



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Fábio Martino Otero Avila

Acesso Avançado: redução do absenteísmo e
fortalecimento do acolhimento em uma unidade básica
de saúde.

Florianópolis, Abril de 2017

Fábio Martino Otero Avila

Acesso Avançado: redução do absenteísmo e fortalecimento do acolhimento em uma unidade básica de saúde.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katheri Maris Zamprogna
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Fábio Martino Otero Avila

Acesso Avançado: redução do absenteísmo e fortalecimento do acolhimento em uma unidade básica de saúde.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: O projeto de intervenção será realizado na Unidade Básica Nova Brasília na cidade de Brusque em Santa Catarina e consistirá na substituição da forma de agendamento do “modelo Tradicional” para o “Acesso Avançado”, que traduz-se em um sistema que prioriza o acolhimento do paciente da forma mais célere possível, substituição necessária devido aos altos índices de absenteísmo ligados ao antigo modelo, no qual desperdiçava-se perto de 20% dos atendimentos agendados em razão da ausência de pacientes, além de aumentar o tempo de espera entre a busca inicial pelo serviço e o atendimento. **Objetivo:** O intuito do projeto é diminuir os índices de absenteísmo e otimizar a aderência às consultas de Atenção Primária, realizando a inclusão do sistema de Acesso Avançado de forma a aprimorar o aproveitamento do tempo ocioso da equipe de saúde, fortalecendo desta forma o acolhimento e o vínculo com a comunidade. **Metodologia:** O Acesso Avançado será aplicado através da simples mudança do sistema de agendamento do Modelo Tradicional que previa 75% das consultas para pacientes agendados e 25% para consultas de urgência ou livre demanda com agendamentos para até 30 dias para o Sistema de Acesso Avançado, sendo neste caso 75% das consultas resguardadas aos acolhimentos e consultas de urgência e 25% para consultas previamente agendadas, estas reservadas a grupos prioritários como crianças, idosos e gestantes com atendimento no em prazo não superior a 72 horas da busca inicial. **Resultados esperados:** Almejamos uma redução importante nos índices de absenteísmo, e com isto um aumento do número de consultas e a otimização da produtividade da equipe, ademais, pretendemos atingir a redução do tempo médio entre a procura do atendimento e a consulta de 30 dias para no máximo 72 horas (3 dias), fortalecendo através destes resultados a função da Unidade Básica de Saúde como “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acesso Avançado, Acolhimento, Absenteísmo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A cidade de Brusque, conhecida a "cidade dos tecidos" é localizada no Vale do Itajai no estado de Santa Catarina na região sul do Brasil, tem o principio de sua colonização no dia 04 de agosto de 1860 com a chegada de colonos alemães vindos da região de Baden localizada no sul da Alemanha, começando assim a ocupação das terras circunvizinhas ao rio Itajai-Mirim que estaria completa com a chegada de colonos poloneses em 1869 e colonos italianos em 1875. Com uma população crescente o povoado conquistou sua emancipação no dia 23 de março de 1881 com o nome de São Luis Gonzaga vindo a ser "rebatizada" em 17 de janeiro de 1890 com o nome de Brusque. Uma cidade com uma pungente influência de sua colonização alemã, seja nos traços de seus habitantes, na sua arquitetura, gastronomia ou festas típicas.

Inserido neste contexto brusquense está a comunidade do Bairro Nova Brasilia composta por aproximadamente 5000 pessoas. O bairro conta com um perfil social bastante diverso variando de regiões com sua composição majoritária de moradores pertencentes a classe média baixa, possui também setores habitados por famílias mais abastadas. A estrutura do bairro mescla setores compostos por indústrias em especial a têxtil, metalúrgica, química, um setor de serviços composto principalmente por lojas de pequeno a grande porte de venda de roupas ou tecidos além de áreas primordialmente residenciais. Uma população muito engajada às atividades laborais mas com pouco envolvimento com a política da cidade e a presença de quaisquer grupos ou líderes comunitários.

