Básica, especialmente no que se refere aos modelos de agendamento, cuja efetividade é cada vez mais necessária. No Brasil, esses modelos vêm sendo aprimorados para ampliar o acesso da população, otimizar recursos e garantir a continuidade do cuidado, configurando-se como elemento estratégico para reduzir filas de espera e melhorar a qualidade da assistência (VIDAL, 2019; OLIVEIRA, 2022).

Os modelos de agendamento na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam distintas características, vantagens e limitações operacionais. O Acesso

Aberto permite atendimento no mesmo dia, sem agendamento prévio, por ordem de chegada ou classificação de risco, garantindo flexibilidade nas consultas e atuação em regime de plantão, embora possa comprometer a continuidade do cuidado e aumentar tempos de espera em períodos de alta demanda; já o Agendamento do Mesmo Dia (Same-Day) disponibiliza a agenda no início do turno, favorecendo o atendimento oportuno de condições agudas, mas pode sobrecarregar os profissionais e comprometer o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Ambos os modelos são ágeis para demandas imediatas, porém limitam a longitudinalidade do cuidado. (VIDAL et al., 2019; GUSSO 2019.).

Nessa perspectiva os modelos Tradicional e Supersaturado baseiam-se no agendamento prévio de consultas, com baixa flexibilidade para demandas espontâneas, resultando em longos tempos de espera, sobrecarga profissional e risco de absenteísmo, embora favoreçam o acompanhamento de doenças crônicas (VIDAL et al., 2019). Já os modelos Carve-Out Quinzenal e Semanal destinam metade da agenda para consultas programadas e metade para demanda espontânea, equilibrando o atendimento de casos agudos e crônicos. O modelo semanal apresenta maior capacidade de resposta, reduzindo o tempo de espera para aproximadamente cinco dias, enquanto ambos requerem monitoramento constante para evitar desequilíbrios entre oferta e demanda (VIDAL et al., 2019).

Outro modelo que vem ganhando destaque nacional e internacional é o Acesso Avançado, o qual busca atender todos os usuários no mesmo dia ou em curto prazo, equilibrando demandas agudas e programadas. Sua implementação depende de planejamento eficiente, gestão adequada, comprometimento das equipes e educação permanente, sendo considerado uma das alternativas mais completas por integrar flexibilidade, resolutividade e continuidade do cuidado (VIDAL et al., 2019).

1. Quadro Demonstrativo dos Modelos de Agendamento na Atenção Primária

Modelo	Descrição	Vantagens	Desvantagens
Acesso Aberto	Atendimento sem agendamento prévio, por ordem de chegada ou classificação de risco. Plantão contínuo, 24h.	Agilidade no atendimento; flexibilidade na duração das consultas; atendimento garantido.	Longos tempos de espera em alta demanda; prejuízo à continuidade do cuidado; impacto sobre usuários com restrições de horário.
Same-Day (Agendamento do Mesmo Dia)	Agenda aberta no início do turno para marcação no mesmo dia.	Atendimento oportuno de demandas agudas; flexibilidade na gestão da agenda.	Sobrecarga no início do turno; usuários sem vaga precisam retornar; risco de desassistência em

Modelo	Descrição	Vantagens	Desvantagens
			condições crônicas.
Acesso Avançado	Todos os usuários são atendidos no mesmo dia ou em data próxima, para demandas agudas e programadas.	Integra agilidade e continuidade; flexibilidade; melhora na resolutividade.	Requer planejamento rigoroso, equilíbrio entre oferta e demanda, apoio da gestão e qualificação contínua da equipe.
Tradicional	Agendamento prévio de todas as consultas; uso eventual de "encaixes".	Organização previsível; adequado para seguimento de condições crônicas.	Longos tempos de espera (até 30 dias); baixa resposta às urgências; risco de absenteísmo e sobrecarga.
Tradicional Supersaturado	Agendas previamente preenchidas para longos períodos; "encaixes" frequentes.	Mantém acompanhamento de crônicos; organização previsível.	Baixa flexibilidade; aumento do absenteísmo; sobrecarga dos profissionais.
Carve-Out Quinzenal	Metade da agenda para agendamentos prévios, metade para demanda espontânea (quinzenalmente).	Equilíbrio entre cuidado agudo e crônico; espera média de 10 dias.	Risco de desequilíbrio entre tipos de demanda; possível sobrecarga.
Carve-Out Semanal	Mesma lógica do quinzenal, mas com divisão semanal da agenda.	Espera média reduzida para 5 dias; maior flexibilidade e resposta às demandas.	Exige monitoramento contínuo; risco de desequilíbrio oferta-demanda.

