

RESOLUTIVIDADE DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM ACESSO AVANÇADO

Resumo: O objetivo deste estudo é identificar o percentual de resolutividade das consultas realizadas por um enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Acesso Avançado. Trata-se de um relato de experiência realizado em uma UBS da Zona Sul de São Paulo, da parceria Hospital Israelita Albert Einstein e Secretaria Municipal de Saúde, onde foi implementado o “Acesso Avançado (AA)” substituindo o modelo de agendamento. Partiu-se da catalogação das consultas realizadas pelo enfermeiro entre julho e dezembro de 2018, totalizando 677. Foram consideradas resolutivas, consultas com desfecho “Alta”, sendo as consultas que necessitaram de intervenção médica, com desfecho “Encaminhamento interno no dia”, “não resolutivas”. O enfermeiro alcançou escore de 87,7% de resolutividade. Conclui-se que apesar do modelo AA proposto por Murray e Tantau tomar como foco o trabalho médico, a adaptação brasileira incorporando o enfermeiro na assistência, amplia o acesso da população com resolutividade às demandas.

Descritores: Acesso, Atenção Primária, Enfermagem, Resolutividade.

Resolutivity of nursing consultations in a basic health unit with advanced access

Abstract: The objective of this study is to identify the percentage of resolution of consultations carried out by a nurse in a basic health unit with (BHU) advanced access. This is an experience report carried out in a BHU in the South Zone of São Paulo, in partnership with Hospital Israelita Albert Einstein and the Municipal Health Secretariat, where “Advanced Access (AA)” was implemented, replacing the scheduling model. It started from the cataloging of consultations performed by nurses between July and December 2018, totaling 677. Consultations with “High” outcome were considered to be resolvable, and the consultations that required medical intervention, with the outcome “Internal referral in the day”, “non-resolving”. The nurse reached a score of 87.7% of resolvability. It is concluded that despite the AA model proposed by Murray and Tantau to focus on medical work, the Brazilian adaptation incorporating the nurse in the assistance, expands the population's access with resoluteness to the demands.

Descriptors: Access, Primary Attention, Nursing, Resolutivity.

Resolutividad de las consultas de enfermería en una unidad básica de salud con acceso avanzado

Resumen: El objetivo de este estudio es identificar el porcentaje de resolución de consultas realizadas por un enfermero en una unidad básica de salud (UBS) con acceso avanzado. Se trata de un reporte de experiencia realizado en una UBS de la Zona Sur de São Paulo, en alianza con el Hospital Israelita Albert Einstein y la Secretaría Municipal de Salud, donde se implementó “Acceso Avanzado (AA)”, reemplazando el modelo de programación. Se partió de la catalogación de las consultas realizadas por el enfermero entre julio y diciembre de 2018, totalizando 677. Las consultas se consideraron resueltas, con el resultado “Alto”, y las consultas que requirieron intervención médica, con el resultado “Derivación interna en el día”, “no resolutivo”. La enfermera alcanzó una puntuación del 87,7% de resolubilidad. Se concluye que a pesar del modelo AA propuesto por Murray y Tantau para enfocarse en el trabajo médico, la adaptación brasileña que incorpora a la enfermera en la asistencia, amplía el acceso de la población con resolución a las demandas.

Descritores: Acceso, Atención Primaria, Enfermería, Resolutividad.

Fábio Vidal Franco

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família - Discente no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E-mail: fabiovidalfranco@usp.br

Camila Nascimento Monteiro

Farmacêutica. Pós-Doutora em Ciências da Saúde, Especialista do Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação do Hospital Israelita Albert Einstein (NISI-HIAE).

E-mail: camila.nmonteiro@einstein.br

Célia Regina Maganha e Melo

Enfermeira, Professora Associada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP, Professora no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E-mail: celiamelo@usp.br

Lislaine Aparecida Fracoli

Enfermeira. Professora Titular da Universidade de São Paulo, exercendo suas atividades vinculada ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem.

E-mail: lislaine@usp.br

Submissão: 30/03/2021

Aprovação: 12/10/2021

Publicação: 15/12/2021

Como citar este artigo:

Franco FV, Monteiro CN, Melo CRM, Fracoli LA. Resolutividade das consultas de enfermagem numa unidade básica de saúde com acesso avançado. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):300-308.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.300-308>

Introdução

A atenção à saúde no Brasil é organizada de modo a buscar suprir as demandas de saúde do indivíduo, família e comunidade com base na complexidade das necessidades de saúde, compreendendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dividida em três setores, denominadas Níveis de Atenção à Saúde (NAS), sendo eles: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária^{1,2}.

