



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM GESTÃO EM SAÚDE**

**GESTÃO DAS DEMANDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS QUE
QUALIFICAM O ACESSO**

ANA RITA MACHADO

Foz do Iguaçu
2025



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE**

**GESTÃO DAS DEMANDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS QUE
QUALIFICAM O ACESSO**

ANA RITA MACHADO

Artigo apresentado a Universidade Federal da Integração Latino- Americana como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador: Prof. Neyandra Santos Sanches

Foz do Iguaçu
2025

ANA RITA MACHADO

**GESTÃO DAS DEMANDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS QUE
QUALIFICAM O ACESSO**

Artigo apresentado a Universidade Federal da Integração
Latino- Americana como requisito parcial para obtenção
de título de Especialista em Gestão da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Neyandra Santos Sanches - UNILA

Prof. Dr. Edmar Geraldo Ribeiro - FASEH

Prof. Esp.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

A Deus, por me conceder força, sabedoria e fé nos momentos de desafio.
À minha filha, razão do meu viver, que me inspira todos os dias a ser uma mulher e profissional
melhor. Que este esforço seja um exemplo de perseverança e amor pelos estudos.
Ao meu noivo, companheiro de vida e parceiro em todos os momentos, que com seu amor, paciência e
apoio me fortaleceu durante toda essa jornada.
À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional, pelos valores ensinados e por
sempre acreditarem nos meus sonhos, mesmo quando pareciam distantes.
Aos meus colegas de jornada, que compartilharam comigo aprendizados, dúvidas e conquistas ao
longo desse percurso.
E a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, que me motivam a seguir acreditando no SUS
e na força da saúde pública como instrumento de transformação social.

AGRADECIMENTOS

Às queridas Equipes de Saúde da Família de Chapada do Norte, Minas Gerais, minha eterna gratidão pelo acolhimento, pela partilha das experiências, e por me permitirem enxergar de perto a potência do SUS vivido na ponta, com dedicação, humanidade e compromisso com a comunidade.

À Professora Neyandra, minha orientadora, pela escuta sensível, pela generosidade em compartilhar seus saberes e pela confiança em meu trabalho. Sua orientação foi essencial para que este TCC ganhasse forma e sentido.

Aos professores e à equipe da UNILA, por promoverem um espaço de reflexão crítica, compromisso social e construção coletiva do conhecimento. Levo comigo muito mais do que conteúdo — levo a certeza de que é possível transformar realidades com afeto, técnica e gestão comprometida.

Aos colegas de jornada, pela partilha, pelas trocas sinceras e pelos laços construídos mesmo à distância.

E a todos que, de alguma forma, estiveram presentes nesta caminhada, deixo meu sincero muito obrigada. Cada gesto, cada palavra e cada presença foram fundamentais para que este sonho se tornasse realidade.

"Na Atenção Primária, aprendi que cuidar vai além do protocolo — é escutar silêncios, acolher histórias e acreditar que, mesmo em cenários de escassez, a presença comprometida transforma realidades."

Ana Rita Machado

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar estratégias que qualificam o acesso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da gestão das demandas espontâneas, agendadas e programadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, conduzida por meio de revisão integrativa da literatura e observação participante em UBS. Os resultados evidenciam que a sobreposição de demandas, a rigidez das agendas e a ausência de critérios claros de acolhimento comprometem o acesso efetivo ao cuidado. Por outro lado, estratégias como o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, organização flexível da agenda e fortalecimento do vínculo territorial mostraram-se efetivas na qualificação do acesso. Conclui-se que a gestão das demandas deve estar articulada ao planejamento participativo, à valorização da equipe de saúde e ao compromisso com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Programação de Serviços de Saúde ; Estratégias de Saúde; Unidades Básicas de Saúde.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar estrategias que cualifican el acceso en las Unidades Básicas de Salud (UBS), a partir de la gestión de las demandas espontáneas, programadas y agendadas. Se trata de una investigación cualitativa, realizada mediante revisión integrativa de la literatura y observación participante en UBS. Los resultados evidencian que la superposición de demandas, la rigidez de las agendas y la falta de criterios claros de acogida comprometen el acceso efectivo al cuidado. Por otro lado, estrategias como la acogida con escucha calificada, clasificación de riesgo, organización flexible de la agenda y fortalecimiento del vínculo territorial demostraron ser eficaces en la calificación del acceso. Se concluye que la gestión de la demanda debe articularse con la planificación participativa, la valorización del equipo de salud y el compromiso con los principios del SUS.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Acceso a los Servicios de Salud; Programación de Servicios de Salud; Estrategias en Salud; Unidades Básicas de Salud.

ABSTRACT

This study aims to analyze strategies that improve access to Primary Health Care (PHC) through the management of walk-in, scheduled, and programmatic demands. It is a qualitative research based on an integrative literature review and participant observation in PHC units. The findings reveal that overlapping demands, rigid scheduling, and the lack of clear reception criteria hinder effective access to care. Conversely, strategies such as reception with qualified listening, risk classification, flexible scheduling, and strengthening of community ties proved effective in improving access. It is concluded that demand management must be linked to participatory planning, the appreciation of health teams, and adherence to SUS principles.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Health Services Programming; Health Strategies; Basic Health Units.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

e-SUS APS – Sistema de Informação do SUS para a Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 METODOLOGIA	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde, tanto em nível global quanto nacional, evidencia transformações profundas nas formas de cuidado e na organização dos sistemas sanitários. Durante grande parte do século XX, predominou um modelo centrado no hospital, voltado às especialidades e às tecnologias de alta complexidade (FARIA, 2010; PEREIRA et al., 2018). Contudo, o aumento dos custos e a constatação de que os indicadores de saúde não evoluíam na mesma proporção dos avanços técnicos impulsionaram a busca por novos paradigmas assistenciais (ILLICH, 1975; GIOVANELLA et al., 2021).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, na década de 1970, a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante dos sistemas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da atenção integral às pessoas e comunidades (WHO, 2018). No Brasil, essa perspectiva se consolidou com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizada pela Constituição Federal de 1988. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS redefiniu a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientando-se por um modelo centrado na cidadania e na justiça social (BRASIL, 2017; SOUZA; MENDES, 2022).