Fonte: Adaptado de Vidal et al 2019.

5 DISCUSSÃO

Em síntese, a escolha do modelo de agendamento deve considerar a realidade local, o perfil da população e a necessidade de equilibrar flexibilidade, resolutividade e continuidade do cuidado. A qualidade do acesso aos cuidados de saúde é reconhecida como um componente essencial para a consolidação de uma APS robusta e resolutiva. Apesar de sua relevância amplamente documentada, a garantia de acesso oportuno e com continuidade do cuidado permanece um desafio significativo em diversos contextos internacionais, incluindo o Brasil, sendo frequentemente apontada como uma das principais fragilidades nos serviços de atenção primária (ROCHA, 2015; TESSER, 2018).

O acesso à APS no Brasil apresenta elevada heterogeneidade e constitui um desafio crítico para o sistema. Estudos nacionais indicam que as principais estratégias para ampliar o acesso incluem o fortalecimento e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), associadas à redução da população vinculada a cada equipe (TESSER et al., 2018). Do ponto de vista organizacional, destacam-se a ampliação do trabalho em equipe, o incremento da capacidade clínica dos

atendimentos de enfermagem, a cogestão dos processos de trabalho, a flexibilização das agendas e a diversificação das formas de comunicação entre equipe e usuários. Bem como, a presença de profissionais qualificados e a oferta de educação permanente específica para os cuidados primários também são apontadas como essenciais para garantir a qualidade, a longitudinalidade e o acesso ampliado aos serviços (OLIVEIRA et al., 2010). Entre as principais barreiras ao acesso, destacam-se o subfinanciamento, a insuficiência de recursos e serviços, as desigualdades socioeconômicas, a dificuldade de integração entre serviços, o excesso de usuários por equipe e a insuficiência de médicos em várias regiões do país (TESSER et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2010). Fatores como longos tempos de espera para agendamento e atendimento, sistemas de marcação por filas e senhas, a organização da agenda por ações programáticas e a desproporção entre demanda e oferta de serviços contribuem para limitar o acesso e desestimular a procura pelos serviços de APS (MENEZES, 2010).

Nesse sentido o estudo de Rocha et al. (2015) evidenciou que as dificuldades na ampliação do acesso e na manutenção do equilíbrio entre atendimento oportuno e continuidade do cuidado são fenômenos observados em diversos países, incluindo Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. A pesquisa também identificou diferentes estratégias internacionais adotadas pelos serviços de saúde para promover a ampliação do acesso, tais como a reorganização do *panel size* (tamanho da população adscrita a cada equipe), a implementação de consultas de enfermagem, a extensão do horário de funcionamento das unidades e a reestruturação dos processos de agendamento.

A literatura internacional evidencia resultados divergentes quanto ao desempenho de diferentes modelos de acesso na APS. Estudos que compararam agendas tradicionais com modelos de acesso aberto ou avançado apresentaram achados conflitantes em relação à satisfação dos usuários, indicadores de qualidade do cuidado e parâmetros clínicos (VIDAL et al., 2019; STELET et al., 2022; BONILLA et al., 2020; TULI et al., 2010; ROSE et al., 2015; DEGANI et al., 2013; BANG et al., 2020). A exemplo disso, Vidal et al. (2019) observaram que uma unidade brasileira que utilizava AA apresentou melhor avaliação da qualidade da APS em comparação a dez unidades que adotavam outros modelos. Contudo, Stelet et al. (2022) questionaram esses resultados, destacando que a unidade em questão contava com maior número de equipes e não se situava em área de vulnerabilidade social.

Embora todos os modelos de agendamento apresentem vantagens e limitações, a literatura identifica o Acesso Avançado (AA) como a estratégia mais promissora para a redução do tempo de espera, uma vez que possibilita o equilíbrio entre demanda e oferta de serviços (ROCHA et al., 2015). No Brasil, a discussão sobre o Acesso Avançado intensificou-se a partir da década de 2010, acompanhando a expansão de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Gestões de Atenção Básica em grandes centros urbanos, como Curitiba, Florianópolis e Rio de Janeiro, têm promovido a transformação das agendas tradicionais, orientadas principalmente por ações programáticas e consultas agendadas com antecedência, em modelos que valorizam o atendimento no mesmo dia, priorizando o Acesso Avançado para os Médicos de Família e Comunidade e suas equipes (ROCHA et al., 2015).

