

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

Celia Regina Maganha e Melo¹

Lislaine Aparecida Fracolli², Larayne Gallo Farias Oliveira³

Destaques:

(1) Longitudinalidade do cuidado impactada pelo modelo Acesso Avançado. (2) Acesso e longitudinalidade: serviço acessível ou serviço de cuidados continuados? (3) Poucos estudos utilizam método UPC para mensurar a longitudinalidade do cuidado.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.15068>

Como citar:

Maganha e Melo CR, Fracolli LA, Oliveira LGF. Análise do atributo longitudinalidade com a implementação do modelo acesso avançado: estudo de múltiplos casos. Rev. Contexto & Saúde. 2025;25(50):e15068

¹ Universidade de São Paulo – USP. São Paulo/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3007-971X>

² Universidade de São Paulo – USP. São Paulo/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>

³ Universidade de São Paulo – USP. São Paulo/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0031-3846>

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

RESUMO

Buscou-se avaliar a longitudinalidade do cuidado, em unidades de saúde da família, antes, durante e após a implementação do modelo Acesso Avançado. A referência para essa avaliação foi o índice de continuidade do prestador habitual (UPC). Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem mista, realizado na Coordenadoria Regional Sul do município de São Paulo-SP. Os participantes da pesquisa foram os coordenadores de 5 unidades básicas de saúde (UBS), médicos, enfermeiros e 295 usuários dessas UBS. Os dados foram coletados utilizando o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) e registros de produção disponíveis nas UBS. Os dados foram organizados na plataforma REDCap®. A análise estatística foi realizada por meio do software R®. Os resultados demonstram que 3 das 5 UBSs apresentaram um índice de continuidade do prestador (UPC) maior, antes da implementação do modelo Acesso Avançado, indicando que nessas UBSs a implantação do modelo de Acesso Avançado comprometeu a longitudinalidade do cuidado. Em contrapartida em 2 UBS houve melhora do índice de continuidade do prestador (UPC) após a implantação do modelo. Conclui-se que o atributo longitudinalidade do cuidado foi por problemas de planejamento e de cobertura da assistência nas UBS da região sul do município de São Paulo. Tais problemas não podem ser atribuídos unicamente a implementação do modelo de Acesso Avançado.

Palavras-chave: Longitudinalidade; Continuidade da Assistência ao Paciente; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Atenção Primária Acessível.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se como o primeiro nível de contato com os serviços de saúde¹. Os componentes fundamentais desse âmbito de atenção visam não só ampliar esse acesso como, principalmente, enfatizar a justiça e a equidade social e fortalecer a assistência por meio de uma mudança de paradigmas para um enfoque não mais sobre a doença, mas sim sobre a saúde². No Brasil, a APS está apoiada, desde 2006, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem o papel centralizador de organização, coordenação e responsabilização dentro do sistema de saúde³.

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

De acordo com Borin e colaboradores¹ a APS está alicerçada sobre quatro atributos principais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A atenção ao primeiro contato tem por objetivo constituir-se como a porta de entrada para o sistema de saúde do país, uma vez que envolve a prestação de serviços de menor densidade tecnológica. O segundo atributo, a longitudinalidade, indica que, quando um usuário procura sempre a mesma fonte de atenção e essa a atende regularmente, cria e mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surge, esta será respondida de forma mais eficiente.

Este atributo, se refere à continuidade do cuidado ao longo do tempo, em que o profissional de saúde estabelece uma relação duradoura com o usuário⁴, conhecendo-o em profundidade e acompanhando-o em todas as fases do processo de cuidado, desde a prevenção até o tratamento de doenças crônicas⁵. Esse tipo de abordagem promove a efetividade e a eficiência do cuidado, uma vez que o profissional tem uma visão mais abrangente e integrada da saúde do usuário, podendo identificar precocemente as suas necessidades e atuar de forma preventiva⁶. Além disso, a longitudinalidade favorece a construção de um vínculo de confiança entre usuário e o profissional, o que contribui para uma maior adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida dos usuários⁷.

Neste mesmo íterim, a integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do usuário e disponibilize os recursos para abordá-las⁸. A coordenação do cuidado tem como incumbência organizar, coordenar e integrar o cuidado ao usuário independentemente do nível de atenção onde tiver sido recebido⁹. Os quatro atributos estão relacionados entre si. O relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica em que esse seja o local de atenção ao primeiro contato. Isso também implica em que a fonte habitual de atenção assegure que essa seja integral e coordenada⁴.