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por ações, através de programas, estratégias e políticas que envolvem equipes multiprofissionais, articulando a comunicação intersetorial, fazendo a gestão do cuidado, inserindo, quando necessário, o usuário nos demais níveis de atenção com a perspectiva de proporcionar o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a APS é denominada de Atenção Básica de Saúde (ABS) representadas pelas Unidade Básicas de Saúde, (UBS) que prestam assistências aos indivíduos e comunidade adscritos de um território, norteados pelos atributos essenciais da APS: “acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado¹⁻⁴.

Oferecer serviço de forma a corresponder plenamente à necessidade dos usuários, é o principal desafio da APS sendo a oferta de acesso em tempo oportuno, uma das maiores dificuldades e insatisfação dos usuários conforme apontam estudos que utilizaram o PCATool, e PMAQ-AB. Portanto, os serviços repensaram o modelo de agendamento na perspectiva de ampliar o acesso dos usuários, utilizando o Acesso Avançado (AA) como ferramenta para reorganização das agendas profissionais,

permitindo acesso a novos usuários e diminuindo o absenteísmo, problema bastante comum no serviço podendo chegar à 25% das consultas agendadas^{5,6}.

Com a premissa “faça hoje o serviço de hoje”, essa tecnologia foi desenvolvida na década de 90 por Mark Murray e Catherine Tantau, especialistas em sistemas de acesso, fluxos e organização de processos de trabalhos em saúde. Inicialmente, o AA foi implementado no norte da Califórnia, pelo Kaiser Permanente, um consórcio de cuidados gerenciados, sendo uma ferramenta do governo Norte Americano para o gerenciamento das políticas de saúde pública⁷.

Tendo em vista a necessidade de melhoria de acesso dos usuários aos serviços de saúde, no ano de 2016, a gestora de uma das 13 UBS administradas pela parceria entre o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP, desenvolveu um projeto piloto utilizando o AA em 2 equipes de Saúde da Família (eSF) na UBS Jardim Mitsutani, localizada na região de Campo Limpo. Posteriormente, o projeto se expandiu para as demais eSF desta UBS, tendo como referencial, a Cartilha de Curitiba (2014).

Com base nos resultados positivos do projeto, o Instituto Israelita de Responsabilidade Social, decidiu expandir o modelo AA para as demais UBS, dando início ao processo gradual de envolvimento das equipes, área técnica, supervisão regional de saúde, conselho gestor e usuários. Ao longo do tempo, foram realizadas diversas oficinas, reuniões, treinamentos, adequação do layout das unidades assim como a reorganização das agendas, buscando diminuir ao máximo os eventuais impactos negativos, principalmente para usuários que já possuíam consultas agendadas sendo essas um expressivo nó

para o processo de implementação do AA, sendo necessário o gerenciamento das consultas já agendadas, para que não se crie “duas filas”, alusão ao fato de haver consultas agendadas e acesso no dia, causando possível over book⁷.

Na UBS Campo Limpo, cenário deste estudo, o processo de migração para o AA se iniciou em meados do ano de 2017, onde após reuniões para engajamento das equipes, elaboração de estratégias de enfrentamento, organização das agendas dividiu-se as eSF em duplas denominada “equipes irmãs”, tendo o enfermeiro da equipe, nessa fase da implementação, a responsabilidade de ser o primeiro contato dos pacientes que buscavam o serviço em demanda com acesso no dia.

As equipes irmãs atendiam os usuários nas suas mais diversas necessidades, seja nas questões de saúde ou burocráticas, bem como realizavam o trabalho administrativo das eSf e da unidade. Os médicos atendiam às consultas agendadas, ficando na retaguarda para eventuais atendimentos de urgências e emergências ou, quando a queixa não podia ser contemplada pelos protocolos de enfermagem do município. A conduta considerada “encaminhamento do dia” necessita da avaliação de outro profissional de nível superior, com desfecho registrado na ficha de atendimento individual, onde os profissionais descrevem dados referentes a identificação do usuário, tipo de atendimento prestado, dados epidemiológicos, procedimentos e exames realizados, assim como o desfecho da consulta^{8,9}.