Construída em 2015, a Unidade Básica de Saúde Nova Brasilia situada na Rua Osvaldo Niebuhr número 240 é responsável pelas ações em atenção primária do bairro, realiza em média 1500 atendimentos mensais dentre ações internas e externas; para isto conta com uma equipe de Saúde da Família composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um assistente odontológico, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e quatro agentes comunitários. Dentre os sintomas que atraem a maior demanda estão as lombalgias, dores articulares, tonturas, e as infecções das vias aéreas superiores; já as afecções mais comuns temos as dermatoses, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes Mellitus do tipo II e a doença pulmonar obstrutiva crônica.

A UBS Nova Brasilia trabalha com um sistema no qual as consultas agendadas respondem por 75% dos atendimentos, enquanto as "consultas no dia" referentes a demanda espontânea correspondem aos 25% restantes das consultas. Com um agendamento mensal ou seja, em geral com um mês de antecedência, uma das grandes problemáticas que atinge o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde Nova Brasília é referente ao grande número de faltas às consultas agendadas. Os índices de absenteísmo de acordo com o mês em avaliação podem chegar até a 25% dos atendimentos, fato este que acaba por "desperdiçar" o tempo da equipe da Unidade.

Uma alternativa em amplo estudo dentro da organização das unidades de saúde se refere ao "Acesso Avançado" que se trata de um sistema no qual o intuito é que o processo agendamento-atendimento não ultrapasse as 48 horas do contato inicial do usuário com o serviço de saúde. Tal modelo já vem sendo aplicado em países como Inglaterra e Canadá com resultados bastante satisfatórios.

Derivada do interesse comum da comunidade e da equipe de saúde, a inclusão do "acesso avançado" se propõe a combater insatisfações seja com a atual morosidade dos processos de agendamento/atendimento por parte da população como o descontentamento por parte da equipe de saúde referente aos altos índices de absenteísmo. Ressalta-se também o fato de que tal medida pode ser usada como experimento para futura execução em outros serviços de saúde com problemáticas semelhantes, sendo extremamente oportuno em um atual momento de crise financeira com poucos recursos destinados ao setor de Saúde Pública a valorização de metodologias que adicionem em resolutividade sem a necessidade de incremento de recursos .

A inclusão de tal metodologia auxiliará a combater os altos índices de absteímo experimentados com a metodologia de agendamento mensal praticada no ano de 2016 na Unidade Básica de Saúde Nova Brasília em Brusque, se utilizando da migração para o sistema de "acesso avançado" que conta com maior autonomia e celeridade no agendamento e atendimento de seus usuários.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir os índices de absenteísmo na UBS-NV e otimizar a aderência às consultas de atenção primária .

2.2 Objetivos Específicos

- Reorganizar a forma de agendamento de consultas de mensal para semanal;
- Realizar a inclusão do sistema de atendimento de "Acesso Avançado"adequando-o de forma que este não venha de encontro aos preceitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Aumentar o aproveitamento do tempo ocioso da equipe de saúde devido ao altos índices de absenteísmo;
- Melhorar o vínculo com a comunidade através de um atendimento mais proativo , ágil e célere.

3 Revisão da Literatura

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde define a Atenção Primária como :

“[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção ,prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitados, dos quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção , tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável”[SÁUDE-CONASS \(2004, p. 7\)](#)

Dentro deste amplo conceito cabe ressaltar o sentido das palavras acesso e acessibilidade. Para [Millman \(1993\)](#) o acesso foi definido como “ o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde; já a acessibilidade como o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. O autor ainda definiu 3 barreiras primárias aos serviços de saúde (1) Estruturais, referentes a localização, organização, tipo e número de serviços de saúde; (2) Financeiros, que restringem a capacidade dos pacientes em receber cuidados devido a limitações monetárias; (3)Pessoal/Cultural, referente às restrições individuais daqueles que procuram os serviços.