O modelo de AA é reconhecido na literatura como uma estratégia eficaz para qualificar o acesso à APS, promovendo maior flexibilidade nos atendimentos, redução do absenteísmo e fortalecimento da confiança do usuário, além de favorecer a continuidade do cuidado. No entanto, sua implementação exige mudanças significativas nos processos de trabalho da equipe, demandando tempo, comprometimento, educação permanente dos profissionais, bem como liderança sólida e suporte administrativo (ROCHA et al., 2015; TULI et al., 2010). A transição de um modelo tradicional de agendamento para o Acesso Avançado requer planejamento prévio da equipe, seguindo etapas que incluem: análise da demanda e da capacidade do serviço, ajuste da relação entre oferta e demanda, redução do tempo de espera e elaboração de planos de contingência para dias em que a demanda exceda a capacidade de atendimento (ROCHA et al., 2015).

Camargo et al. (2020) demonstraram que um modelo de transição entre o carve-out e o Acesso Avançado, caracterizado pelo acolhimento realizado pela equipe, promoveu ampliação do acesso, redução significativa do tempo de espera para consultas e maior satisfação de usuários e profissionais. Segundo Norman et al. (2019), a organização do acesso deve priorizar o cuidado dos indivíduos adoecidos por meio de atendimento qualificado e facilitado, complementado por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, objetivo que pode ser alcançado com a implementação do AA. Entretanto, Soares et al. (2022) observaram que a adoção desse modelo pode ocasionar desgaste entre os trabalhadores e enfatizaram que estratégias de melhoria do acesso devem considerar elementos

estruturais essenciais, como equipes completas, adequada adscrição de usuários, disponibilidade de sistemas de prontuário eletrônico e engajamento da gestão e da participação social na organização dos processos de trabalho.

Diante da crescente discussão sobre o AA como um modelo de agendamento efetivo, vale salientar algumas limitações desse modelo, como por exemplo as observadas no estudo de Norman (2019), no qual as clínicas de atenção primária à saúde no Reino Unido, frequentemente citadas como modelo internacional de sucesso no AA, apresentam características que favorecem o acesso, incluindo proporção reduzida de população adscrita por médico de família (menos de 2.000 pessoas), elevada quantidade de profissionais administrativos, maior autonomia da equipe de enfermagem para atendimentos clínicos e sistemas de informação robustos, voltados tanto para a assistência e vigilância em saúde quanto para a comunicação com os usuários (NORMAN, 2019). Em comparação, a PNAB estabelece como parâmetro adequado uma população de referência de até 3.500 usuários por equipe, com base no cálculo da Cobertura Potencial da APS, fundamentado nos critérios de população adscrita definidos pela própria PNAB. De acordo com essas diretrizes, as equipes da ESF devem ser responsáveis por uma população máxima de 3.500 pessoas, valor que corresponde a aproximadamente o dobro do padrão adotado na Atenção Primária à Saúde inglesa, conforme descrito na literatura. (BRASIL, 2017, BRASIL, 2022).

Outro estudo que demonstra algumas limitações do AA foi conduzido em oito clínicas de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido, sendo evidenciado ampla variação nos sistemas de agendamento, mesmo entre aquelas classificadas como AA, incluindo adaptações informais frequentes, sendo que poucas adotavam o modelo conforme preconizado. O Acesso Avançado foi frequentemente confundido com o agendamento-dia, o que gerou frustração entre profissionais e usuários devido à limitação no agendamento prévio de consultas. De forma similar, menos da metade das clínicas que relataram utilizar o AA atendiam integralmente aos critérios estabelecidos para o modelo (GOODALL et al., 2010).

Nesse panorama, estudos realizados em clínicas canadenses com programas de residência em Medicina de Família e Comunidade destacam que a implementação eficaz do AA requer diversas estratégias, como a definição de um painel de usuários adequado para cada equipe, o equilíbrio entre atendimento oportuno e continuidade do cuidado, domínio do modelo de agendamento e a

otimização do trabalho em equipe por meio de práticas colaborativas com outros profissionais de saúde (HUDON et al., 2010; MALHAM et al., 2020).

Estudo sobre a implementação do AA realizado por Bonilla et al. (2020) e Tuli et al. (2010) identificaram aumento no volume de atendimentos médicos e na produtividade, além de redução de visitas a emergências e serviços de atenção secundária. No entanto, outros estudos não evidenciaram crescimento no número de atendimentos em comparação com outros modelos de agendamento (ROSE et al., 2015; BANG et al., 2020).