Em maio de 2018, a unidade finalizou a migração do modelo tradicional de agendamento para o AA, onde as agendas diárias, tanto dos médicos quanto dos enfermeiros, foram formatadas com no mínimo

80% de vagas “verdes”, as quais o usuário utiliza o acesso no dia, com o profissional da sua equipe de Saúde da Família de referência, médico ou enfermeiro, atendendo à premissa do AA, “faça hoje o trabalho de hoje”. O restante das vagas “amarelas”, ficavam destinadas para o agendamento de retorno de condições como: gestantes, puericultura, crônicos e saúde mental⁷.

Na prática assistencial, os enfermeiros encontraram dificuldades relevantes para o manejo das queixas, pois no AA passaram a atender os mais variados tipos de queixas, sem que tivesse havido a adaptação dos protocolos. Naquele momento, mantinham-se os protocolos de enfermagem da Secretaria de Saúde do município de São Paulo conforme Portaria SMS.G Nº 915/2015: Atenção à Saúde da Criança e Adolescente; Atenção à Saúde da Mulher; Atenção à Saúde do Adulto; Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; Normas e Rotinas de Enfermagem; Risco Biológico - Biossegurança na Saúde¹⁰.

Frente a necessidade de adaptação ao novo modelo, os enfermeiros sentiram necessidade de ser resolutivos, utilizando ao máximo as premissas dos protocolos e expertise para as boas práticas nas consultas de enfermagem. Nesse sentido, visto os modestos protocolos, surgiu a necessidade de se mensurar a resolutividade das consultas de enfermagem.

Objetivo

Identificar o percentual de resolutividade das consultas de enfermagem de um enfermeiro numa UBS com a implementação do modelo Acesso Avançado.

Material e Método

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implementação do modelo Acesso Avançado nas UBS administradas pela parceria HIAE e SMSSP, descrevendo a adaptação da prática dos enfermeiros em consultas de enfermagem com as novas rotinas de acesso dos usuários ao serviço. Em decorrência da mudança do processo de trabalho dos enfermeiros começou-se a questionar a quantificação da resolutividade das consultas de enfermagem no modelo Acesso Avançado nas UBS da Zona Sul de São Paulo.

Os dados utilizados para fundamentar esse relato de experiência, foram obtidos a partir da catalogação de todas as consultas realizadas pelo enfermeiro Fábio Vidal Franco, enfermeiro lotado na UBS Campo Limpo, campo onde ocorreu a experiência. As consultas catalogadas referiram-se ao período entre julho e dezembro de 2018. Foi utilizado como ferramenta, planilha de Excel com as variáveis: gênero, idade, queixa e desfecho da consulta. O desfecho “Alta” foi definido como: enfermeiro resolveu a queixa sem apoio de outro profissional, sendo considerado o padrão de resolutividade e o desfecho “Encaminhamento interno no dia” consultas que necessitaram da intervenção de outro profissional para resolução da queixa, dessa forma, considerado não resolutividade.

O presente estudo é uma extensão do projeto “Implementação do Acesso Avançado em unidades de Saúde da Família: processos e resultados” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (parecer 3.389.570).

O referencial teórico para este trabalho é a proposta de AA. O Acesso Avançado, descrito como

advanced access ou *same-day appointment*, ou ainda *advanced access* é quando ocorre o equilíbrio entre a demanda e a capacidade e não há demora, pois, as consultas conseguem acomodar toda a demanda, tendo como objetivo iniciar o trabalho com as consultas suficientes para a demanda do dia, não restringir consultas futuras e dar prioridade para a continuidade⁷.

Neste modelo não há acúmulo negativo de trabalho e também não há diferenciação na qualidade assistencial, entre consultas, para queixas agudas e outras de segmentos crônicos. Todas as consultas são realizadas no mesmo dia, o que apresenta grande vantagem para os usuários que se sentem seguros em relação a garantia de seu atendimento de acordo com a sua necessidade e juntamente a sua equipe de referência, mantendo o vínculo. Os cuidados agudos também são tratados com maior qualidade e sem atrasos, trazendo melhor experiência para o usuário na APS.