No Brasil, a APS é considerada oficialmente a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização dos serviços. Assim, espera-se que os serviços da APS, com equipes de saúde da família (eSF), sejam acessíveis e resolutivos frente às necessidades de saúde da população². Logo, para que a população possa acessar o serviço de saúde, o acesso é considerado como a primeira etapa a ser superada pelo usuário. Neste sentido, as Unidades Básicas de Saúde (USB), assim como as

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), necessitam de dispositivos para ser um ponto efetivo de primeiro contato, de modo que este possa ser o início do fortalecimento dos outros atributos a serem garantidos junto à equipe de saúde⁴.

Para isso, alguns países têm desenvolvido dispositivos de reorganização do acesso na APS. Um deles é o Acesso Avançado (AA) ou *Open Access*. Este modelo de acesso à saúde tem como lema “Fazer hoje o trabalho de hoje”. Este modelo foi criado por Murray e Tantau¹⁰ nos EUA, que descrevem o AA como um sistema de agendamento, que consiste em agendar os usuários para serem atendidos no mesmo dia. Estudos comprovam que este modelo tem contribuído para diminuição do número de faltas às consultas médicas e aumentando o número de atendimentos da população¹¹⁻¹⁴.

O AA amplia o acesso à demanda espontânea ao mesmo tempo em que organiza o atendimento dos grupos prioritários. Ele atua reduzindo a lacuna entre a oferta e à demanda. No modelo do AA a capacidade de trabalho do futuro está protegida, pois o trabalho de hoje é realizado no presente¹¹.

Um estudo caso-controle desenvolvido na Inglaterra¹⁵ comparou unidades com AA e sem AA, e mostrou que a espera por consultas com qualquer médico diminuiu expressivamente com o AA comparadas com as práticas de controle. O número de atendimento oferecido também aumentou, no entanto não se observou diferenças na continuidade do cuidado e na redução da carga de trabalho dos profissionais.

Com base em suas dimensões, a longitudinalidade em relação à organização da marcação tradicional intervém para a redução do agendamento em longo prazo e diminuiu o tempo de espera para consulta médica. Este sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas na APS, além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que podem ocorrer no cotidiano dos serviços¹⁶.

Também, representa importante diretriz para o fortalecimento da ESF em seu propósito de transformar a realidade sanitária da população, aprimorando sua potencialidade em se tornar cada vez mais a fonte habitual de atenção e cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷.

A longitudinalidade é a relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários, permeada por fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

pessoas e os profissionais de saúde⁴. Nesta perspectiva a garantia da longitudinalidade da atenção necessita de boa comunicação entre as partes, confiança e senso de responsabilidade ao longo de toda a relação⁵. Muitas vezes a palavra continuidade substitui a longitudinalidade; entretanto a continuidade do cuidado é conceituada como “o acompanhamento por um mesmo médico ou não de um problema específico do usuário.” A continuidade não é um elemento característico da Atenção Primária nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o usuário, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia⁶.

Neste contexto, alcançar atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como usual, que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada¹⁻⁴.

Assim, parte-se do pressuposto que, entre os desafios da implementação do AA, a longitudinalidade do cuidado representa importante diretriz para o fortalecimento da ESF porque é um modelo de atenção privilegiado para o cuidado. Portanto para se alcançar essa atenção longitudinal, é necessário que faça sentido ao usuário a identificação de uma fonte de atenção como usual, sendo essa fonte habitual de atenção orientada para a pessoa

Um estudo sobre a implementação do modelo AA em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior de São Paulo, demonstrou que houve um aumento do número de atendimentos médicos, sendo uma medida indireta da ampliação do acesso a população. Contudo, é questionável se esta oferta se dá à custa de menor tempo de atendimento, o que poderia afetar a qualidade da atenção em saúde e da longitudinalidade¹⁸.

Neste sentido, este estudo propôs avaliar a longitudinalidade do cuidado antes, durante e após a implementação do AA na Coordenadoria Regional Sul (CRSul) em São Paulo-SP, através do método Continuidade do Profissional Usual (UPC).