Em relação ao absenteísmo, alguns trabalhos apontaram redução com o modelo de AA (ROSE et al., 2015; BONILLA et al., 2020), enquanto outros não confirmaram tais efeitos (VIDAL et al., 2019; STELET et al., 2022). Em relação a aspectos como indicadores clínicos, satisfação dos usuários, continuidade do cuidado e diminuição do uso de outros serviços de saúde, estudos não evidenciam melhorias significativas ao comparar o modelo de Acesso Avançado com o modelo tradicional (ROSE et al., 2015; DEGANI et al., 2013).

Outro aspecto relevante entre os diferentes modelos de agendamento é o que tange à satisfação dos usuários, Tuli et al. (2010), em estudo conduzido em uma clínica de pediatria com programa de residência médica nos Estados Unidos, observaram maior satisfação entre os usuários atendidos por meio do modelo de Acesso Avançado. Entretanto, pesquisas realizadas em clínicas de APS na Inglaterra não evidenciaram diferenças significativas nesse aspecto (SALISBURY et al., 2008). Quanto à continuidade do cuidado, os resultados também são heterogêneos, com alguns estudos apontando melhorias associadas ao AA. (TULI et al., 2010; ROSE et al., 2015) e outros não identificando efeitos relevantes (SALISBURY et al., 2007; DEGANI et al., 2013).

As pesquisas sobre satisfação profissional em serviços que utilizam modelos de acesso aberto ou avançado apresentam resultados divergentes. Alguns estudos indicam aumento da satisfação dos profissionais e fortalecimento do vínculo com os usuários, enquanto outros apontam elevação do estresse, sobrecarga de trabalho, preocupações com a continuidade do cuidado, redução do tempo de consulta e maior risco de Burnout (ROSE et al., 2015; TULI et al., 2010; VIDAL et al., 2019; BONILLA et al., 2020). No Brasil, há ampla produção recente sob a forma de relatos de experiência sobre a implementação do Acesso Avançado em unidades básicas de saúde. A maior parte desses estudos destaca impactos positivos, incluindo

redução do tempo de espera, melhoria na satisfação dos usuários, maior agilidade e eficiência no atendimento, assim como percepção favorável por parte dos profissionais de saúde (SOUZA et al., 2020; SOARES & JUNQUEIRA, 2022; BONILLA & WOLLMANN, 2020).

Autores destacam que as vantagens do AA podem ser comprometidas na ausência de mudanças estruturais na gestão local que garantam seu correto funcionamento. Um estudo nacional recente indica que a implementação desse modelo nos serviços brasileiros frequentemente ocorre sem a observância das premissas e etapas preparatórias recomendadas pela literatura (AGUIAR et al., 2025; STELET 2022).

6 CONCLUSÃO

A análise dos diferentes modelos de agendamento na Atenção Primária à Saúde (APS) evidencia que não há um formato único capaz de responder de maneira plena às demandas assistenciais. Cada modelo apresenta benefícios e limitações, o que torna imprescindível sua adaptação às características do território e ao perfil populacional atendido. Nesse sentido, a integração de diferentes estratégias de organização da agenda, como práticas preventivas, utilização de sistemas eletrônicos e critérios de classificação de risco, mostra-se mais promissora do que a adoção isolada de um único modelo.

A experiência brasileira demonstra que a diversidade de formatos de agendamento expressa a busca por ampliar o acesso, qualificar o cuidado e fortalecer a APS como porta de entrada prioritária do SUS. Contudo, a efetividade dessas estratégias depende da capacidade de gestão para ajustar oferta e demanda, otimizar recursos e garantir que os princípios de integralidade, equidade e continuidade do cuidado sejam assegurados. Dessa forma, mais do que escolher um modelo ideal, o desafio central consiste em desenvolver arranjos organizacionais flexíveis, sustentáveis e alinhados às necessidades reais da população.

