



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNA NEVES ALVES

IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA VI- MORUMBI, JARDINÓPOLIS-SP

SÃO PAULO
2017

BRUNA NEVES ALVES

IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA VI- MORUMBI, JARDINÓPOLIS-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: KARINA MARTNS MOLINARI MORANDIN

SÃO PAULO
2017

Introdução

Unidades de Atenção à Saúde ao redor do mundo apresentam problemas em relação ao tempo de espera para atendimento médico, assim como no Brasil (MURRAY; TANTAU, 2003 e VIDAL, 2013). Por meio de um agendamento semanal ou até mesmo mensal, o paciente que necessita de uma consulta emergencial procura a unidade para agendamento, conseguindo vaga muito tempo depois, em alguns casos mais de um mês após a data de agendamento (MURRAY; TANTAU, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada do sistema de saúde para a população, local onde se identificam os riscos, as necessidades e as demandas de saúde, para a coordenação do cuidado e resolução dos casos. Para tal, a população em geral tem consultas com o médico e/ou enfermeira da equipe de Saúde da Família, em esquema de agenda semanal ou mensal no qual o paciente marca sua consulta e aguarda o atendimento. Além disso, é preconizado para as equipes de Saúde da Família, uma população de até 4000 pessoas, sendo o ideal até 3500 pessoas (PNAB, 2012).

Por volta de 1990 na Califórnia, Estados Unidos, notou-se que a demanda por consultas era maior do que a oferta em clínicas de saúde da família. Com um esquema de agendamento no qual o médico chegava ao consultório com todas as consultas marcadas e sem possibilidade de atendimento para demanda espontânea, o paciente tinha de aguardar aproximadamente 55 dias para conseguir se consultar na clínica. Devido à insatisfação dos usuários, foi desenvolvido o acesso avançado ou “open access”, no qual o princípio é “fazer hoje o trabalho de hoje”. Em vez da disponibilidade apenas de consultas agendadas, um ou dois dias na semana são reservados para consultas agendadas, somando 35% do espaço da agenda, e os demais 65% da agenda, são “abertos” ou “livres” para demanda espontânea. Nessa consulta, o médico irá absorver/tratar a queixa do dia e já adiantar a rotina ou a consulta que o paciente tivesse agendado (caso o paciente tivesse alguma consulta agendada). Dessa forma, abre-se mais espaço na agenda, permitindo redução do tempo de espera (MURRAY; TANTAU, 2003).

No Brasil, em Curitiba, Rio de Janeiro e São Paulo, o acesso avançado foi implementado com sucesso mais recentemente, demonstrando aumento no índice de satisfação do paciente em relação às consultas, redução do tempo de espera e aumento do vínculo paciente-unidade de saúde (BRASIL, 2014).

Objetivos (Geral e Específicos)

Objetivo Geral: Implementar o acesso avançado na unidade de atendimento de ESF VI-Morumbi, em Jardinópolis, São Paulo.

Objetivos Específicos: - Absorver a demanda espontânea;
- Reduzir o tempo de espera por consultas agendadas;
- Aumentar a satisfação do usuário com a unidade de saúde.

Método

Este projeto de intervenção será realizado na unidade de ESF VI-Morumbi em Jardinópolis-SP, com a participação de todos os profissionais da unidade e toda a população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família.

O projeto terá como início uma reunião de equipe, para conscientização do problema e conhecimento do novo esquema de agendamento. Nessa reunião serão distribuídas responsabilidades para cada profissional coletar dados do método atual (agendamento mensal) referentes à quantidade de pacientes que não conseguem agendar consulta para rotina clínica, que não conseguem consulta para atendimento de quadros agudos, que se consultam em encaixes e média de tempo de espera para consulta após agendamento, sendo o questionário o seguinte:

1-Conseguiu agendar consulta? Se sim, quantos dias após o dia de agendamento?

2-Conseguiu consulta de encaixe? Se sim, quantos dias após a data de procura?

3-Motivo da consulta era sintomas novos, renovar receita ou rotina?

Após 1 mês, será realizada nova reunião para discussão dos dados coletados. Com essas informações, será iniciado o processo de adaptação na semana seguinte, de transição do atual modelo de agendamento para o novo, por meio de abertura de espaços na agenda para atendimento da demanda espontânea, para que todos os atendimentos solicitados previamente sejam realizados, solucionando a demanda atrasada.

Durante o mês de absorção do que se considera demanda atrasada, será realizada orientação à população sobre o novo esquema de agendamento, em sala de espera e por meio de panfletos distribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Após os primeiros dois meses relatados será implementado o acesso avançado integralmente e se dará início aos atendimentos nesse novo modelo, conforme a tabela a seguir:

7h30 às 8h30 Consultas breves para o paciente que chega direto na unidade (tempo médio de 10 em 10 minutos)

8h30 às 11h Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15 minutos)

11h às 12h Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, reunião de equipe, visita domiciliar (tempo médio de 30 em 30 minutos)

13h às 14h Consultas breves para o paciente que chega direto na unidade (tempo médio de 10 em 10 minutos)

14h às 15h30 Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15 minutos)

15h30 às 16h30 Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, reunião de equipe, visita domiciliar (tempo médio de 30 em 30 minutos)

Fonte: Cartilha de Acesso Avançado, Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014 (BRASIL, 2014).

Após 2 meses da implementação, os mesmos dados anteriores ao processo de implementação serão coletados para comparação ao modelo anterior.

Resultados Esperados

Com a implementação do acesso avançado, espera-se que o tempo para que o paciente consiga a consulta desejada seja reduzido para no máximo 48 horas. Assim, o vínculo com a unidade seria aumentado, diminuindo a demanda desviada aos pronto-atendimentos, e mantendo as Unidades Básicas de Saúde como primeiro acesso. Por consequência, a satisfação da população e da equipe de saúde da família aumentaria, já que o paciente passaria a não mais aguardar pelas consultas, o que gerava ansiedade e estresse tanto nos pacientes quanto nos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e recepcionistas que lidam diretamente com a população.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012. 112 p. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

BRASIL, Prefeitura Municipal de Curitiba. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. 2014. 29p. Disponível em:
http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf
Acesso em: 15 de março de 2017 LEAL, A. et al.

Acesso Avançado: um caminho para integralidade na Atenção Básica. In: Acesso Avançado: um caminho para integralidade na Atenção Básica. 2015. 1-4. Disponível em:
<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9724> Acesso em: 15 de março de 2017.

MURRAY, M; TANTAU, C. Some-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. Family Practice Management Journal, v. 7, n. 8, p. 45-50. 2000. Disponível em:
<http://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html> Acesso em: 15 de março de 2017.

VIDAL, T. O acesso à atenção primária de saúde no Brasil. In: VIDAL, T. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013. Introdução, p 11-12. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10183/87111> Acesso em: 15 de março de 2017.

BUNDY, D. et al. Open Access in Primary Care: Results of a North Carolina Pilot Project. Pediatrics, v. 116, n. 1, p. 82-87. 2005. Disponível em:
<<http://pediatrics.aappublications.org/content/116/1/82.short>> Acesso em: 14 de abril de 2017.