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

METODOLOGIA

Para a definição da população do presente estudo, utilizou-se o banco de dados da pesquisa “Regulação em saúde: fatores relacionados à resolutividade na Atenção Básica”. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein em reunião realizada em 12/03/2019, CAAE 06807019.2.0000.0071, Parecer nº 3.212.241 e financiado pelo CNPq ((Processo 409134/2018-0). Teve como objetivo identificar os fatores envolvidos na resolutividade da atenção à saúde utilizando para isso a satisfação do usuário medida através do PCATool dimensão usuários adultos e as características sociodemográficas da região.

A partir de um banco de dados secundários, coletados pela pesquisa citada acima, foi selecionado para este estudo as Unidades Básica de Saúde (UBS) que continham coordenadoras com participação na Comissão de Regulação do Planejamento Estratégico da Instituição, e que iniciaram a implementação do AA no período de junho de 2018. Assim foram elegíveis cinco unidades, denominadas: UBS A, UBS B, UBS C, UBS D e UBS E.

Foram realizadas entrevistas com aplicação do PCATool com 5 equipes de Saúde da Família e 295 usuários. Utilizou-se também, o sistema Módulo de Atenção Básica (MAB), (sistema em desuso, mas no período da coleta de dados estava em vigor), que é um sistema que armazena dados referentes a todas as ações realizadas nas Unidades de Saúde e nas equipes de Saúde da Família, de forma similar a um prontuário eletrônico. Os dados foram alocados na plataforma REDCap® - Research Electronic Data Capture e pelo Sistema Gerenciador de Projetos de Pesquisa (SGPP), de forma anonimizada.

A partir dos dados levantados pela pesquisa “Regulação em saúde: fatores relacionados à resolutividade na Atenção Básica” foi selecionado para este estudo as UBS que continham coordenadoras de saúde e que iniciaram a implementação do AA no período de junho de 2018. Assim, foram as Unidades neste estudo nominadas, UBS A, UBS B, UBS C, UBS D e UBS E, sendo utilizado os dados referentes ao instrumento PCATool versão usuário adulto, para avaliar o Atributo Acesso de primeiro contato - Utilização e Acessibilidade e o Atributo longitudinalidade do cuidado nas Equipes que implementaram o Acesso Avançado sob a ótica

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

do usuário. E os dados do sistema MAB para calcular a UPC (number usual provider continuity) que é o indicador de continuidade do cuidado utilizado nesse estudo.

A UPC, tem como objetivo, avaliar o número de consultas a uma fonte habitual de atenção, onde esse número deverá ser dividido pelo número total de consultas no mesmo período de tempo. A razão resultante é conhecida como UPC¹⁹. Quanto mais próxima de 1 for a razão, mais alta a longitudinalidade. Esta medida, quando aplicada a todas as consultas dentro de um período determinado de tempo (geralmente um ano), indica a extensão na qual uma fonte habitual de atenção é usada ao longo do tempo¹.

As variáveis de interesse para estudo retiradas do sistema MAB foram:

- 1- Número total de vezes que procurou a UBS;
- 2- Número total de vezes que foi atendido por sua eSF (médico, enfermeiro) de referência;
- 3- Número total de vezes que foi atendido por sua eSF irmã (médico, enfermeiro);
- 4- Número total de vezes que foi atendido por profissionais (médico, enfermeiro) de outra equipe;
- 5- Resultado UPC eSF.

Os dados foram divididos respectivamente: antes da implementação AA nas cinco UBS (início 2º semestre de 2017 ao 1º semestre de 2018), durante a implementação AA nas cinco UBS (início 2º semestre de 2018 ao do 1º semestre de 2019) e depois da implementação AA nas cinco UBS (início 2º semestre de 2019 a fim do 1º semestre de 2020).