Apesar das evidências na literatura de que o Acesso Avançado apresenta potencial para reduzir o tempo de espera, otimizar a produtividade dos serviços e fortalecer o vínculo entre usuários e equipes, sua efetividade está condicionada à existência de condições estruturais adequadas, planejamento estratégico, educação permanente dos profissionais e apoio da gestão. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de continuidade das investigações sobre essa temática, bem como da publicação de estudos transversais e relatos de experiência que abordem a implementação desse modelo não apenas em capitais brasileiras, mas também em municípios de menor porte, frequentemente caracterizados por limitações de recursos humanos e financeiros, com o objetivo de subsidiar e orientar a adoção do AA em diferentes realidades do contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. A.; AGUIAR, D. A.; SCHWARTZ, E.; CARRETT, M. L. V. Modelos de acesso à atenção primária à saúde: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e77317, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n1-301. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77317>. Acesso em: 1 agosto. 2025.
- BANG, M.; PEDERSEN, H. S.; BECH, B. H.; VESTERGAARD, C. H.; FALHOF, J.; KJELDSSEN, H. C.; VEDSTED, P.; VESTERGAARD, M. Advanced access scheduling in general practice and use of primary care: a Danish population-based matched cohort study. *BJGP Open*, v. 4, n. 5, p. 1–10, 2020
- BONILLA, P. P. G.; WOLLMANN, L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2360, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2360>. Acesso em: 11 jan. 2025.
- 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. Acesso em: 22 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica nº 28: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1843-1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº 301/2022-CGESF/DESF/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20221214_O_NT301_NotaMetodologicaCoberturaAPS_894545258772170154.pdf
- CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface (Botucatu)*, v. 24, supl. 1, p. e190600, 2020.
- CIRINO, F. M. S. B. et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina*

de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2111, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>. Acesso em: 15 jan. 2025.

COSTA, F. et al. Effects of appointment scheduling systems on patient satisfaction and service quality in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, [S. l.], v. 9, p. 2150132718787434, 2018.

DEGANI, N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, v. 13, n. 7, p. 1–48, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. A Atenção Primária à Saúde no Brasil: práticas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 597-607, 2009.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, jun. 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000600006

GOODALL, S.; MONTGOMERY, A.; BANKS, J.; SALISBURY, C.; SAMPSON, F.; PICKIN, M. Implementation of Advanced Access in general practice: postal survey of practices. *British Journal of General Practice*, v. 56, n. 533, p. 918–923, 2006.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2432 p. ISBN 978-8582715369

KNIGHT, S.; LEMBKE, T. Agendamento de consultas e o impacto no acesso à atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. *Journal of Family Medicine*, [S. l.], v. 42, n. 5, p. 234-240, 2013.

LIMA, R. S.; BRANDÃO, I. C. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2021, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2021>. Acesso em: 20 jan. 2025.

MALHAM, S. A.; BRETON, M.; TOUATI, N.; MAILLET, L.; DUHOUX, A.; GABOURY, I. Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. *BMC Nursing*, v. 19, Art. 115, 2020. DOI: 10.1186/s12912-020-00504-

MENEZES, E. L. C. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 888-903, 2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saúde e*

Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.

OLIVEIRA, R. A. D.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO, A. L. B.; VIACAVA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Acesso em saúde e modelos de agendamento na atenção primária à saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DEMOCRACIA, 1., 2022, Porto Seguro. Anais [...]. Porto Seguro, 2022. doi:10.29327/saudeedemocracia.547162.

PEDÓ, N. et al. Acesso Avançado: repensando o cuidado em ESF de Passo Fundo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, 14., 2018, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: SBMFC, 2018.

PIRES FILHO, L. A. S. et al. Acesso avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, 2019. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2015.

REIGADA, C. L. L. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-7, 2017. DOI:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1451](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1451).

RODRIGUES, J.; SILVA, R. Optimizing scheduling systems in primary care: a study of current practices in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. e00150016, 2017.

ROSE, K. D.; ROSS, J. S.; HORWITZ, L. I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, v. 171, n. 13, p. 1150–1159, 2011. RYU, S. et al. Impact of appointment scheduling models on patient access to primary care services. *Journal of General Internal Medicine*, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 401-407, 2017.

SANTOS, F. et al. Scheduling models in primary health care: a critical review. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, e2922, 2021.

SILVA, M. et al. Atenção primária à saúde e modelos de agendamento: desafios e perspectivas no SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 20, n. 2, p. 205-212, 2020.

SILVA, Idenez Celina. Percepção do acesso avançado em uma estratégia de saúde da família do norte do Rio Grande do Sul. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, Passo Fundo, 2021.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, p. e031, 2022.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STELET, B. P. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o modelo de acesso avançado/aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, 2022.

SALISBURY, C. et al. Impact of advanced access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *British Journal of General Practice*, v. 57, n. 541, p. 608-614, 2007.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, v. 42, n. especial 1, p. 361–378, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S125.

Tuli SY, Thompson LA, Ryan KA, Srinivas GL, Fillipps DJ, Young CM, Tuli SS. Improving quality and patient satisfaction in a pediatric resident continuity clinic through advanced access scheduling. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 2, n. 2, p. 215-221, 2010.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>.

VIDAL, M. et al. Modelos híbridos de agendamento na atenção primária: uma abordagem sobre eficácia e acessibilidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 48-55, 2019.

VIDAL, T. B. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, p. 38, 2019.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.