



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

NATALIA DE RESENDE NERY

UMA PROPOSTA DE AGENDA MÉDICA PARA A TRANSIÇÃO DO MODELO DE
ACESSO TRADICIONAL PARA O AVANÇADO EM UMA USAFA, NO MUNICÍPIO DE
PRAIA GRANDE-SP

SÃO PAULO
2020

NATALIA DE RESENDE NERY

UMA PROPOSTA DE AGENDA MÉDICA PARA A TRANSIÇÃO DO MODELO DE
ACESSO TRADICIONAL PARA O AVANÇADO EM UMA USAFA, NO MUNICÍPIO DE
PRAIA GRANDE-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: RENATA CASAGRANDE GUZELLA

SÃO PAULO
2020

Resumo

A Unidade de Saúde da Família (USAFA) Rio Branco, situada no município de Praia Grande-SP, tem uma demanda exacerbada devido à numerosa população adscrita e sua situação socioeconômica. Este projeto tem o intuito de apresentar uma proposta de mudança na agenda médica. Esta modificação tem como finalidade aumentar a oferta de consultas com base na implementação adaptada do modelo de agenda para Acesso Avançado da Atenção Básica de Curitiba-PR. Dessa forma, para que a demanda mencionada seja suprida, deve-se primeiramente adotar uma transição baseada nas particularidades da USAFA mencionada, com capacitação da equipe atuante. A principal característica desse modelo de transição é o combate à rigidez do modelo tradicional, o qual tende a postergar e acumular demandas presentes nas consultas. Este combate deve ser feito principalmente a partir da reformulação da agenda médica utilizando tempos de consulta distintos, separando-as de acordo com as necessidades que serão explicadas ao longo deste trabalho. Desse modo, espera-se como resultado da transição para o modelo avançado reduzir a sobrecarga profissional e evitar a subutilização da capacidade de outros profissionais, visto que essa organização visa deixar ao atendimento médico somente o que só a médica consegue avaliar de modo que outras demandas podem ser resolvidas antes de chegar à médica por profissionais bem capacitados e respaldados por protocolos municipais específicos. Espera-se ainda reduzir os gastos com exames e intervenções desnecessárias, devido a qualificação de atendimento prestado.

Palavra-chave

Acolhimento. Capacitação Profissional. Agendamento de consultas. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Praia Grande é um dos municípios que constituem a região metropolitana da Baixada Santista de São Paulo e conta com uma população estimada na casa dos 300 mil habitantes. Um dos grandes pólos da economia da cidade é o turismo e como consequência disso, durante os meses de verão, a população da cidade chega a triplicar e os territórios cobertos pelas unidades de saúde também sofrem com esse aumento de demanda.

No município, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram transformadas em Unidades de Saúde da Família, as USAFAs, contando com cem por cento de cobertura de Estratégia Saúde da Família. A USAFA foco deste trabalho chama-se Rio Branco, situada no Bairro Esmeralda, na chamada zona três da cidade, com uma população bastante vulnerável: repleta de gestantes, crianças, usuários de drogas ilícitas, população de baixa renda e, além disso, faz atendimento à população privada de liberdade de uma Fundação Casa próxima.

Atualmente é composta por apenas duas equipes, a Verde e a Vermelha, com um total de oito mil trezentos e setenta e duas pessoas cadastradas, porém com a capacidade de espaço físico para agregar mais duas equipes e assim que as equipes estiverem completas, há previsões de redivisão territorial com outras unidades próximas, aumentando ainda mais a população adscrita nesta USAFA.

A equipe foco deste trabalho é a Verde, com três mil setecentos e cinquenta e três pacientes cadastrados; esta conta com duas Técnicas Auxiliares de Enfermagem, uma Enfermeira, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), um Cirurgião Dentista preceptor de residência em odontologia, uma Auxiliar em Saúde Bucal, uma Técnica em Farmácia, eu, a Médica da Família e Comunidade e Núcleos Apoiadores de Saúde da Família (NASFs): uma Pediatra, uma Ginecologista-Obstetra, uma Nutricionista, uma Assistente Social, um Educador Físico, duas residentes Fisioterapeutas. Trabalho trinta e duas horas semanais na USAFA, na assistência médica, de Terça a Sexta-Feira.