A Atenção Primária, instituída como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado, assumiu papel central na organização da rede de atenção. Sua principal estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF), busca aproximar o cuidado das necessidades concretas das comunidades por meio de equipes multiprofissionais que atuam em territórios adscritos (BRASIL, 2020). No entanto, garantir acesso efetivo vai além da presença física dos serviços: envolve acolhimento, oportunidade, vínculo, resolutividade e continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2019).

De acordo com Giovanella e colaboradores (2021), o acesso se concretiza quando as necessidades de saúde do usuário são atendidas de forma oportuna, com qualidade técnica e sensibilidade relacional. Essa perspectiva exige que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizem seus processos de trabalho de maneira integrada, conciliando diferentes fluxos de atendimento — como a demanda espontânea, a agendada e a programada — sem comprometer a integralidade e a equidade.

O cotidiano das UBS expressa claramente esses desafios. A demanda espontânea inclui situações de urgência, agravos agudos e questões administrativas; a demanda agendada refere-se às consultas previamente marcadas; e a demanda programada abrange o acompanhamento sistemático de grupos prioritários, como gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas (SOUZA et al., 2020; OLIVEIRA; FRACOLLI, 2021). Quando esses fluxos não são adequadamente geridos, surgem sobrecargas, longas filas, interrupções nas ações preventivas e insatisfação dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FERREIRA; GIOVANELLA, 2022).

Para enfrentar essa complexidade, diversas estratégias vêm sendo incorporadas às práticas da APS. O acolhimento com escuta qualificada, previsto na Política Nacional de Humanização, reconhece todas as demandas apresentadas pelo usuário, organiza os fluxos internos e orienta o cuidado segundo critérios de prioridade clínica e vulnerabilidade social (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BRASIL, 2021). A classificação de risco, adaptada ao contexto da atenção primária, tem contribuído para qualificar a triagem e fortalecer a equidade no atendimento (MENDES; MORAES, 2020).

Além disso, experiências com o acesso avançado (*same-day access*) têm mostrado resultados positivos ao reduzir o tempo de espera e aumentar a resolutividade das consultas (MURRAY; BERWICK, 2003; SILVA et al., 2021). Já as ações de demanda programada, articuladas ao planejamento participativo e à vigilância em saúde, são fundamentais para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2020; ZOBOLI; FRACOLLI, 2019).

A escolha deste tema parte da vivência profissional da autora na Atenção Primária à Saúde, especialmente no município de Chapada do Norte (MG), onde os desafios da gestão das demandas se apresentam de forma concreta e cotidiana. A experiência em territórios vulneráveis revela a necessidade de compreender como as estratégias de organização do acesso podem ser aplicadas de modo efetivo, respeitando as singularidades locais e fortalecendo o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado.

Dessa forma, a relevância deste estudo reside tanto em sua dimensão prática quanto ética e política, pois busca contribuir para a melhoria da gestão dos serviços e para a consolidação dos princípios do SUS. O estudo justifica-se pela escassez de pesquisas que sistematizam práticas bem-sucedidas na gestão das demandas, especialmente no contexto da APS brasileira contemporânea (GOMES; MENDES, 2023).

Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as estratégias de gestão das demandas nas Unidades Básicas de Saúde que contribuem para a qualificação do acesso

na Atenção Primária à Saúde. Especificamente, pretende-se: (i) identificar, na literatura científica, as estratégias utilizadas na gestão das demandas nas UBS; e (ii) analisar como essas estratégias repercutem na qualificação do acesso.

Ao articular evidências científicas e a prática cotidiana da APS, o estudo pretende oferecer subsídios consistentes para profissionais, gestores e formuladores de políticas públicas. A expectativa é que, ao reconhecer desafios e valorizar experiências exitosas, seja possível fortalecer a Atenção Primária como espaço de cuidado integral, resolutivo e equitativo, reafirmando seu papel como base estruturante do Sistema Único de Saúde.

2 METODOLOGIA

O presente estudo inscreve-se no campo da pesquisa qualitativa, fundamentado em uma revisão integrativa da literatura, método amplamente reconhecido por sua capacidade de integrar diferentes delineamentos empíricos e subsidiar sínteses interpretativas robustas em temas complexos da saúde coletiva (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2015).

A escolha por esta abordagem decorre da necessidade de compreender, sob perspectiva ampliada, os modos pelos quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizam suas modalidades de demanda e como tais arranjos repercutem na qualificação do acesso, fenômeno multifacetado e atravessado por dimensões organizacionais, simbólicas e políticas (GIOVANELLA et al., 2021).

A revisão integrativa se revela especialmente pertinente para análise de processos de gestão do trabalho em saúde, uma vez que permite apreender interfaces entre práticas clínicas, modelos organizativos e formas de regulação do acesso, aspectos historicamente problematizados no campo da APS por autores como Campos e Domitti (2007) e Souza e Mendes (2022).

A partir da identificação de lacunas teóricas e empíricas na literatura sobre gestão das demandas, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora:

Quais estratégias de gestão das demandas têm sido empregadas nas Unidades Básicas de Saúde para qualificar o acesso na Atenção Primária à Saúde?

Essa pergunta encontra fundamento na compreensão da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes, conforme discutido por Starfield (2002) e reforçado no contexto brasileiro por Giovanella et al. (2019).

Conforme orientações de rigor metodológico propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), foram definidos critérios explícitos de inclusão e exclusão.

Foram incluídos artigos que: apresentassem metodologia claramente descrita; tivessem sido publicados entre 2013 e 2024; estivessem escritos em português, inglês ou espanhol; abordassem gestão da demanda, organização de serviços ou acesso na APS, conforme perspectivas de autores como Oliveira e Fracoli (2021) e Ferreira e Giovanella (2022); dialogassem com o processo de trabalho das UBS ou com estratégias estruturantes da APS. Foram excluídos: artigos duplicados; trabalhos acadêmicos sem revisão por pares; documentos institucionais sem método claramente definido; estudos que não apresentavam relação substantiva com a temática; publicações com inconsistências

metodológicas, conforme análise integral.