Para [Donabedian \(1973\)](#) a acessibilidade está vinculada a 3 fatores; (1) Disponibilidade, que se refere a obtenção da atenção necessária em saúde aos usuários independentemente da gravidade do quadro; (2) Comodidade, diz respeito a conveniência do atendimento, quanto a horários, forma de agendamento, tempo de espera para o atendimento, o conforto local e a; (3) Aceitabilidade, que possui ligação com a satisfação dos usuários quanto aos serviços, localização, estrutura dentre outros.

Evidenciam-se estes conceitos devido ao fato de que derivada da dualidade acesso/acessibilidade estes surgem como parte da insatisfação dos usuários com a dificuldade de acessar os serviços de saúde. Dificuldade a qual está intimamente ligada às metodologias/modelos de agendamento de consultas.

Explorando esta questão vemos 3 sistemáticas relacionadas a continuidade do acesso; (1)Modelo Tradicional, funciona utilizando o critério de agendamento completo por um período de tempo predefinido em 7 dias, 15 dias, 30 dias, 60 dias e até 90 dias. Este sistema acaba limitando de forma importante a autonomia do profissional sobre sua agenda, e uma das características deste modelo é que muitas vezes no intuito de sistematizar a

demanda são criados processos restritivos como datas, períodos, turnos ou dias específicos para o atendimento de um determinado grupo de pessoas como gestantes, idosos, crianças, dentre outros. Com o lema de “Faça o trabalho do último mês hoje” este modelo apresenta diversos vícios, dentre eles a demora entre o tempo de marcação ao tempo do atendimento, aliado ao fato de que a supracitada sistematização por grupos parece ingenuamente restringir estas parcelas da população a necessitar dos serviços de atenção primária somente no dia específico para seu atendimento conforme a agenda.

(2) Sistema Com Vagas, neste modelo é criado um perfil de demanda conforme o tamanho da população de acordo com o dia da semana, exemplo: sabendo que a procura na segunda-feira é maior que a da terça-feira e esta maior do que a de quarta-feira que em geral se iguala as demandas de quinta e sexta-feira, atribui-se uma oferta decrescente com o passar da semana; exemplo, na segunda-feira são ofertadas 20 consultas, na terça 16 consultas e na quarta até sexta-feira 14 consultas. Este sistema é uma tentativa de aperfeiçoar o modelo tradicional no entanto, possui diversos vícios, dentre eles o fato de assim como o modelo tradicional, o sistema com vagas também possui um agendamento por períodos de tempo apresentando a mesma demora entre o tempo da marcação da consulta ao atendimento. (3) Acesso Avançado, este sistema o usuário ao procurar o serviço de saúde a consulta é oferecida para o mesmo dia, independentemente da causa. Neste modelo em contrapartida aos modelos anteriores que oferecem 75% das consultas agendadas e 25% das consultas para o dia, chamadas consultas de acolhimento, o acesso avançado inverte as porcentagens ao priorizar as demandas diárias. Este modelo nasceu de uma circunstância descrita por [Murray, Tantau e Berwick \(2003\)](#) que descreveram uma situação ocorrida no ano de 1990 durante a gerência do Serviço de Atenção Primária a Saúde Kaiser Permanent na cidade de Oakland no estado da Califórnia (EUA) onde em um serviço de com mais de 100 médicos e outros 400 funcionários para prover cuidados a uma população de aproximadamente 250 mil pessoas, Murray verificou que o tempo médio de espera para atendimento era de aproximadamente 55 dias e a chance de ser atendido pelo médico de referência era de 47%. Embasado na ineficácia deste modelo (a cidade utilizava o Sistema com Vagas) foi necessário rever tal modelo e alicerçar o novo em dois aspectos fundamentais; Capacidade de Agenda, com o intuito de possibilitar ao usuário um atendimento no mesmo dia da procura, com conseqüente diminuição de consultas pré-agendadas e ampliando o espaço da agenda para as demandas do dia. Continuidade do Cuidado, permitindo as pessoas a manterem acompanhamento com seu médico de referência, melhorando o vínculo médico-paciente e por conseqüência a satisfação do usuário com o serviço de saúde. A este modelo foi dado o nome “Acesso Avançado” que tem como lema “Faça o trabalho de hoje, hoje”. Após um ano de implementação Murray percebeu uma queda no tempo médio de espera de consulta de 55 dias para 1 dia e aliado a isto ainda viu que as possibilidades de um usuário ser atendido pelo seu médico ser alavancada de 47% para aproximadamente 80%.