A análise estatística foi realizada por meio do software R, versão 4.1.2²⁰. A análise foi realizada por meio de números absolutos e proporções. A diferença entre as proporções foi testada pelo teste Exato de Fisher. Considerou-se nível de significância de 5%. O desenvolvimento deste estudo atendeu padrões de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

No sentido de garantir o anonimato das UBS optamos aqui por não utilizar os nomes das UBS e sim batiza-las de A, B, C, D e E. Os dados demonstram que as UBSs A, B e C, apresentaram uma UPC maior, antes da implementação do AA. Sendo que a UBS A possuía uma UPC >0,6 a 1 em 81% dos seus atendimentos antes da implementação do AA passando a

**ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO
ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS**

ter uma UPC >0,6 a 1 em 74,8% dos atendimentos após 1 ano da implementação do AA (valor $p=0,604$). A UBS B possuía uma UPC >0,6 a 1 em 91,6 % dos seus atendimentos antes da implementação do AA passando a ter uma UPC >0,6 a 1 em 78,2% dos atendimentos após 1 ano da implementação do AA (valor $p=0,217$). Não diferente disso a UBS C possuía uma UPC >0,6 a 1 em 77,4 % dos seus atendimentos antes da implementação do AA, passando a ter uma UPC >0,6 a 1 em 55% dos atendimentos após 1 ano da implementação do AA (valor $p=0,218$), sendo esta a UBS com a longitudinalidade mais comprometida após a implementação do AA.

Em contrapartida, as UBS D e E, demonstraram uma melhora da UPC após a implementação do AA. Onde, a UBS D possuía uma UPC >0,6 a 1 em 38,8 % dos seus atendimentos antes da implementação do AA, passando a ter uma UPC >0,6 a 1 em 81,5% dos atendimentos após 1 ano da implementação do AA ($p=0,0017$). E a UBS E possuía uma UPC >0,6 a 1 em 60,8% dos seus atendimentos antes da implementação do AA passando a ter uma UPC >0,6 a 1 em 84,6% dos atendimentos após 1 ano da implementação do AA ($p=0,00$), (Tabela 1). A única diferença estatisticamente significativa foi identificada na UBS D.

**ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO
ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS**

Tabela 1 : Distribuição dos dados UPC, antes da implementação do AA (P1), durante a implementação do AA (P2) e após um ano da implementação do AA(P3), nas 5 UBS, São Paulo, SP, 2021.

N	UBS A			UBS B			UBS C			UBS D			UBS E																	
	52			79			40			56			68																	
	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3															
UPC	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%														
*USAP	15		5		4		20		8		6		9		5		0		17		9		2		27		18		3	
0	1	2.7	3	6.3	4	8.3	2	3.4	5	7.0	10	13.7	3	9.7	2	5.7	11	27.5	11	28.2	3	6.4	2	3.7	5	12.2	3	6.0	1	1.5
0.1	1	2.7	1	2.1	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
0.2	0	0.0	1	2.1	3	6.2	0	0.0	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	2.9	4	10.0	1	2.6	1	2.1	1	1.8	1	2.4	1	2.0	1	1.5
0.3	2	5.4	1	2.1	2	4.1	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	3.2	2	5.7	3	7.5	3	7.7	1	2.1	2	3.7	2	4.9	1	2.0	3	4.6
0.4	0	0.0	2	4.2	0	0.0	0	0.0	1	1.4	2	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	10.3	1	2.1	2	3.7	3	7.3	1	2.0	1	1.5
0.5	3	8.1	12	25.5	2	4.1	3	5.1	2	2.8	3	4.1	3	9.7	3	8.6	4	10.0	4	10.3	3	6.4	3	5.6	5	12.2	3	6.0	4	6.1
0.6	0	0.0	3	6.3	3	6.2	2	3.4	0	0.0	1	1.4	0	0.0	2	5.7	2	5.0	2	5.1	1	2.1	1	1.8	5	12.2	2	4.0	3	4.6
0.7	2	5.4	9	19.1	9	18.7	8	13.6	6	8.4	11	15.1	3	9.7	3	8.6	3	7.5	3	7.7	5	10.6	9	16.7	9	21.9	7	14.0	17	26.1
0.8	2	5.4	0	0.0	6	12.5	4	6.8	3	4.2	4	5.5	5	16.1	7	20.0	2	5.0	1	2.6	4	8.5	5	9.3	1	2.4	2	4.0	5	7.7
0.9	2	5.4	0	0.0	3	6.2	3	5.1	7	9.9	4	5.5	3	9.7	1	2.9	0	0.0	0	0.0	5	10.6	3	5.6	1	2.4	7	14.0	5	7.7
1	24	64.8	15	31.9	15	31.2	37	62.7	46	64.8	37	50.7	13	41.9	13	37.1	11	27.5	9	23.0	23	48.9	26	48.1	9	21.9	23	46.0	25	38.5
Total	37	100	47	100	48	100	59	100	71	100	73	100	31	100	35	100	40	100	39	100	47	100	54	100	41	100	50	100	65	100
>0.6 a 1		81.0		57.3		74.8		91.6		87.3		78.2		77.4		74.3		55.0		38.8		80.7		81.5		60.8		82		84.6