As buscas foram realizadas entre maio e julho de 2025 nas bases SciELO, LILACS/BVS e PubMed/MEDLINE, reconhecidas por sua abrangência e pertinência para a Saúde Coletiva. A estratégia utilizou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), articulados segundo operadores booleanos, conforme recomendado em revisões integrativas (WHITTEMORE; KNAFL, 2015).

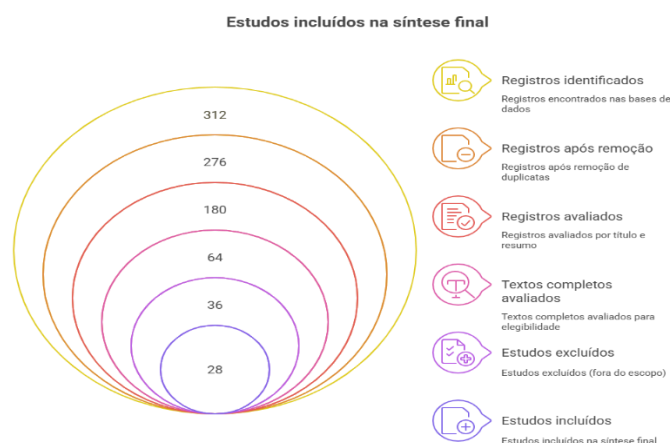
Os registros identificados foram sistematizados em planilha eletrônica. Em seguida, conforme metodologia recomendada por Souza et al. (2020), procedeu-se à: eliminação de duplicidades; depuração de registros incompletos; padronização dos metadados.

A triagem ocorreu em duas etapas:

- a) Seleção preliminar: Análise de títulos e resumos para avaliar pertinência ao objeto de estudo, conforme prática adotada em estudos de APS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).
- b) Seleção aprofundada: Leitura integral dos textos potencialmente elegíveis, com análise das seções metodológicas, resultados e coerência interna, seguindo recomendações de Campos e Souza (2021). A seleção foi realizada por dois avaliadores independentes, resolvendo-se divergências por consenso, prática reconhecida para aumentar validade interna de revisões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os estudos incluídos foram sistematizados em uma matriz contemplando: autoria; ano; país; objetivo; método; principais achados; conclusões.

A Figura 1 apresenta a síntese das etapas do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, evidenciando o afunilamento progressivo dos registros até a composição final do corpus analisado.

Figura 1 – Estudos incluídos na síntese final



Autor: Própria Autora, 2025. Fonte: Autoria Própria, 2025.

A categorização dos achados baseou-se em referenciais da Saúde Coletiva e da teoria do trabalho em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), organizando os resultados em dois eixos epistemológicos:

1. Modalidades estruturantes da gestão da demanda (espontânea, agendada, programada);
2. Estratégias organizacionais, clínicas e tecnológicas para qualificação do acesso, incluindo acolhimento, classificação de risco, acesso avançado e organização de agendas (SILVA; MORAIS; SILVA, 2019; ZOBOLI; FRACOLLI, 2019).

A análise temática, conforme proposta de Bardin (2011), orientou a interpretação dos dados. Essa técnica permite a decomposição do corpus em unidades de sentido e posterior recomposição em categorias analíticas.

A análise foi estruturada em quatro movimentos, inspirados em Franco, Bueno e Merhy (1999) e Giovanella et al. (2021): leitura global do corpus; identificação de núcleos semânticos; agregação categorial; síntese interpretativa, articulando aspectos organizacionais, clínicos e político-institucionais.

O percurso metodológico adotado — ancorado nos referenciais da revisão integrativa e no arcabouço teórico da APS — assegurou rigor, transparência e densidade interpretativa. A articulação entre literatura científica e a experiência profissional da autora, utilizada como recurso hermenêutico, segue orientação de autores que valorizam o diálogo entre prática e teoria na APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, a metodologia aqui descrita possibilitou apreensão ampliada das estratégias de gestão das demandas e de suas repercussões sobre o acesso, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos na revisão integrativa revelou um consenso consolidado: a qualificação do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS) depende, de maneira intrínseca, da organização e articulação das três modalidades de demanda que estruturam o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) — espontânea, agendada e programada. Essas modalidades não representam apenas categorias operacionais; constituem expressões concretas das necessidades de saúde, que exigem respostas diferenciadas da equipe, integrando clínica, gestão e vigilância em saúde (SOUZA; MENDES, 2022; OLIVEIRA; FRACOLLI, 2021). Assim, o modo como os serviços equilibram e organizam esses fluxos revela a maturidade da APS enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede assistencial.

Nos últimos anos, o debate sobre o acesso na APS brasileira tem sido marcado por complexidades crescentes. Mudanças no perfil epidemiológico — como o aumento de condições crônicas, transtornos mentais e agravos relacionados às desigualdades sociais — têm ampliado a pressão sobre os serviços (GOMES; MENDES, 2023). Paralelamente, transformações tecnológicas, como a incorporação de prontuário eletrônico, teleconsultorias, algoritmos de priorização e sistemas de monitoramento em tempo real, alteraram profundamente os processos de trabalho, introduzindo novas possibilidades, mas também novos desafios na governança do acesso (BRASIL, 2023).

A pandemia de COVID-19 intensificou ainda mais essa complexidade. Além de sobrecarregar as UBS, ela expôs fragilidades estruturais — insuficiência de equipes, descompasso entre demanda e oferta, ausência de protocolos de classificação e rigidez organizacional —, ao mesmo tempo em que mostrou a potência da APS em situações críticas, especialmente quando articulada com vigilância em saúde, cuidado territorial e estratégias intersetoriais. Como apontam Ferreira e Giovanella (2022), o período pós-pandêmico exigiu das equipes um movimento de reorganização mais robusto, centrado em recuperar demandas reprimidas, reconstruir vínculos, reduzir iniquidades agravadas e qualificar o acesso a partir de critérios clínicos e sociais, e não apenas administrativos.

