



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOSE CUNHA REBELO FILHO

ACESSO AVANÇADO: A SOLUÇÃO DEFINITIVA PARA O USUÁRIO? UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. MAURÍCIO EM CESÁRIO
LANGE/SP.

SÃO PAULO
2020

JOSE CUNHA REBELO FILHO

ACESSO AVANÇADO: A SOLUÇÃO DEFINITIVA PARA O USUÁRIO? UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. MAURÍCIO EM CESÁRIO
LANGE/SP.

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: MONALISA LIMA SALVADOR

SÃO PAULO
2020

Resumo

Debater alternativas para ampliar e melhorar o acesso dos pacientes na atenção primária do SUS na unidade UBS Dr. Maurício em Cesário Lange/SP.

Palavra-chave

Unidade Básica de Saúde. Saúde Preventiva. Satisfação dos Usuários. Gestão. Consulta Médica. Agendamento de consultas. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Dificuldade no acesso do paciente à consultas médicas na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Maurício de Cesário Lange/SP.

ESTUDO DA LITERATURA

Grande parte do problema das unidades da atenção primária em saúde demonstra-se no acesso do paciente à equipe. São agendas intermináveis, prazos para agendamentos de métodos complementares e retorno com a equipe demorados, especialidades/sub-especialidades inalcançáveis, o que reduz a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado do paciente.

Acesso é definido por Millmann em 1993 como "o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde", ou seja, como é a experiência do usuário no serviço de saúde.

Se o sistema não possui um ponto de entrada bem definido e/ou pula esta etapa com agendamentos para especialistas/sub-especialistas, os custos se tornam muito maiores, além de enfraquecer a longitudinalidade e a integralidade do cuidado uma vez que o paciente não tem um profissional como referência para sanar suas dúvidas e anseios. Moore provou em 1979 que pacientes que procuraram a atenção primária antes das especialidades/sub-especialidades ficaram menos tempo internados em hospitais, reduzindo assim os custos para o sistema de saúde. Forrest e Starfield quantificaram a redução dos custos no cuidado com pacientes que procuraram a atenção primária. Em geral, os custos caíram 53% em pacientes que procuraram primeiro um profissional da atenção primária e não se submeteram à atendimentos de emergência como porta de entrada para o sistema. Chande e Kinnane foram ainda mais enfáticos ao provarem, em 1996, que crianças que apresentaram quadro de apendicite aguda tiveram menos complicações (perfuração do apêndice) quando os pais procuraram a atenção primária de sua confiança e não a emergência como porta de entrada.

Muitas vezes, na atenção primária, os pacientes trazem queixas e problemas vagos sem relação com sistemas orgânicos específicos, o que gera um grande desafio para o especialista/sub-especialista que, muitas vezes, não estão inseridos no contexto biopsicossocial do paciente, fato que não se repete com o médico inserido na atenção primária que, não raramente, é o assistente da família. Além disto, os profissionais da atenção primária são treinados em contextos que seus pacientes têm baixa probabilidade de estarem com problemas raros ou sérios, reduzindo a chance de submeterem seus pacientes a exames desnecessários e de alto custo para o sistema, reduzindo a ansiedade dos pacientes e das famílias e as consultas desnecessárias que saturam as agendas dos especialistas/sub-especialistas. Sox ratifica isto em 1996 ao afirmar que "Para qualquer sinal ou sintoma ou queixa apresentados, a probabilidade de verdadeira enfermidade será mais baixa na população de atenção primária do que nas práticas de outros especialistas, por causa da frequência maior da doença nestas últimas práticas."

Os dois maiores desafios do modelo tradicional de agendamento são a triagem dos pacientes que solicitam demandas espontâneas e a assiduidade dos agendados uma vez que estas consultas são marcadas com grande antecedência, o que gera um grande absenteísmo.