Devido à vulnerabilidade social da região, a população é praticamente cem por cento SUS dependente. Bastantes famílias recebem bolsa-família e pouquíssimas conseguem buscar terapias diferentes das que estejam inseridas na Rede, o que gera na equipe bastante ansiedade, e devido às dificuldades de fluxo na vida real, muitas vezes não se consegue aplicar a integralidade e a resolução de problemas de forma plena. Fica visível a grande demanda assistencial da unidade, de certa forma reprimida devido ao modelo de acesso, que está em transição entre um modelo tradicional e uma adaptação a nossa realidade de Acesso Avançado.

Para um acesso mais fluido são necessárias alterações nas agendas, especialmente a médica, aumentando as vagas disponíveis para consultas no dia, decorrentes de demanda espontânea e dividindo-a de acordo com tempos diferentes de consulta: consultas mais rápidas, consultas mais demoradas, consultas intermediárias; tudo isso integrado com uma boa capacitação dos demais profissionais para acolhimento com escuta qualificada e estratificação da queixa do paciente de acordo com protocolos específicos da atenção primária.

ESTUDO DA LITERATURA

Para a elaboração desse projeto, foram estudados os diversos modelos de acesso em Atenção Primária à Saúde (APS) para tentar compreender como efetivamente fazer a transição entre o modelo tradicional de acesso ao Acesso Avançado na USAFA. Baseando-se principalmente no artigo publicado por Murray¹, na cartilha de acesso avançado da cidade de Curitiba² e nos capítulos do livro da Barbara Starfield³ para melhor entender cada modelo, foi possível iniciar o processo de transformação.

É descrito um modelo intermediário entre o tradicional e o avançado, este seria o *carve-out*. A diferença básica entre os três modelos dá-se na porcentagem da agenda que está livre no dia para consultas de demanda espontânea conforme ilustrado no gráfico 1 abaixo, traduzido da figura original encontrada no artigo de Murray¹. O acesso avançado em si, seria um modelo onde 65% da agenda encontra-se livre todos os dias para resolver as queixas de demanda espontânea, evitando um acúmulo de consultas a longo prazo, descrito por Murray¹ como negativo e permitindo apenas o que o autor define como acúmulo positivo: aquele preenchido 1) ou por pacientes que não querem o atendimento no dia ou 2) por programas naturalmente agendados, de cuidado continuado, como pré-natal, puericultura, portadores de doenças crônicas, saúde mental, etc.

Para que o acesso seja ampliado, é necessário conseguir "resolver o problema do dia no dia"¹, no entanto, tendo a ideia de abrir a agenda às queixas espontâneas de imediato, nos deparamos com um outro problema: essa demanda reprimida resultante do acúmulo negativo originado pelo modelo de agenda tradicional. Lembrando que, no modelo tradicional a agenda está separada baseada em programas específicos, como o dia da gestante, o dia dos hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), o dia de puericultura. Esta rigidez impede que seja possível atender queixas que não são do programa específico do dia, formando assim, um acúmulo de consultas a longo prazo, a ponto de que quando é necessário marcar um retorno, este só é possível nos próximos meses.

Desse modo, o primeiro passo é trabalhar arduamente no início da transição para caso não seja possível zerar, ao menos reduzir consideravelmente estes agendamentos já previamente acumulados. Dessa forma, seria possível, aos poucos, aumentar gradualmente a porcentagem da agenda que estaria aberta e, para o sucesso disso, é necessária uma capacitação de toda equipe, desde a recepção aos ACSs a fim de alinhar o processo de trabalho e atingir o bem comum.