Este modelo requer tempo mínimo de implantação de 3 meses, preparo e mudanças para adequar a capacidade do serviço à demanda necessária. Alcançar o Acesso Avançado e mantê-lo ao longo do tempo exige liderança, apoio clínico e administrativo. O modelo de AA proposto por Murray tem sua centralidade no trabalho médico, adaptá-lo para incorporar o trabalho do enfermeiro exige esforço na definição de protocolos e na constituição da autonomia clínica do enfermeiro. O que no Brasil é ainda um assunto polêmico⁷.

Resultados

Com base nas variáveis estabelecidas, nos quadros seguem descritos os resultados e as características dos usuários atendidos em consultas realizadas pelo enfermeiro contemplando as variáveis estabelecidas.

Quadro 1. Quantidade de pacientes atendidos e percentual por gênero.

Total de indivíduos atendidos	Percentual do gênero feminino	Percentual de Gênero Masculino
677	488 = 72%	189 = 28%

Fonte: Própria, 2021.

Quadro 2. Percentual de indivíduos atendidos segundo faixa etária.

Faixa etária	0-9	10 -19	20 - 29	30 -39	40 - 49	50 -59	> 60
Porcentagem	19,8%	9,7%	18,3%	11,2%	13,1%	12,25%	15,5%

Fonte: Própria, 2021.

Quadro 3. Principais queixas atendidas pelo enfermeiro.

Queixas atendidas pelo enfermeiro	Quantidade	Queixas atendidas pelo enfermeiro	Quantidade
Dor (caráter geral)	76	Teste Rápido	6
Avaliação de Exames	70	Guia Exames	6
Renovação de Receitas;	66	Irritação na pele	6
Coleta de Papanicolau	64	Coleta de Estreptococos	4
Consulta de Pré-natal	68	Atraso Menstrual	4
Consulta de Puericultura	61	Queixas urinárias	3
Consulta de Rotina	60	Falta de Ar	3
Insumos do PAMG	35	Varizes	3
IVAS	19	Crise HAS	3
Queixas Ginecológicas	13	Febre	3
Tosse	10	Planejamento. Familiar	3
Curativo	10	Pediculose	3
Transcrição de encaminhamentos	7	Secreção Uretral	2
Prurido	6	Vômitos	2
GECA	6		

Fonte: Própria, 2021.

Dentre as queixas atendidas apenas uma vez, estão: Insumos para curativos; Lesão na mão; Acne; Afecções bucais; Antropometria para Bolsa Família; Cansaço; Cefaleia; Coleta de secreção Uretral; Consulta Enf. + Psiquiatra; Constipação; Labirintite; Enxaqueca; Fisioterapia; Câimbras; Mamografia; Menarca Precoce; Micose; Reposição Hormonal; Sintomas do Climatério; Sinusite; Solicitação de Psicólogo; Tontura.

Quadro 4. Percentual de Resolutividade das consultas de enfermagem.

Quantidade e percentual de Alta do episódio	Quantidade e percentual de encaminhamentos para consulta no dia
553 consultas, 87,7%	124 consultas, 12,3%

Fonte: Própria, 2021.

Com a expansão da ESF na proposta do fortalecimento da APS, os enfermeiros assumiram importante papel assistencial agregando no seu escopo de trabalho as consultas de enfermagem, as quais, com o crescimento populacional e do número de novos usuários do SUS, aumentaram exponencialmente em relação às consultas médicas¹¹.

As Consultas de Enfermagem, ato privativo do Enfermeiro, definido pela Resolução COFEN nº 544/2017 que revoga a RESOLUÇÃO COFEN nº 159/1993, devem ser pautadas em componentes de métodos científicos para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, considerando os princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. (COFEN, 159/93). Compreende a anamnese, o exame físico, o diagnóstico de Enfermagem, a Prescrição da Assistência de Enfermagem e a Evolução da Assistência de Enfermagem^{10,12}.

Com o AA, o enfermeiro viu-se na necessidade de ser resolutivo, utilizando ao máximo o conhecimento técnico-científico e as boas práticas, buscando atender as mais variadas demandas como é possível observar no quadro 1 deste estudo. Observa-se que o enfermeiro realizou a média de 112,83 consultas mensais, exclusivamente no modelo AA, com predominância de indivíduos do gênero feminino

(72%). Não foi considerado as Visitas Domiciliares e Consultas Agendadas.