Nesse sentido, compreender o acesso na APS significa ultrapassar a lógica de entrada física no serviço. O acesso é um constructo complexo, composto por dimensões estruturais, organizacionais e simbólicas, como: oferta adequada, acessibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, oportunidade, resolutividade, continuidade do cuidado, acolhimento e vínculo terapêutico (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al.,

2021). A perspectiva contemporânea entende o acesso como um processo dinâmico, no qual usuários, profissionais e sistemas se influenciam mutuamente. Assim, avaliar o acesso implica observar não apenas a oferta de consultas, mas como as relações e os processos de trabalho produzem cuidado.

A avaliação sistemática do acesso, portanto, é essencial para orientar decisões gerenciais e clínicas. Indicadores quantitativos — como tempo médio de espera, absenteísmo, distribuição de atendimentos, taxa de internações por condições sensíveis à APS e cobertura da demanda programada — possibilitam mapear gargalos, identificar demandas reprimidas e analisar tendências territoriais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Já indicadores qualitativos — experiências de usuários, qualidade do acolhimento, efetividade da comunicação e força do vínculo — permitem compreender o impacto subjetivo e relacional das práticas de cuidado, sendo imprescindíveis para análises mais profundas.

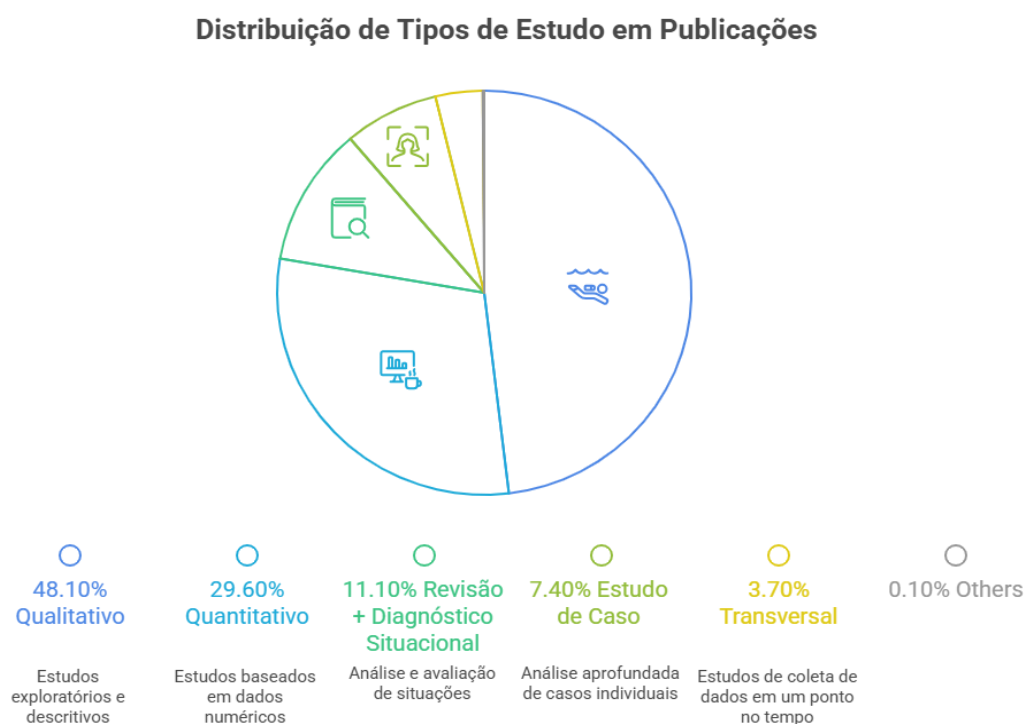
Ferramentas como o e-SUS APS reforçam a capacidade das equipes de utilizar dados para tomada de decisão. Quando combinadas com reuniões de equipe, análise crítica de processos e pactuação de fluxos, essas informações fortalecem a cultura de monitoramento e de planejamento participativo (BRASIL, 2023). A literatura aponta que equipes que avaliam continuamente o acesso apresentam maior capacidade de ajustar agendas, redistribuir fluxos, reduzir filas e organizar a demanda espontânea de maneira mais equitativa (FRACOLLI; ZOBOLI, 2012; SOUZA; FRANCO, 2018).

Nessa perspectiva, compreender como cada tipo de demanda se articula e influencia o desempenho das equipes é fundamental para redesenhar práticas de cuidado. A demanda espontânea, quando não estruturada, tende a fragmentar o trabalho e gerar sobrecarga; quando organizada com acolhimento e classificação de risco, torna-se potente ferramenta de equidade. A demanda agendada oferece previsibilidade e continuidade, mas exige flexibilidade para responder a necessidades emergentes e evitar exclusão. Já a demanda programada sustenta a prevenção e a promoção da saúde, mas demanda tempo protegido, dados epidemiológicos e vigilância ativa para não ser suprimida pela pressão do atendimento agudo.

Portanto, consolidar um modelo de gestão centrado no usuário implica articular essas modalidades de forma inteligente, flexível e baseada em evidências. Esse modelo deve ser sustentado por valores de equidade, integralidade e participação social, que orientam o planejamento coletivo e a corresponsabilidade entre equipe e comunidade (GIOVANELLA et al., 2021).

A qualificação do acesso, assim, não é apenas um objetivo gerencial, mas um compromisso ético-político com a democratização dos serviços de saúde e com a construção de uma APS mais humana, resolutiva e justa.

Figura 2 - Distribuição dos tipos de estudo nas publicações incluídas



Fonte: Autoria Própria, 2025.

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar três temas centrais diretamente relacionados ao objeto desta revisão: gestão da demanda espontânea, gestão da demanda agendada e gestão da demanda programada. Entre os 28 artigos selecionados, cerca de 11 publicações (39%) abordaram prioritariamente a demanda espontânea, discutindo desafios como sobrecarga assistencial, ausência de protocolos e estratégias de acolhimento e classificação de risco.

