



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

RICARDO BARBOSA GUIRADO

ACESSO AVANÇADO COMO ALTERNATIVA PARA REDUÇÃO DE FILAS E CRIAÇÃO
DE VAGAS.

SÃO PAULO
2020

RICARDO BARBOSA GUIRADO

ACESSO AVANÇADO COMO ALTERNATIVA PARA REDUÇÃO DE FILAS E CRIAÇÃO
DE VAGAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

O principal desafio no Sistema Único de Saúde atualmente é garantir o acesso à população. A unidade ESF Ipiranguinha do município de Ubatuba, cenário deste trabalho, é uma unidade subdimensionada, localizada num bairro carente e populoso. As filas de espera para atendimentos são grandes e o acesso dificultoso. Nesse trabalho, é aventada a hipótese de se adotar o Acesso Avançado como possível solução para essa questão. O Acesso Avançado é um formato organizacional de agenda adotado em unidades de atenção primária com o intuito de criar vagas para atendimentos com agilidade adotando-se a premissa de "fazer hoje o trabalho de hoje". Nesse trabalho comentamos as particularidades do nosso serviço, e explicamos como tentamos adaptar o modelo já existente de Acesso Avançado para nossa realidade.

Palavra-chave

Planejamento Estratégico. Organização e Administração. Agendamento de consultas. Acolhimento. Absenteísmo. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Antes de abordarmos o tema Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde e nossas motivações para a adoção deste sistema, é importante falarmos um pouco da Atenção Primária em si. A atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de organização dos sistemas de serviços de saúde, no qual ela representa o papel de principal porta de entrada. A APS constitui-se de atributos essenciais e atributos derivados. Os Atributos essenciais são quatro: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coodenação e Integralidade. Os atributos derivados, por sua vez, são três: Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural. Este trabalho tem como foco o atributo essencial do Acesso de Primeiro Contato, considerado por alguns autores [inserir referências] o principal desafio do SUS na atualidade. Essa realidade não se mostra diferente no município de Ubatuba.

O Acesso de Primeiro Contato, no município de Ubatuba, apesar de não dispormos de números concretos para avaliar o percentual da população que tem acesso ao serviço de saúde, é evidentemente deficiente. Isso se deve a diversos fatores, sendo os principais (constatados na realidade da ESF Ipiranguinha) os seguintes: a proporção de famílias e equipes não é respeitada, ou seja, existe uma relação população/equipe muito superior ao preconizado pela PNAB (que é de 3500 pessoas, enquanto na área de abrangência de nossa equipe é de aproximadamente 8000 pessoas). Além disso, a Estratégia de saúde da família não só nesta unidade, mas no município todo, encontra-se alicerçada na demanda de pacientes programáticos (hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes), enquanto pacientes que não se enquadram nesses grupos ficam em segundo plano e não conseguem acesso.

Quando iniciei minhas atividades como médico na unidade, o agendamento de consultas para esse perfil de pacientes que não se enquadram em nenhum destes grupos, chamados aqui de “grupos de risco”, acontecia mensalmente, pois, segundo a administração da unidade, quando era um agendamento livre, as vagas do ano todo se esgotavam por volta do mês de março.

Diante deste contexto, pensando em melhorar o Acesso de Primeiro Contato em nossa área de atuação, resolvemos mudar o que estivesse ao nosso alcance, ou seja, como não temos controle sobre nossa área de abrangência ou sobre o número de equipes no território, resolvemos alterar o modelo atual de agendamento. A primeira mudança que instituímos, logo no início das minhas atividades foi implementar em sistema que chamamos de “agendamento com escuta qualificada”. Essa estratégia consistia em um agendamento semanal, feito na presença do médico e enfermeira. Esses profissionais ouviam a queixa do paciente e resolviam, durante o agendamento, o que pudesse ser resolvido. Ao final, caso necessário, marcavam um horário, ainda para a mesma semana, ou no máximo para a semana seguinte para tratar das queixas que demandavam mais atenção ou tempo.

A adoção dessas medidas melhorou consideravelmente o acesso, porém, ainda percebemos, na prática, que o seguinte fenômeno acontecia: sobravam vagas nos dias em que a agenda era destinada aos chamados grupos de risco, principalmente em razão de faltas (em torno de 20 a 25%). Estes horários ociosos poderiam ser aproveitados para realizar outras consultas, no entanto acabavam sendo pouco aproveitados devido à inflexibilidade imposta por um sistema pautado em agenda fechada. Nesse ínterim, os horários destinados ao atendimento das demais pessoas, aquelas não enquadradas como grupos de risco, continuavam escassos.

Foi partindo, então, dessa situação que pensamos no Acesso Avançado em Saúde, pois, como trabalha fortemente fundamentado na demanda espontânea, este modelo organizacional permite o melhor aproveitamento do tempo da equipe além de apresentar o menor índice de faltas.