O quadro 2 retrata a faixa etária dos indivíduos, apresentando maior predominância em indivíduos de 0 - 9; 20 - 29 anos e maiores de 60 anos respectivamente, o que é refletido na tabela 3 onde se nota, em relação à queixa principal ou motivo da consulta dos indivíduos atendidos, prevalência nos programas de puericultura, saúde da mulher, pré-natal e acompanhamento de pacientes crônicos, vindo de encontro aos princípios da APS¹³.

Na tabela 3, em relação ao tipo de queixa ou motivo da consulta, observa-se predominância dos casos de “dor”, onde, para efeito de demonstração, todas as queixas de dor, independente do seguimento, foram classificadas exclusivamente como “dor”. O escopo dos protocolos de Enfermagem na APS da SSMSP é limitado quanto a este tipo de queixa, tendo como principal Conduta de Enfermagem o encaminhamento para consulta no dia com médico, matriciamento com fisioterapeuta e orientações de analgesia não medicamentosa¹⁴.

Ademais, no quadro 3, nota-se a importância das consultas de enfermagem nas práticas dos atributos essenciais da APS, levando-se em consideração a longitudinalidade e gestão do cuidado, apontado nas consultas relacionadas ao cuidado aos grupos epidemiológicos de maior prevalência, sendo: avaliação de exames; renovação de receitas, coleta de colpocitologia oncótica, consultas de pré-natal,

puericultura, rotina, esta última descrita aqui como caráter geral, apontada na Classificação Internacional da Atenção Primária, CIAP como “Consulta com profissional de Atenção Primária à Saúde” (CIAP 2).

Concluindo, nos apontamentos da Tabela 3, nota-se a grande variedade de queixas atendidas pelo enfermeiro, queixas essas que outrora eram atendidas exclusivamente por médicos e que com o AA, passou a ser rotina nas consultas de enfermagem.

O quadro 4 demonstra a proporção de resolutividade, onde o enfermeiro ofereceu resposta à queixa do usuário, sem a necessidade de apoio de outra categoria, frente às consultas que necessitaram de “encaminhamento interno no dia” para a resolução da queixa do usuário. Assim, evidencia-se que o enfermeiro foi resolutivo em 87,7% das consultas, atingindo percentual maior do que o sugerido pelo Ministério da Saúde em relação a resolutividade do serviço da APS que é de 85% das queixas, no modo geral.

Discussão

Com a expansão da ESF na proposta do fortalecimento da APS, os enfermeiros assumiram importante papel assistencial agregando no seu escopo de trabalho as consultas de enfermagem, as quais, com o crescimento populacional e do número de novos usuários do SUS, aumentaram exponencialmente em relação às consultas médicas¹¹.

As Consultas de Enfermagem, ato privativo do Enfermeiro, definido pela Resolução COFEN nº 544/2017 que revoga a RESOLUÇÃO COFEN nº 159/1993, devem ser pautadas em componentes de métodos científicos para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção,

prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, considerando os princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. (COFEN, 159/93). Compreende a anamnese, o exame físico, o diagnóstico de Enfermagem, a Prescrição da Assistência de Enfermagem e a Evolução da Assistência de Enfermagem^{10,12}.

Com o AA, o enfermeiro viu-se na necessidade de ser resolutivo, utilizando ao máximo o conhecimento técnico-científico e as boas práticas, buscando atender as mais variadas demandas como é possível observar no quadro 1 deste estudo. Observa-se que o enfermeiro realizou a média de 112,83 consultas mensais, exclusivamente no modelo AA, com predominância de indivíduos do gênero feminino (72%). Não foi considerado as Visitas Domiciliares e Consultas Agendadas.

O quadro 2 retrata a faixa etária dos indivíduos, apresentando maior predominância em indivíduos de 0 - 9; 20 - 29 anos e maiores de 60 anos respectivamente, o que é refletido na tabela 3 onde se nota, em relação à queixa principal ou motivo da consulta dos indivíduos atendidos, prevalência nos programas de puericultura, saúde da mulher, pré-natal e acompanhamento de pacientes crônicos, vindo de encontro aos princípios da APS¹³.

Na tabela 3, em relação ao tipo de queixa ou motivo da consulta, observa-se predominância dos casos de “dor”, onde, para efeito de demonstração, todas as queixas de dor, independente do seguimento, foram classificadas exclusivamente como “dor”. O escopo dos protocolos de Enfermagem na APS da SSMSP é limitado quanto a este tipo de queixa, tendo como principal Conduta de Enfermagem o

encaminhamento para consulta no dia com médico, matriciamento com fisioterapeuta e orientações de analgesia não medicamentosa¹⁴.