A demanda agendada esteve presente em aproximadamente 9 artigos (32%), com foco na organização das agendas, uso de tecnologias de agendamento e modelos híbridos para ampliar o acesso oportuno.

Já a demanda programada apareceu como eixo central em cerca de 8 estudos (29%), destacando ações de prevenção, monitoramento de condições crônicas e fortalecimento da longitudinalidade do cuidado. Essa distribuição evidencia que, embora

a literatura dê maior ênfase às dificuldades e estratégias relacionadas à demanda espontânea, há crescente interesse em modelos organizacionais que integrem as três modalidades, reforçando a necessidade de abordagens mais equilibradas e sistêmicas na gestão das UBS.

3.1 DEMANDA ESPONTÂNEA: ENTRE A PORTA DE ENTRADA E A SOBRECARGA ASSISTENCIAL

A demanda espontânea ocupa posição central na rotina das UBS, representando a materialização da busca direta do usuário por cuidado, sem agendamento prévio. Embora simbolize o acesso mais imediato e democrático, sua imprevisibilidade frequentemente gera sobrecarga das equipes, fragmentação dos processos e dificuldades na continuidade do cuidado (ANDRADE et al., 2018; PEREIRA; GOMES, 2021).

Nos territórios mais vulneráveis, a demanda espontânea assume caráter predominante. Famílias enfrentam barreiras como transporte limitado, instabilidade laboral e ausência de informações sobre o funcionamento do sistema de saúde. Nesses contextos, o atendimento imediato torna-se a via possível, mas não necessariamente a mais resolutiva (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2021).

A literatura aponta que, na ausência de protocolos estruturados, a resposta das equipes tende a ser reativa, reforçando práticas baseadas em queixas isoladas e não nas necessidades globais do indivíduo (FERREIRA; GIOVANELLA, 2022). Esse modelo reativo contribui para o aumento de filas, o uso inadequado dos serviços e a invisibilidade das ações programadas.

A Política Nacional de Humanização (PNH), ao propor o acolhimento com escuta qualificada, redefine o papel da demanda espontânea ao incorporar critérios de vulnerabilidade, vínculo e risco, e não apenas ordem de chegada (BRASIL, 2021). Quando associada à classificação de risco, essa prática promove maior segurança clínica, evita negligências e otimiza a utilização dos recursos humanos disponíveis (MENDES; MORAES, 2020).

Experiências exitosas, como as implementadas em Santa Catarina e Diadema (SP), demonstram que a reorganização do fluxo espontâneo pode resultar em ganhos expressivos de eficiência. O Projeto Qualifica-APS, por exemplo, ao reservar 70% das vagas diárias para atendimentos do dia, reduziu o tempo médio de espera e diminuiu a sobrecarga das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além de aumentar a satisfação

dos usuários (SANTA CATARINA, 2018).

Essas evidências reafirmam que a gestão da demanda espontânea não se trata de restringir o acesso, mas de estruturá-lo com base na escuta, no acolhimento e na priorização clínica, garantindo que a porta de entrada do SUS seja também uma porta de resolução.

3.2 DEMANDA AGENDADA: PREVISIBILIDADE, FLEXIBILIDADE E EQUIDADE

A demanda agendada confere previsibilidade e estabilidade à rotina de trabalho, favorecendo o planejamento das ações e o acompanhamento longitudinal dos usuários (GOMES; MENDES, 2023). Contudo, se conduzida de maneira rígida e burocrática, pode gerar exclusão de pessoas que enfrentam barreiras de deslocamento, incompatibilidade de horários ou outras limitações sociais (PEREIRA; ANDRADE, 2020).

Nos últimos anos, diversos municípios brasileiros têm experimentado modelos híbridos de agendamento, integrando horários fixos e flexíveis. Esse arranjo permite conciliar a regularidade das consultas com a capacidade de resposta às demandas emergentes. Pesquisas mostram que a introdução de “vagas do dia” ou de janelas de encaixe clínico reduz o absenteísmo e aumenta a satisfação dos usuários, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade (SILVA; MORAIS, 2021; MALTA; MERHY, 2020).

A incorporação de ferramentas digitais como o e-SUS APS, aplicativos de lembrete e plataformas de agendamento eletrônico vem se consolidando como aliada na otimização das agendas. Essas tecnologias não apenas simplificam o agendamento, mas também permitem monitorar o tempo de espera, avaliar a demanda reprimida e gerar relatórios gerenciais para tomada de decisão (SANTOS; LIMA, 2020; BRASIL, 2023).

O desafio está em equilibrar previsibilidade e flexibilidade. O uso excessivo de agendas fixas tende a favorecer a rotina profissional, mas pode reduzir o acesso oportuno a quem mais precisa. Em contrapartida, modelos muito abertos comprometem o planejamento de ações coletivas e preventivas. A literatura sugere que o caminho intermediário — sustentado em planejamento participativo de agendas, com envolvimento de trabalhadores e usuários — é o mais efetivo para garantir equidade e corresponsabilidade no cuidado (GIOVANELLA et al., 2021).

Assim, a gestão da demanda agendada deve transcender o agendamento técnico e tornar-se ferramenta de gestão clínica, orientada por indicadores, territorialização e

diálogo com a comunidade.

3.3 DEMANDA PROGRAMADA: O EIXO DA PREVENÇÃO E DA INTEGRALIDADE

A demanda programada expressa a dimensão preventiva e promocional da APS. Envolve o conjunto de ações que visam o acompanhamento sistemático de grupos e condições prioritárias — gestantes, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas e populações vulneráveis. É nessa modalidade que se concretiza o cuidado longitudinal, base da APS como ordenadora da rede (BRASIL, 2020).

Entretanto, diversos estudos mostram que as ações programadas são frequentemente interrompidas ou negligenciadas devido à pressão da demanda espontânea (ARAÚJO; ASSIS, 2017; ZOBOLI; FRACOLLI, 2019). Essa substituição do preventivo pelo curativo reflete o predomínio de um modelo assistencial ainda reativo e centrado em eventos agudos.