Uma das mazelas derivadas da priorização do Modelo Tradicional é a colocação do acolhimento em segundo plano, quando de acordo com o perfil de certas comunidades este deveria ser prioridade, burocratizando o acesso e afastando os usuários que possivelmente mais precisam dos serviços de atenção primária.

Segundo(MITRE et al., 2012) o acolhimento tem como preposta a ampliação do acesso com a finalidade de concretizar o objetivo da APS/ESF como a principal “porta de entrada” do SUS, promovendo melhorias na qualidade das relações usuários com os profissionais. No entanto, na sistemática das agendas periódicas plenas perde-se essa oportunidade de fortalecimento de vínculo principalmente em paciente com afecções agudas de menor gravidade que poderiam ser tratadas na atenção primária, mas que devido a falta de espaço acabam por engrossar as filas nas emergências do país.

Em diversos serviços o pouco espaço nas agendas dispendido para a “demanda livre” acaba negligenciando as necessidades de usuários, que acabam buscando outros serviços como ambulatorios, pronto atendimentos e emergências, sobrecarregando e descaracterizando estas últimas, prejudicando outros pacientes que conforme a gravidade de seus quadros realmente deveriam buscar serviços de maior complexidade.

Tesser e Norman (2014, p. 874) afirmou: “[...] o fato da equipe de saúde da família assumir a responsabilidade de atender seus usuários nas suas demandas, ouvindo-os e negociando soluções para seus problemas da melhor e mais rápida forma possível deve ser caracterizado como praxe na APS/ESF na sua função de cuidar longitudinalmente.”

Starfield (2002) reitera que um fácil acesso aliado a longitudinalidade necessita ser firmado como uma postura primordial na construção do direito ao cuidado adequado e sua coordenação adequada pela APS e acima de tudo a redução das iniquidades em saúde.

Com a aplicação do Acesso Avançado tenta-se adequar a agenda conforme as necessidades do contexto local, sendo este um método importantíssimo na correção do quadro de negligência ao qual tem sido exposto o acolhimentoOrtiz (2004, p. 11).Acima de tudo o Acesso Avançado deve ser visto como uma forma de fuga da “zona de conforto” e confrontação das reais necessidades dos usuários.

4 Metodologia

Derivado de criteriosa análise de saúde realizada pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Nova Brasília, situada no Bairro Nova Brasília na cidade de Brusque em Santa Catarina, foram levantados dados e observados perfis de usuários da unidade de saúde supracitada com o intuito de identificar os principais problemas envolvendo principalmente o quesito “acesso” aos serviços de saúde.

Com o intuito de satisfazer as demandas dos usuários da Unidade Básica Nova Brasília e combater os altos índices de absenteísmo às consultas será realizada a troca do modelo de Agendamento Tradicional com agenda plena de 30 dias para o modelo de Acesso Avançado, o qual consistirá na inversão dos 75% das consultas para pacientes agendados e 25% para livre demanda previstos pelo modelo tradicional, para 25% de consultas agendadas anteriormente, reservadas principalmente a grupos prioritários como crianças, gestantes e idosos e 75% para agendamentos para consultas no dia e livre demanda, aberta a população em geral; extinguindo-se também as datas semanais de atendimentos exclusivos a certos grupos (gestantes, crianças e idosos) por entender que este padrão destoia das necessidades reais da população.