Nos últimos anos, houve visto um incremento na discussão sobre acesso do paciente, um ensejo, uma vontade muito grande, de que a saúde básica se tornasse a porta de entrada para o usuário, aumentando seu vínculo com a equipe e a longitudinalidade do cuidado, ao invés do modelo tradicional, em que demandas agudas sempre deveriam procurar unidades

de emergência, e que cada vez que o usuário procurasse, seria atendido por uma equipe diferente e, por vezes, só seria atendido naquele momento, sem continuar o cuidado da maneira adequada. E muito tem sido discutido neste sentido. Porém, vê-se muita disparidade no nosso país. Experiências positivas e negativas. E, neste quesito, uma das estratégias discutidas é o acesso avançado.

Conforme proposto por Murray e Tantau, o acesso avançado é um modelo de gestão de agenda, que prega: "Faça hoje o trabalho de hoje", gerando uma cadeia de cuidado para o mesmo dia ou o mais rápido possível, sempre focando a queixa do paciente e a disponibilidade do paciente e da equipe. A primeira experiência relatada deste modelo de organização é datada de 1990, na Califórnia. Essa experiência surgiu pois as equipes encontravam-se saturadas, com custos sempre elevados, com mais e mais contratações de profissionais e, a despeito deste esforço, o absenteísmo sempre elevadíssimo e um lapso entre o agendamento e a consulta muito grande. Além do mais, esse modelo gerou maior relação médico-paciente uma vez que o paciente seria atendido pelo seu médico assistente na maioria das vezes. Após isso, se seguiram diversas outras experiências ao redor do mundo. O primeiro relato no Brasil é datado dos anos de 2013 e 2014, em unidades isoladas em São Paulo, Rio de Janeiro, Florianópolis e Curitiba. Este modelo tem crescido bastante no Brasil desde então. O grande enfoque deste modelo é um incremento na abordagem dos pacientes (agudos, crônicos, preventivos, administrativos...) de modo a aumentar a continuidade do cuidado, reduzir as ausências em consultas, reduzir as filas, entre outras, sem aumento no custo. Este modelo não exclui agendas para cuidados periódicos (pré natal, puericultura, HIPERDIA...). Tais cuidados contínuos podem ganhar status de "agenda protegida" ou "reservada" visando garantir o acesso mais a longo prazo destes pacientes, não excluindo a possibilidade de atendimentos diários para estes usuários se necessário.

Atualmente, na unidade UBS Dr. Maurício em Cesário Lange/SP, o grande entrave para se implantar tal modelo é convencer a população e a equipe sobre as vantagens, desvantagens e desafios. O maior desafio é mostrar para a população como esse modelo funciona. Estão acostumados com a espera, a fila, papéis comprovando agendamento. A população enfrenta este modelo como uma "perda uma vez que não tem mais data definida e garantida para o acesso ao profissional, quando na realidade é totalmente o oposto. A população tem dificuldade em compreender que eles estarão no comando de seu cuidado e não o estarão delegando para as equipes de saúde. Isso gera grande estranheza na população quando, na realidade, é bem mais simples do que parece. Podemos tomar como exemplo pacientes que usam medicações contínuas. Se eles estão inseridos no modelo tradicional, já deixam a consulta com agendamento para o retorno já que não podem ficar sem as medicações de uso contínuo. O problema do modelo tradicional está nas agendas infinitas, profissionais que saem de recesso e/ou ficam doentes. Caso o paciente perca o agendamento prévio, seu próximo agendamento ficará ainda mais distante, reduzindo o vínculo com a equipe e a longitudinalidade do cuidado. Além disso, o paciente acaba buscando cuidado em outra porta de entrada, geralmente as emergências, que não conseguem sanar as demandas da atenção primária, causando ainda mais saturação nos serviços de urgência e emergência. Tal fato é bastante minimizado pelo acesso avançado uma vez que o paciente procura a unidade no dia que ele julga necessário, independente se for uma queixa aguda, crônica ou administrativa.

AÇÕES

As ações se iniciam em: não realizar agendamentos de rotina, no entanto reservam-se vagas para os pacientes em cuidado continuado (HIPERDIA, pré natal, puericultura...). A proporção ficará a critério da equipe. A sugestão feita pelos criadores é na proporção 65/35% entre agenda livre e reservada, respectivamente. Porém, também fica facultado para a equipe um limite tolerável de pacientes por turno/dia para não reduzir assim a qualidade do atendimento prestado à população.