Durante períodos de maior procura — segundas-feiras, pós-feriados ou após períodos epidêmicos —, observa-se a suspensão de grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e consultas de acompanhamento, o que acarreta perda de vínculo e aumento de descompensações clínicas (FERREIRA; GIOVANELLA, 2022).

A literatura reforça que o fortalecimento da demanda programada requer planejamento baseado em dados epidemiológicos e monitoramento de indicadores locais (RODRIGUES, 2018). A incorporação de ferramentas como painéis de acompanhamento do e-SUS APS e mapas territoriais de risco tem permitido melhor priorização de famílias e grupos. Além disso, ações como busca ativa, visitas domiciliares estruturadas, oficinas educativas e grupos terapêuticos demonstram impacto positivo na adesão e na prevenção de complicações (OLIVEIRA et al., 2022; BRASIL, 2020).

A experiência de São José dos Pinhais (PR) é exemplar nesse sentido: ao incluir atividades educativas nos tempos de espera e reservar vagas para atendimentos classificados, o município ampliou a adesão aos programas de acompanhamento e reduziu internações evitáveis (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2023).

Portanto, a consolidação da demanda programada depende de gestão proativa, integração multiprofissional e educação permanente das equipes, assegurando que a prevenção e a promoção sejam, de fato, o eixo estruturante da APS.

3.4 ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA QUALIFICAR O ACESSO

Os achados da revisão revelam um conjunto robusto de estratégias organizacionais e tecnológicas que têm se mostrado eficazes na qualificação do acesso e na gestão equilibrada das três modalidades de demanda.

Entre elas, destacam-se:




- Acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco – práticas que humanizam o atendimento, organizam fluxos e promovem a priorização clínica, sendo pilares da PNH (BRASIL, 2021; MENDES; MORAES, 2020).
- Acesso avançado (same-day access) – modelo que reserva parte das vagas diárias para atendimentos imediatos, reduzindo filas e ampliando a resolutividade (MURRAY; BERWICK, 2003; SILVA; MORAIS; SILVA, 2021).
- Planejamento participativo de agendas – construção coletiva das escalas e fluxos de atendimento, fortalecendo o controle social e a corresponsabilidade (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2021).
- Articulação intersetorial – integração entre UBS, escolas, CRAS, CAPS e serviços especializados, fortalecendo redes de apoio e reduzindo sobrecargas (COSTA; SILVA, 2021).
- Uso de tecnologias digitais – ferramentas como o *e-SUS APS*, *Transforma APS* e aplicativos de agendamento automatizado otimizam o gerenciamento e o monitoramento da produção (BRASIL, 2023).
- Educação permanente em saúde – capacitação contínua de profissionais em acolhimento, classificação de risco e uso de TICs, fortalecendo a autonomia e a eficiência organizacional (SOUZA; MENDES, 2022).

A soma dessas estratégias favorece a criação de sistemas adaptativos e responsivos, nos quais o cuidado é organizado segundo as necessidades reais e não pela lógica da fila. Além disso, o uso de indicadores de monitoramento — como tempo médio de espera, absenteísmo e satisfação do usuário — permite avaliar continuamente os resultados e promover melhorias sustentáveis (FERREIRA; GIOVANELLA, 2022; GOMES; MENDES, 2023).

O avanço da saúde digital e da gestão participativa tem mostrado que o acesso pode ser qualificado não apenas pela ampliação da oferta, mas pela reorganização

inteligente do trabalho em equipe, pela escuta do território e pela construção compartilhada de soluções.

Quadro 1 – Estratégias de gestão das demandas na APS, impactos e desafios.

Estratégia	Descrição	Impactos na Qualificação do Acesso	Desafios / Limitações
<p> Acolhimento com escuta qualificada</p>	<p>Escuta ativa do usuário, reconhecimento da singularidade da queixa e orientação adequada.</p>	<p>- Reduz sobrecarga da equipe- Fortalece vínculo- Organiza fluxo da demanda espontânea- Promove equidade</p>	<p>- Falta de continuidade no processo- Ausência de capacitação contínua- Recursos limitados</p>
<p> Classificação de risco</p>	<p>Avaliação das situações segundo gravidade clínica e vulnerabilidade social.</p>	<p>- Priorização de casos urgentes- Maior segurança do paciente- Otimização do trabalho da equipe- Integralidade do cuidado</p>	<p>- Necessidade de protocolos adaptados- Treinamento contínuo- Recursos humanos suficientes</p>
<p> Acesso Avançado (Same- Day Access)</p>	<p>Reorganização de agendas para atendimento no mesmo dia ou no menor tempo possível.</p>	<p>- Redução de filas e absenteísmo- Aumento da resolutividade- Fortalecimento do vínculo- Otimização do processo de trabalho</p>	<p>- Resistência da equipe a novas agendas- Planejamento contínuo- Dimensionamento adequado de profissionais</p>

<p>● Demanda Programada Planejamento em Saúde</p>	<p>Ações planejadas de acompanhamento, prevenção e promoção, incluindo visitas domiciliares e monitoramento de doenças crônicas.</p>	<p>- Maior resolutividade- Continuidade do cuidado- Fortalecimento do vínculo- Racionalização do tempo da equipe- Uso de dados epidemiológicos</p>	<p>- Escassez de recursos humanos- Limitações na infraestrutura- Interrupções em períodos de alta demanda espontânea- Necessidade de capacitação</p>
<p>● Planejamento participativo das agendas</p>	<p>Envolvimento de toda a equipe na organização dos fluxos de atendimento.</p>	<p>- Amplia comprometimento coletivo- Fortalece decisões compartilhadas- Melhora a eficiência do atendimento</p>	<p>- Necessidade de cultura organizacional voltada à corresponsabilidade- Integração interprofissional</p>
<p>Uso de tecnologias e de sistemas de informação</p>	<p>Ferramentas como e-SUS, APS, lembretes via SMS e prontuário eletrônico.</p>	<p>- Monitoramento de fluxos- Redução de faltas- Apoio à decisão- Planejamento baseado em evidências</p>	<p>- Treinamento da equipe- Infraestrutura tecnológica limitada- Adesão parcial</p>

Fonte: Autoria própria (2025).