* USAP: Usuários sem atendimento por médico ou enfermeiros durante o período do estudo

P1: Período correspondente a 1 ano antes da implementação do AA (início 2º semestre de 2017 ao fim do 1º semestre de 2018)

P2: Período correspondente ao ano durante a implementação do AA (início do 2º semestre de 2018 a fim do 1º semestre de 2019).

P3: Período correspondente a 1 ano após a Implementação do AA (início 2º semestre de 2019 a fim do 1º semestre de 2020).

Os dados demonstram que a UBS A, UBS B e UBS C, apresentaram uma UPC maior, antes da implementação do AA. Ou seja, para essas UBSs a implementação do AA comprometeu a longitudinalidade do cuidado. Em contrapartida as UBS D e UBS E, demonstraram uma melhora da UPC após a implementação do AA. Esses resultados distintos

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

com essas 2 UBS, pode ter tido interferência direta do modelo adotado pelos gestores de não ter equipes irmãs pela UBS E desde o início da implementação do AA e da retirada das equipes irmãs da UBS D ao longo do processo de implementação do AA. Esse evento, que pelo seu conceito ajudaria as eSF a melhorarem sua longitudinalidade do cuidado, aqui se demonstrou em empecilho para o desempenho desse atributo. Não foi encontrado na literatura correlação da existência de equipes irmãs interferirem na longitudinalidade do cuidado.

DISCUSSÃO

No Brasil não foram encontrados estudos que utilizam o método UPC para mensurar a longitudinalidade do cuidado. Estudo realizado com usuários portadores de hipertensão arterial que foram acompanhados por pelo menos um ano na Clínica de Atenção Primária do Centro Médico da Universidade da Malásia, a UPC média foi de 0,43, onde perceberam que a longitudinalidade do cuidado não interferiu diretamente no controle de Pressão Arterial²¹.

Outro estudo teve como objetivo mensurar a continuidade do cuidado em uma clínica geral com 9.409 pacientes no Reino Unido onde obtiveram uma pontuação média de UPC de 0,61²². A continuidade do cuidado com portadores de diabetes correlacionando as hospitalizações evitáveis em Taiwan, apresentou uma UPC <0,75, sendo estes resultados significativamente associados ao aumento do risco de hospitalização em comparação com os usuários com alta continuidade de cuidados²³.

Para que haja a longitudinalidade do cuidado é preciso conhecer o usuário, a família e a comunidade. A APS favorece boas relações interpessoais, e laços de confiança, apresentando-se como um elo entre o usuário e os serviços de saúde em todas as suas dimensões⁴. Pesquisa realizada no sul do Brasil⁷, identificou que, para a maioria dos entrevistados o profissional de saúde não os conhece como pessoa, mas somente como alguém com um problema de saúde, o que demonstra que o modelo tradicional curativo voltado à doença continua presente nos serviços de APS.

Rose KD, Ross JS, Horwitz LI²⁴, avaliaram os efeitos do AA sobre a satisfação do usuário e os resultados mostraram que o AA foi associado a uma redução na continuidade do cuidado, o que pode levar a uma piora na qualidade do atendimento e na saúde do usuário a longo prazo. Do mesmo modo, em uma revisão sistemática, Lin, W.*et al*; concluíram que o AA

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

pode levar a uma fragmentação do cuidado, aumentando o risco de erros de medicação e de resultados insatisfatórios para o usuário²⁵.

Do mesmo modo, em 2018 no Reino Unido, avaliou-se o impacto do AA na qualidade do atendimento primário²⁶. Os resultados mostraram que o AA foi associado a uma menor continuidade do cuidado e a uma piora na satisfação do usuário. Neste mesmo interim, pesquisa realizada em 2017 nos Estados Unidos comparou a continuidade do cuidado entre pacientes atendidos em consultórios médicos com e sem AA²⁷. Os resultados mostraram que o AA foi associado a uma redução na continuidade do cuidado e a um aumento no uso de serviços de emergência.