O objetivo seria transitar entre os modelos até atingir o final, que seria o Acesso Avançado. Obviamente que se tem a ideia geral na cabeça, de modo que ela será adequada à realidade de cada Unidade. Como no caso da USAFA Rio Branco, onde há uma demanda elevada por equipe e, além disso, uma vulnerabilidade social importante. Dessa forma, a sugestão é iniciar um trabalho intenso em atendimento das consultas já agendadas, adiantando algumas datas, entrando em contato com pacientes para tal e trabalhando um pouco mais que o comum.

O gráfico a seguir ilustra a capacidade diária disponível na agenda médica nos três modelos de acesso descritos.

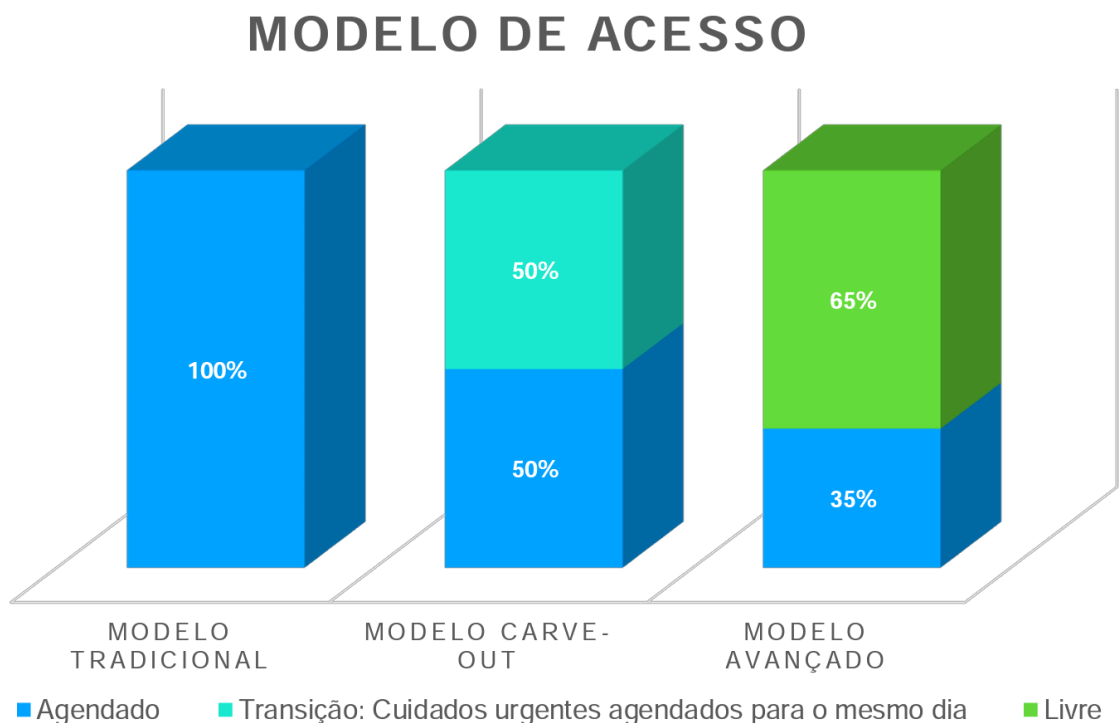
No modelo tradicional, a agenda é completamente preenchida com antecedência; o

cuidado urgente espontâneo ou é adiado ou é simplesmente empilhado junto às demandas normais da unidade.

No modelo de *carve-out*, os espaços da agenda são também preenchidos com antecedência, conforme a transição. Contudo, cuidados urgentes para o mesmo dia são encaixados na agenda da unidade. Pedidos não urgentes de mesmo dia são agendados conforme modelo tradicional.

No modelo de acesso avançado, onde deve-se fazer o trabalho de hoje no dia de hoje, há a capacidade verdadeira da unidade disponível: a maioria dos espaços de agenda estão abertos para pacientes que vão à unidade para visitas de rotina, urgência ou prevenção.