ESTUDO DA LITERATURA

Os primeiros autores a publicarem sobre acesso avançado foram Mark Murray e Catherine Tantau em uma publicação datada de 2000, na qual eles relatam sua experiência ao implementar o método. Nessa publicação, eles relatam que, num período menor que um ano, houve uma redução do tempo de espera para uma consulta de cinquenta e cinco dias para um dia, houve também um aumento significativo da satisfação dos pacientes e a redução de consultas por paciente em 10%, o que sugere uma maior resolutividade dos problemas quando o paciente busca e consegue o atendimento médico no momento mais oportuno. (MURRAY M, TANTAU C, 2000)

A máxima do acesso avançado é “Faça hoje o trabalho de hoje”. Dessa maneira, a principal diferença entre o Acesso Avançado e o método de agendamento que aplicamos atualmente (uma espécie de *Carve-out* auxiliado pela escuta qualificada no momento do agendamento) consiste no seguinte: enquanto, pelo método atual, ganha-se espaço na agenda simplesmente por evitar marcar consultas naquele horário, restringindo acesso de um lado para, em contrapartida, tentar criar acesso de outro, no Acesso Avançado, libera-se a agenda do dia seguinte, resolvendo o máximo de problemas que aparecerem hoje, ainda hoje. (MURRAY M, 2005)

Na realidade da APS o modelo de Acesso Avançado também é interessante porque considera a capacidade da unidade de cuidar também de problemas agudos, é sabido que grande parte das queixas agudas nos atendimentos em pronto-socorro não necessitam da densidade tecnológica da atenção terciária para serem sanadas. Resolver essa demanda nas Unidades de Atenção Primária significa não só um menor fluxo nos prontos-socorros como também uma melhora na formação de vínculo nas ESF e uma melhor adesão de tratamento, em se tratando de problemas crônicos (STARFIELD B, 2004)

O Acesso Avançado já foi implantado em algumas cidades brasileiras e tem se mostrado uma opção viável para a Atenção Primária à Saúde, pois reduz o absenteísmo e o tempo de espera para o atendimento.

AÇÕES

Para a implementação do Acesso Avançado, várias mudanças na estruturação do serviço da nossa unidade mostram-se necessárias, sendo impossível uma mudança repentina. Visto isso, discutiu-se com a equipe e definiu-se o que chamamos de “plano de transição”.

O primeiro passo deste plano consiste em aumentar as vagas de acolhimento e não distingui-las entre demanda de rotina e urgência, criando, assim, uma espécie de agenda híbrida, que mescla o modelo atual e o Acesso Avançado. O objetivo deve ser tentar resolver ao máximo as demandas, conforme forem surgindo, para evitar agendamentos futuros.

O segundo passo é, a partir de uma data futura pré-definida, não realizar mais agendamentos. A meta estipulada tem como prazo o mês de março. Como já havia algumas poucas consultas marcadas para março para os chamados grupos de risco optou-se por mantê-las, para evitar transtorno. Novas marcações, todavia, não deveriam mais ocorrer.

O terceiro passo foi definir como seriam distribuídas as vagas que permaneceriam ainda com o modelo de consultas pré-agendadas. Alguns grupos específicos têm seu retorno já previsto com uma periodicidade fixa, determinada pelo Ministério da Saúde, são eles: pré-natal, puerpério e puericultura. Em nosso modelo atual de agendamentos, esses grupos têm seu dia fixo na semana. Nosso desejo inicial foi de diluir essa demanda prevista ao longo de todos os dias da semana, facilitando assim o acesso desses grupos, pois eles poderiam marcar conforme melhor lhes convier, e também não restringiríamos o acesso das demais pessoas nos dias em que antes era fechado para determinado grupo.

Porém, nesse momento nos deparamos com o primeiro grande entrave decorrente de uma limitação estrutural de nossa unidade; nossa unidade é composta por três equipes de ESF, porém dispomos somente de um aparelho de sonar para detecção de BFC nas consultas de pré-natal, que é compartilhado entre as equipes (cada equipe dispõe de um dia da semana para usá-lo). Por isso, optamos por reservar um período específico da semana para a demanda programada de pré-natal (definido para as terças-feiras de manhã).

Após o período de transição, a organização da agenda de nossa equipe ficará estabelecida da seguinte forma: Todos os dias somente 10% das vagas serão reservadas para consultas marcadas com antecedência (antes eram 70%) e serão destinadas, especificamente, para realização de consultas de puerpério e puericultura. As terças-feiras terão o período da manhã reservado para a realização de pré-natal e acolhimentos de urgência. As quartas-feiras terão o período da tarde destinado para a realização de visitas-domiciliares, sendo estes os únicos períodos em que a agenda permanece idêntica à do modelo anterior.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, com a implementação deste modelo de agenda (acesso avançado), uma redução de absenteísmo em relação ao modelo anteriormente adotado (carve out), com isso, conseguiríamos um melhor aproveitamento do tempo destinados às consultas, resultando em um acesso muito mais facilitado para os pacientes.

Com uma agenda mais ágil, melhor aproveitada e com a população ciente da disponibilidade de atendimento e vagas quando necessitarem de atendimento, espera-se que conseguiremos reduzir o tempo de espera, que já é menor, após a introdução da ausculta qualificada no momento do agendamento, para tempos ainda menores, melhorando assim o Acesso (principal desafio hoje no SUS) e, consequentemente, a qualidade do serviço.

É de suma importância que se tenha coletado dados antes da implementação como, absenteísmo, tempo de espera, número de consultas diárias e satisfação dos usuários, por exemplo, para que se tenha parâmetros, após a implementação do novo modelo, a fim de avaliar a efetividade da mudança, bem como se esta foi de fato positiva.

Por fim, acredito que vale ressaltar também que alguns critérios são de difícil mensuração, mas também devem ser levados em consideração quando se avaliar o novo modelo de agendamento a fim de julgar se é uma mudança válida de ser mantida. Esses critérios são, por exemplo, qualidade do acompanhamento, qualidade dos encaminhamentos, saúde mental dos profissionais envolvidos, dentre outros.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam. Pract. Management . 2000.

Murray M. Answers to your questions about same-day scheduling. Fam. Pract. Management. 2005.

Curitiba, Secretaria de Saúde. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2015.

Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.