Os resultados obtidos nesta revisão demonstram que a qualificação do acesso na APS exige uma combinação integrada de estratégias clínicas, organizacionais e tecnológicas, articuladas à realidade local e sustentadas pela educação permanente. O equilíbrio entre as três modalidades de demanda é essencial para garantir equidade, integralidade e continuidade do cuidado.

Quando bem gerida, a demanda espontânea deixa de representar caos e se torna espaço de escuta e vínculo; a demanda agendada assegura acompanhamento e previsibilidade; e a demanda programada consolida o caráter preventivo e promotor de

saúde da APS.

Mais do que um desafio gerencial, trata-se de uma mudança cultural, que exige liderança compartilhada, valorização das práticas colaborativas e compromisso com a transformação do processo de trabalho. Ao integrar planejamento estratégico, inovação digital e gestão participativa, as UBS ampliam sua capacidade resolutiva e reafirmam seu papel como porta de entrada acolhedora e resolutiva do SUS.

Em última análise, a qualificação do acesso traduz-se em um ato político e ético, que reafirma o direito à saúde como prática concreta e cotidiana, expressando o compromisso da APS com a justiça social, a equidade e o cuidado humano em sua plenitude.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito analisar como a gestão das demandas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pode ser qualificada por meio de estratégias organizacionais capazes de promover acesso oportuno, equitativo e resolutivo aos serviços de saúde. Especificamente, buscou-se identificar na literatura científica as principais estratégias utilizadas na gestão das demandas — espontânea, agendada e programada — e compreender seus impactos na qualificação do acesso e na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede de cuidados.

A análise das evidências revelou que o desempenho das UBS está diretamente condicionado à capacidade de equilibrar as três formas de demanda e de adotar instrumentos de gestão e práticas clínicas integradas, capazes de otimizar fluxos, reduzir tempos de espera e fortalecer o vínculo entre equipe e usuário. Nesse sentido, o acolhimento com escuta qualificada, associado à classificação de risco, destaca-se como tecnologia leve essencial, pois legitima as demandas dos usuários, humaniza o atendimento e organiza o serviço conforme critérios de vulnerabilidade e necessidade.

Além disso, o acesso avançado (*same-day access*) surge como estratégia inovadora e adaptável à realidade brasileira, permitindo o atendimento de parte das solicitações no mesmo dia, sem comprometer o planejamento das ações programadas. A flexibilização das agendas, apoiada por tecnologias de informação como o *e-SUS APS*, potencializa a resolutividade e reduz o absenteísmo. Por sua vez, a demanda programada, quando orientada por indicadores epidemiológicos e articulada com ações intersetoriais, reafirma o papel preventivo e promotor da APS, consolidando o cuidado integral e contínuo.

Dessa forma, os achados indicam que qualificar o acesso não significa apenas ampliar a oferta de consultas ou ajustar agendas, mas sim reorganizar o processo de trabalho para torná-lo mais inteligente, participativo e centrado nas necessidades reais da população. A efetividade do cuidado depende da governança do acesso, isto é, da capacidade das equipes em combinar flexibilidade operacional, análise de dados e planejamento coletivo. As UBS que integram esses elementos — critérios explícitos de triagem, elasticidade nas agendas, monitoramento de indicadores e envolvimento comunitário — tendem a apresentar melhores resultados clínicos, maior satisfação dos usuários e maior eficiência na utilização dos recursos.

Em termos interpretativos, o estudo evidencia que a qualificação do acesso na

APS representa uma mudança cultural profunda: o foco desloca-se da resposta imediatista à construção de uma atenção organizada, resolutiva e justa. Isso implica adotar a lógica de que “precisa antes quem precisa mais”, sustentada em decisões clínicas transparentes, pactos coletivos e comunicação efetiva entre profissionais e comunidade. Assim, a gestão das demandas torna-se não apenas uma função administrativa, mas um ato político e ético, que reafirma o princípio da equidade e o compromisso do SUS com o direito universal à saúde.

Os resultados desta pesquisa contribuem para a área da Saúde Coletiva ao sistematizar práticas e evidências que podem orientar gestores e equipes de Atenção Primária na reorganização de seus processos de trabalho. A síntese elaborada oferece um referencial para políticas locais de acesso, programas de educação permanente e estratégias de monitoramento de indicadores. Na prática, as recomendações geradas apontam caminhos concretos: implantar acolhimento estruturado com classificação de risco, adotar modelos híbridos de agendamento, utilizar sistemas de informação de forma ativa para apoiar decisões, promover planejamento participativo com a comunidade e fortalecer redes intersetoriais de apoio.

Tais medidas não apenas otimizam a gestão das demandas, mas também reconfiguram a APS como espaço de diálogo, corresponsabilidade e produção de cidadania. A consolidação dessas estratégias depende, contudo, de condições institucionais favoráveis, que envolvem apoio técnico das secretarias municipais de saúde, capacitação contínua das equipes e valorização do trabalho multiprofissional.

Como toda pesquisa, este estudo possui limitações. A principal delas refere-se à ausência de coleta de dados empíricos, como entrevistas ou grupos focais com profissionais e usuários. Tal limitação impediu uma análise aprofundada das percepções e experiências cotidianas que poderiam revelar nuances do processo de gestão das demandas em diferentes contextos territoriais. Além disso, a diversidade metodológica e a heterogeneidade dos estudos incluídos na revisão podem introduzir viés e limitar a generalização dos resultados. Ainda assim, a consistência dos achados entre diferentes fontes reforça a validade das conclusões.

Com base nesses limites, recomenda-se que pesquisas futuras avancem para abordagens qualitativas e de implementação, capazes de explorar as práticas reais das equipes e os efeitos concretos das estratégias sobre indicadores de desempenho e satisfação. Estudos comparativos entre municípios ou regiões, bem como investigações sobre o impacto das tecnologias digitais e da equidade digital, podem oferecer novos

subsídios para políticas públicas e inovação na APS. Da mesma forma, análises de custo-efetividade e modelagens operacionais poderão aprimorar o dimensionamento de recursos e apoiar a tomada de decisão em nível local.