Estudos brasileiros^{18,28,29} demonstram oposição aos resultados mencionados acima. No entanto, estes estudos não avaliaram continuidade, mas fazem menção que houve melhora da continuidade. É importante notar que nem todos os estudos comprovam a relação do AA com a longitudinalidade e que mais pesquisas são necessárias para entender completamente os impactos do AA para o cuidado.

No presente estudo, o atributo longitudinalidade do cuidado foi impactado com a implantação do AA. Este resultado pode estar influenciado mais por questões de planejamento e administrativa, como por exemplo, a ausência de equipes irmãs nas unidades inseridas neste estudo, do que propriamente pela inadequação do modelo de AA.

Fazer a contraposição entre os atributos, acesso e longitudinalidade é um posicionamento delicado, pois afirmar que não é possível melhorar o acesso porque ~~isso vai~~ irá prejudicar a longitudinalidade do cuidado é praticamente dizer que teremos que escolher se queremos um serviço “acessível” ou um serviço de “cuidados continuados”. Na verdade, devemos, enquanto defensores da APS, perseguir e buscar construir serviços que possuam ambos os atributos, ou seja, serviços que sejam acessíveis e garantam a longitudinalidade do cuidado.

Conclui-se que o atributo longitudinalidade do cuidado foi por problemas de planejamento e de cobertura da assistência nas UBS da região sul do município de São Paulo. Tais problemas não podem ser atribuídos unicamente a implementação do modelo de Acesso Avançado.

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os propósitos deste estudo foram atingidos, entretanto, há restrições que devem ser ponderadas. Os desfechos expostos neste contexto ressaltam a importância de empreender estudos suplementares direcionados à longitudinalidade em unidades com o modelo Acesso Avançado. Portanto, é aconselhável que investigações vindouras englobem análises empíricas capazes de fornecer uma perspectiva mais exaustiva sobre os assuntos tratados.

REFERÊNCIAS

1. Borin ER, Silva CB da, Trindade L de L, Reinehr KR, Ascari RA, Barimacker SV. Avaliação dos atributos essenciais na estratégia saúde da família: perspectiva dos usuários e usuárias. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2024;29:e91791.
2. Alves VL dos S, Oliveira JM de, Barbosa S do N, Gasque KC da S. Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: acesso no período pós-conversão em Estratégia Saúde da Família. *Rev. Portal: Saúde e Sociedade* [Internet]. 5 de junho de 2024 [citado 14 de outubro de 2024];9(Especial).
3. Faust SB, Ramos FRS, Brehmer LC de F. Construção de uma escala de avaliação do ambiente de trabalho na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2024;28:e20230156.
4. Oliveira LGF, Fracolli LA, Castro DMC de L, Gryscek AL de FPL, Pina-Oliveira AA, da Silva LA, et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar* [Internet]. 18 de julho de 2023 [citado 13 de outubro de 2024];27(7):3385-9.
5. Maciel AMM, Lettiere-Viana A, Mishima SM, Fermino TZ, Matumoto S. The longitudinality of care from the perspective of Family Health users. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2024;58:e20240051.
6. Michalczyzyn KC, Takemoto AY, Ichisato SMT, Birolim MM, Romanini MNS, Uema RTB. Coordenação e longitudinalidade: o cuidado na gestação de alto risco sob a perspectiva do enfermeiro.
7. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, Soares RSA, Trindade LL. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2019; 32(2):186-193.
8. Oliveira LGF, Fracolli LA, Pina-Oliveira AA, Gryscek AL de FPL, Silva MR da, Campos DS, Castro DMC de L, Geraldo DC, Farias LG, Macedo SG. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO
ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

à Saúde. *Revista JRG* [Internet]. 20º de março de 2024 [citado 14 de outubro de 2024];7(14):e14973.

9. Vergara CMAC. Coordenação do Cuidado, Inovações Tecnológicas e Gestão em Saúde. *Gest. Cuid. Saúde* [Internet]. 18º de março de 2024 [citado 14 de outubro de 2024];2(1):e12803.

10. Breton M, Gaboury I, Beaulieu C, et al. Revising the advanced access model pillars: A multimethod study. *CMAJ Open*. 2022;10(3):E799-E806.

11. Breton M, Gaboury I, Sasseville M, Beaulieu C. Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: Study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. *BMJ Open*. 2021;11(11):e046411.