Um desafio, seria conscientizar a população sobre esse novo modelo. A unidade UBS Dr. Maurício em Cesário Lange/SP, é uma unidade composta basicamente de população mais idosa que adere bastante às ações propostas pela equipe. Porém, mesmo com tempo de espera reduzido, acabam se esquecendo das consultas agendadas e este foi o motivo de tentar implantar este modelo de agendamento. A intenção é mostrar para a população e explicar como se desenha o novo modelo, sempre mostrando o papel e a responsabilidade de cada um no processo. O segundo passo começaria com um plano de contingenciamento e realocação das consultas previamente agendadas para o novo modelo. O terceiro passo começaria ao oferecer ao paciente, independente da queixa, uma consulta para o mesmo dia, mostrando para o paciente que este modelo é o que a unidade vai seguir. O quarto passo ficaria a cargo da equipe de "pré agendar" e "reservar" vagas para os cuidados continuados.

- ♦ Consultar e compartilhar com a população a proposta do novo método de trabalho;
- ♦ Refazer as agendas contemplando o novo modelo;
- ♦ Oferecer vagas de consulta médica para o dia independente da queixa;
- ♦ Realizar agendamentos apenas para pessoas que fazem acompanhamentos programáticos (Hiperdia, Gestantes, Puericultura...) mantendo a agenda livre em 65% das vagas para atendimento de demanda espontânea, podendo sofrer alterações necessárias avaliadas pela equipe.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se uma redução drástica no tempo entre agendamento e consulta, uma vez que não há agendamentos prévios, com exceção para cuidados contínuos. Além disso, espera-se um aumento na longitudinalidade do cuidado uma vez que o paciente passará, quase sempre com a mesma equipe que já o conhece. Mais do que isso, há uma expectativa na redução do absentéismo uma vez que o paciente quase não espera pela consulta e não há consultas agendadas. Há também uma expectativa na redução dos custos já que não há a necessidade de tantos profissionais e tantas equipes enormes porque não há agendas incompatíveis com os profissionais e equipes envolvidas.

REFERÊNCIAS

- ♦ MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, Brasil; 2017. [acesso em acesso em 2019 dez 23] https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- ♦ MURRAY, M; TANTAU, C. Redefining open access to primary care. - Manag Care Q;7(3): 45-55, 1999. [acesso em acesso em 2019 dez 23] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10620958/?dopt=Abstract>
- ♦ STARFIELD, B. Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2004. [acesso em acesso em 2019 dez 23] <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- ♦ MURRAY M, TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam. Pract. Manag. [internet]. 2000; 7(8): 45-50. [acesso em 2019 dez 23] <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>
- ♦ SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba; 2005. [acesso em 2019 dez 23] http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf
- ♦ ROSE, K; ROSS, JS; HORWITZ, LI. Advanced Access Scheduling Outcomes: a Sytematic Review. JAMA [internet]. 2011 [acesso em 2019 dez 23]; 171(13): 1150-1159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21518935/>
- ♦ MILLMAN, M. (Ed.). Access to Healthcare in America. Washington, DC: National Academy Press, 1993 [acesso em 2020 maio 09] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- ♦ MOORE, S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. N Engl J MÈd, n. 300, p. 1359-62, 1979 [acesso em 2020 maio 09] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197906143002403>
- ♦ CHANDE, V.; KINNANE, J. Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis. Arch Pediatr Adolesc Med, n. 150, p. 703-6, 1996 [acesso em 2020 maio 09] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8673194/>
- ♦ FORREST, C. B.; STARFIELD, B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. J Fam Pract, n. 43, p. 40-8, 1996 [acesso em 2020 maio 09] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8691179/>
- ♦ SOX H. Decision-making: A comparison of referral practice and primary care. J Fam Pract, n. 2, p. 155-60, 1996 [acesso em 2020 maio 09] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8606305/>