A inclusão deste sistema se deu através dos seguintes passos: 1) Determinação dos problemas (levantadas nas reuniões de equipes); 2) Escolha dentre as problemáticas consideradas prioritárias (considerando prioridades e vantagens de intervenção em certos problemas em contrapartida a outros); 3) Descrição da problemática abordada (caracterização, dimensionamento e quantificação da problemática); 4) Explicação da problemática abordada (elucidação das causas da problemática); 5) Análise da praticabilidade da ação (avaliação das possibilidades de ação); 6) Planejamento de execução (planejamento de ações e funções dos agentes envolvidos); 7) Definição de metas a médio e longo prazo (conforme as avaliações dos resultados esperados. Sendo todos os passos discutidos amplamente pela equipe e aceitos unanimemente por todos os agentes envolvidos, ficando portanto definido que os Agentes Comunitários ficarão responsáveis pela avaliação junto a comunidade da satisfação dos usuários, os Técnicos em Enfermagem ficarão responsáveis pela parte inicial da triagem dos usuários, o Enfermeiro ficará responsável pelas triagens de demandas e níveis de urgência da necessidade de atendimento e o Médico ficará responsável pelo atendimento destas diligências e a resolução ou redirecionamento das demandas dos usuários, estando desta forma toda a equipe envolvida e associada a evolução do projeto.

O projeto de intervenção terá seu início na data de 12 de janeiro de 2017 com previsão de ser aplicado durante todo o calendário de atividades do ano de 2017, sendo que a partir desta data, aos usuários que procurarem o serviço de saúde para agendar a consulta, esta será oferecida para o presente momento ou para no máximo 48 horas após a procura inicial, em contraposição ao modelo anterior no qual estes pacientes seriam agendados em

um prazo de até 30 dias após a procura inicial.

Este projeto tem fundamentação teórica nas bases de dados em saúde DATASUS, SINAM, IBGE, FIOCRUZ, LILACS, MEDLINE, PAHO e SciELO aliada a criteriosa revisão de literatura utilizando o acesso aos mais diversos jornais mundiais de literatura médica como o Journal of American Medical Association (JAMA), New England Journal of Medicine (NEJM), Family Medicine Journal (FMJ) e a Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (RBMFC) associada a fundamentação observacional derivada de dados referentes a satisfação dos usuários, coletados através das visitas domiciliares realizadas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica Nova Brasília.

Os controles de satisfação dos usuários serão realizados principalmente via questionamento direto durante as consultas médicas e de enfermagem e durante as visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

5 Resultados Esperados

Dentro dos resultados esperados há a expectativa que a transição para o sistema de acesso avançado ocorra uma redução importante nos índices de absenteísmo, sendo isto já observado desde 12/01/2017, data do início da intervenção, ocorrendo uma redução do absenteísmo de aproximadamente 20% para 0% até a presente data. Derivada desta diminuição dos índices de absenteísmo é previsto um aumento no número de consultas, haja vista que em parte das consultas perdidas com o absenteísmo não era possível realizar um remanejamento/encaixe, ocasionando períodos ociosos com uma importante perda de tempo produtivo da equipe.

Outros resultados esperados estão ligados a redução do tempo médio de espera entre a procura do atendimento e a consulta, sendo a expectativa de redução dos 30 dias no sistema de agendamento tradicional para um atendimento em até 72 horas (3 dias) da procura inicial defendido pelo sistema de acesso avançado.

Além dos supracitados aspectos relacionados principalmente a produtividade, há também uma expectativa de melhor adequação aos perfis de necessidades dos usuários, ampliando o espaço do acolhimento às demandas mais urgentes dos pacientes, transformando-se em uma importante ferramenta de fortalecimento da Unidade Básica de Saúde como “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde.

Referências

- DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: HARVARD PRESS, 1973. Citado na página 13.
- MILLMAN, M. *Acess to Health Care in America*. Washington: NATIONAL ACADEMY PRESS, 1993. Citado na página 13.
- MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema Único de saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012. Citado na página 15.
- MURRAY, M.; TANTAU, C.; BERWICK, D. Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care. *Jornal of American Medical Association*, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003. Citado na página 14.
- ORTIZ, J. *Acolhimento em Porto Alegre: Um sus para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. Citado na página 15.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002. Citado na página 15.
- SÁUDE-CONASS, C. N. D. S. D. *Atenção Primária: Seminário do conass para construção de consensos*. Brasília: CONASS Documenta, 2004. Citado na página 13.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, p. 869–883, 2014. Citado na página 15.