Ademais, no quadro 3, nota-se a importância das consultas de enfermagem nas práticas dos atributos essenciais da APS, levando-se em consideração a longitudinalidade e gestão do cuidado, apontado nas consultas relacionadas ao cuidado aos grupos epidemiológicos de maior prevalência, sendo: avaliação de exames; renovação de receitas, coleta de colpocitologia oncótica, consultas de pré-natal, puericultura, rotina, esta última descrita aqui como caráter geral, apontada na Classificação Internacional da Atenção Primária, CIAP como “Consulta com profissional de Atenção Primária à Saúde” (CIAP 2).

Concluindo, nos apontamentos da Tabela 3, nota-se a grande variedade de queixas atendidas pelo enfermeiro, queixas essas que outrora eram atendidas exclusivamente por médicos e que com o AA, passou a ser rotina nas consultas de enfermagem.

O quadro 4 demonstra a proporção de resolutividade, onde o enfermeiro ofereceu resposta à queixa do usuário, sem a necessidade de apoio de outra categoria, frente às consultas que necessitaram de “encaminhamento interno no dia” para a resolução da queixa do usuário. Assim, evidencia-se que o enfermeiro foi resolutivo em 87,7% das consultas, atingindo percentual maior do que o sugerido pelo Ministério da Saúde em relação a resolutividade do serviço da APS que é de 85% das queixas, no modo geral.

Conclusão

O presente relato de experiência traz à tona os desafios e dificuldades encontrados na implementação de uma tecnologia que substituiu um

modelo de serviço de saúde, com agendamento de consultas, existente há vários anos nos serviços de saúde da APS.

A implementação do AA trouxe oportunidades de reflexão para todos os segmentos profissionais da APS, principalmente para os enfermeiros, uma vez que no layout original idealizado por Murray e Tantau, não há consultas de enfermagem no programa de APS. Ressalta-se que na APS, no Brasil, a Enfermagem é protagonista nesse nível de atenção à saúde, atuando não somente na gestão dos serviços, mas em todos os atributos da APS, inclusive na assistência direta aos pacientes.

É certo que o resultado e a porcentagem de resolutividade das consultas de enfermagem constatada neste trabalho não podem representar a categoria, haja vista as particularidades de cada profissional, principalmente em relação ao tempo de experiência, formação e vínculo com a comunidade assistida.

A relevância deste estudo está em demonstrar o potencial do enfermeiro que, ao ser desafiado a um novo modelo de organização de trabalho sente-se motivado a contribuir com competência e habilidade, demonstrando que o Acesso Avançado é um potencial diferenciador para o atendimento ao usuário e que mesmo com o modesto escopo de protocolos, pode oferecer um serviço resolutivo e de qualidade.

Referências

1. Mendes EV. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas na estratégia da saúde da família. In: Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS/MS. 2012; 413-441.
2. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde:

estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011; 29(2):84-95.

3. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública. 2018; (34):1-5.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 21 de set. de 2017

5. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MF, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(2):335-345.

6. Tristão FI, Lima RCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. Rev Bras Pesq Saúde. 2016; 18(1):54-61.

7. Murray M, Tantau C. Same - day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag. 2000; 7(8):45-50.

8. Carreno I, et al. Análise da utilização das informações do sistema de informação de atenção básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciência Saúde Coletiva. 2015; 20(3):947-956.

9. Franco JLF. Sistema de informação da atenção básica (SIAB). 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_08.html>. Acesso em 25 nov 2020.

10. São Paulo - Cidade - Legislação Municipal - Enfermagem, Portaria SMS.G Nº 915/2015.

02/10/2009, atualizado em 02/01/2017. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>>. Acesso em 04 jan 2021.

11. Gaete ICP, et al. Consulta de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. In: Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem, 2017. Resumos... Campinas, GALOÁ. 2018. Disponível em: <<https://proceedings.sciences/enipe/papers/consulta-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-no-brasil>>. Acesso em 02 ago 2019.

12. COFEN. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15/10/2009 -Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 04 jan 2021.

13. São Paulo (Cidade). Unidade básica de saúde - diretrizes operacionais. Secretaria Municipal de Saúde. Versão 1 janeiro de 2015.

14. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. 2. ed. - São Paulo: SMS. 2012. 126 p. (Série Enfermagem).