12. Oliveira LGF, Fracolli LA. Estrategias de colaboración para implementar el acceso avanzado: una revisión panorámica. *EFDeportes* [Internet]. 10 de enero de 2023 [citado 14 de octubre de 2024];27(296):185-13.

13. Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A de, Aragão CM de, Reigada CL de L. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2022;20:e00588191.

14 Oliveira LGF, Fracolli LA. Estrategias de colaboración para implementar el acceso avanzado: una revisión panorámica [Internet]. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. 2023; 27(296).

16. Carvalho FC de, Gomes CS, Bernal RTI, Pinto HA, Pereira CA, Malta DC. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2024Apr;48(141):e8666.

17. Alves Fiorenza L, Zamberlan C, Oliveira dos Santos N. Um estudo sobre a longitudinalidade pela avaliação dos usuários da atenção primária em saúde. *RBM* [Internet]. 1º de setembro de 2023 [citado 14º de outubro de 2024];26(3):23-32.

18 Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso avançado em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saude Debate*. 2019; 43(121):605-13.

19. Pereira de Sousa Rocha N, Macedo VLM de, Cagliari EB, Stival MM, Funghetto SS, Viana ALD, Rehem TCMSB. Characteristics of Primary Care associated with the occurrence of Ambulatory Care Sensitive Conditions: a Scoping Review: Características da atenção primária associadas à ocorrência de internações por condições sensíveis: uma revisão de escopo. *CLIUM* [Internet]. 31º de maio de 2024 [citado 14º de outubro de 2024];24(11):528-50.

20 R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (R Foundation for Statistical Computing, 2020).

ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO
ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS

21 Hanafi, N. S.; Abdullah, A.; Lee, P. Y.; Liew, S. M.; Chia, Y. C.; Khoo, E. M. Personal Continuity of Care in a University-Based Primary Care Practice: Impact on Blood Pressure Control. *PLoS One*. 10(7):e0134030. 2015.

22 Sidaway-Lee, K.; Gray, D. P.; Evans, P. A method for measuring continuity of care in day-to-day general practice: a quantitative analysis of appointment data. 2019.

23 Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 2011;171(13):1150–1159.

24 Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011 Jul 11;171(13):1150-9.

25 Lin, W.; Huang, I. C.; Wang, S. L.; Yang, M. C.; Yaung, C. L. A continuidade do tratamento do diabetes está associada a hospitalizações evitáveis: evidências do esquema de Seguro Nacional de Saúde de Taiwan. *Int J Qual Saúde*. fev;22(1):3-8. 2010.

26 Salisbury C. Evaluating open access: problems with the program or the studies? *Ann Intern Med*. 2008;149(12):910-911.

27 Timbie, J.W., Hussey, P.S., Setodji, C.M. *et al.* Association Between Patient-Centered Medical Home Capabilities and Outcomes for Medicare Beneficiaries Seeking Care from Federally Qualified Health Centers. *J GEN INTERN MED* 32; 2017, 997–1004.

28 Franco FV, Nascimento Monteiro C, Maganha e Melo CR, Aparecida Fracolli L. Resolutividade das consultas de enfermagem numa unidade básica de saúde com acesso avançado. *Revista Recien*. 2021 Dec 22;11(36):300–8.

29 Bonilla PP de G, Wollmann L. Avaliação da implantação do acesso avançado nos indicadores de qualidade de uma unidade de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 17 de julho de 2020.

Submetido em: 23/8/2023

Aceito em: 16/4/2025

Publicado em: 30/9/2025

**ANÁLISE DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE COM A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO
ACESSO AVANÇADO: ESTUDO DE MÚLTIPLOS CASOS**

Contribuições dos autores
<p>Celia Regina Maganha e Melo: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação - revisão e edição.</p> <p>Lislaine Aparecida Fracoli: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação - revisão e edição.</p> <p>Larayne Gallo Farias Oliveira: Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação - revisão e edição.</p>
Todos os autores aprovaram a versão final do texto.
<p>Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.</p> <p>Financiamento: Não possui financiamento</p>
<p>Autor correspondente: Celia Regina Maganha e Melo Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo/SP, Brasil, CEP 05403-000. celiamelo@usp.br</p>
<p>Editora: Dra. Christiane de Fátima Colet</p> <p>Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz</p>

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