Em síntese, esta investigação evidencia que qualificar o acesso na Atenção Primária à Saúde não é apenas reorganizar agendas ou controlar fluxos, mas reconstruir relações de cuidado baseadas na escuta, no vínculo e na corresponsabilidade. O acolhimento, o acesso avançado, o planejamento participativo, a integração intersetorial e o uso ético das tecnologias configuram um conjunto sinérgico que transforma a experiência do usuário e fortalece a capacidade resolutiva do sistema.

Quando tais estratégias são incorporadas de forma consistente, a APS deixa de ser apenas a porta de entrada do SUS para se tornar o coração pulsante da rede de atenção, capaz de responder com sensibilidade, técnica e humanidade às múltiplas expressões do adoecimento e da vida em comunidade.

Conclui-se, portanto, que qualificar o acesso é um processo contínuo de aprendizado coletivo, que exige compromisso político, envolvimento das equipes e protagonismo dos usuários. É na convergência entre gestão participativa, educação permanente e inovação que se constrói uma APS verdadeiramente forte, resolutiva e equitativa — onde o direito à saúde deixa de ser apenas um princípio constitucional e se torna uma realidade concreta no cotidiano das pessoas e dos territórios.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. et al. Organização da demanda na Atenção Primária à Saúde: desafios e estratégias. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 1-10, 2014.

ARAÚJO, R.; ASSIS, M. Gestão da atenção à saúde: integração entre demanda espontânea e programada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. e001234, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento e escuta qualificada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Telessaúde e Informatização em APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para a Gestão das Condições Crônicas na APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, G.; DOMITTI, F. Gestão da atenção primária à saúde: estratégias de organização da demanda. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 80, p. 45-55, 2007.

CAMPOS, R.; SOUZA, L. Gestão da demanda na Atenção Primária: integração clínica e administrativa. **Revista APS**, v. 22, n. 1, p. 12-22, 2021.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. Planejamento e avaliação na atenção primária à saúde: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 567-574, 2004.

COSTA, A.; SILVA, P. Articulação intersetorial na APS: estratégias para melhoria do acesso. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 10, n. 2, p. 88-97, 2021.

FARIA, L. Evolução da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 887-896, 2010.

FERREIRA, M.; GIOVANELLA, L. Acesso e qualidade na Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3821-3830, 2022.

FRACOLLI, L.; ZOBOLI, E. Gestão de agendas e demandas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 34-42, 2012.

FRACOLLI, L.; ZOBOLI, E. Organização do cuidado e planejamento em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 2, p. 123-131, 2012.

FRANCO, T.; BUENO, W.; MERHY, E. O acolhimento na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 555-562, 1999.

- GIOVANELLA, L.; MENDES, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 11-22, 2019.
- GIOVANELLA, L. et al. **Políticas de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.
- GIOVANELLA, L. et al. **Atenção Primária à Saúde: conceitos, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GOMES, A.; MENDES, E. Gestão e inovação na APS brasileira. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 112-124, 2023.
- ILLICH, I. **Medical Nemesis: the expropriation of health**. New York: Pantheon, 1975.
- MALTA, D.; MERHY, E. Estratégias de gestão para qualificação do acesso na APS. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 23-33, 2020.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a saúde e enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENDES, E. Organização da Atenção Primária: desafios contemporâneos. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 564-574, 2012.
- MENDES, E.; MORAES, P. Classificação de risco na APS: revisão de conceitos e práticas. **Revista APS**, v. 23, n. 1, p. 33-41, 2020.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.
- OLIVEIRA, L.; FRACOLLI, L. Rigidez das agendas e barreiras de acesso na APS. **Revista APS**, v. 14, n. 2, p. 45-53, 2020.
- OLIVEIRA, T.; PEREIRA, A. Gestão da demanda espontânea em UBS: desafios e soluções. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 120-130, 2013.
- OLIVEIRA, T. et al. Impacto da demanda espontânea na organização do cuidado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 56-64, 2019.
- OLIVEIRA, T. et al. Ações programadas e cuidado longitudinal na APS. **Revista APS**, v. 25, n. 3, p. 198-207, 2022.
- PEREIRA, M.; ANDRADE, R. Agendas na Atenção Primária: equilíbrio entre demanda espontânea e programada. **Cadernos de Gestão em Saúde**, v. 10, n. 2, p. 34-44, 2020.
- PEREIRA, A.; GOMES, L. Sobrecarga assistencial na demanda espontânea. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 49, n. 1, p. 1-12, 2021.
- RODRIGUES, F. Participação da equipe e segurança no acolhimento. **Revista APS**, v. 16, n. 2, p. 78-87, 2018.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto Qualifica-APS: gestão de**

agendas e demanda do dia. Florianópolis, 2018.

SANTOS, J.; LIMA, M. Tecnologias digitais e otimização de agendas na APS. **Revista de Inovação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 21-30, 2020.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de acolhimento e reservas de vagas em UBS.** São José dos Pinhais, 2023.

SILVA, R.; MORAIS, P.; SILVA, T. Implementação do acesso avançado em Diadema-SP: resultados e impactos. **Revista APS**, v. 18, n. 3, p. 123-133, 2019.

SOUZA, L.; FRANCO, T. Estratégias de qualificação do acesso na APS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 543-552, 2018.

SOUZA, L. et al. Gestão de demandas na Atenção Primária à Saúde: análise de estratégias. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 54, n. 67, p. 1-12, 2020.

SOUZA, L.; MENDES, E. Gestão da Atenção Primária na contemporaneidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1401-1412, 2022.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology.** New York: Oxford University Press, 2002.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2015.

WHO – World Health Organization. **Primary Health Care: report.** Geneva: WHO, 2018.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. Ações programadas na APS: planejamento e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 345-353, 2019.