Gráfico 1 - Modelos de agenda nos diferentes acessos



ACÇÕES

Com a finalidade de aplicar essas ideias na USAFA Rio Branco, é necessário primeiramente reunir-se com a equipe e fazer um diagnóstico da área com o intuito de organizar o novo modelo de agenda conforme a demanda real. Este projeto trará melhorias à equipe de assistência e à população, uma vez que um menor tempo de espera, tanto para ser atendido na Unidade quanto para agendar um retorno, trará satisfação e reduzirá as taxas de absentismo.

De início, durante os atendimentos com a agenda atual, será necessária a aplicação de uma planilha de diagnóstico da unidade, em que será inserido o número de vagas disponíveis na agenda médica, o número de cadastrados, o número de consultas disponibilizadas pelo profissional no ano, com o objetivo de estimar a real demanda da Equipe, conforme proposto pelo Volume I do Tratado de Medicina de Família e Comunidade⁴.

Com esse dado, podemos dar início à alteração da agenda concomitante à aceleração dos atendimentos previamente agendados. A ideia é reformular a agenda com tempos de consulta distintos, conforme modelo da Cartilha de Curitiba². Com horários distintos, pode-se aumentar a oferta de consultas no dia, uma vez que enquanto certas consultas demandam até vinte ou trinta minutos, a grande maioria consegue ser resolvida em dez e algumas até em cinco minutos. Algumas dessas consultas são apenas uma checagem de exames laboratoriais para manutenção ou ajuste de terapia medicamentosa, como uma hemoglobina glicada de um paciente em ajuste de unidades de insulina ou o TSH e o T4 Livre de um paciente em ajuste de dose de Levotiroxina. Outras consultas, de saúde mental, doenças crônicas descompensadas, abertura de pré-natal, puerpério e puericultura que certamente demandam mais tempo, podem ainda ser divididas ao longo da semana, a ponto de haver todos os dias vagas para consultas que demandam cuidado programado e continuado e ao mesmo tempo, espaços livres para agendamentos de demanda espontânea. É importante também levar em conta durante a montagem da agenda, períodos de escape para possíveis atrasos, períodos para serviços administrativos como a elaboração de laudos ou às vezes a discussão de casos complexos, períodos para encaixes de eventuais acolhimentos e um período semanal para reunião de equipe. Na Tabela 1, segue a ilustração do modelo proposto.

Tabela 1 - Agenda médica de ESF da USAFA Rio Branco

	Vagas	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00-8:30	3	Rápido 5-10 min	Rápido 5-10 min	Rápido 5-10 min	Rápido 5-10 min
8:30-9:30	2	Puericultura 30 min	Pré Natal 30 min	Puericultura 30 min	NASF ped 30 min
9:30-10:00	2	Espontâneo 15 min	(1 vaga) HIPERDIA/ Clínica 30 min	(1 vaga) HIPERDIA/ Clínica 30 min	(1 vaga) NASF ped 30 min
10:00-12:00	7	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.
13:00-14:20	4	Pré Natal 20 min	Puericultura 20 min	Pré Natal 20 min ou NASF GO	Puericultura 20 min
14:30-15:00	1	Hiperdia/ Clínica 30 min	Clínica 20 min	Pré Natal 30 min ou NASF GO	Puericultura 30 min
15:00-16:00	2	Pré Natal 30 min	Puericultura 20 min	REUNIÃO DE EQUIPE	Pré Natal 30 min
16:00-17:00	3	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.	REUNIÃO DE EQUIPE	Espontâneo 15 min, recuperação de atrasos, administrativo, acolhimentos.

Onde se lê RÁPIDO corresponde a agendamentos com a finalidade de renovação de receitas, avaliação de exame pontual (TSH, Hb glicosilada), emissão de atestado, encaminhamento para alguma especialidade que não demande abordagens iniciais da médica de família, como fonoaudiologia, nutrição e oftalmologia. PUERICULTURA corresponde

aos agendamentos periódicos de crianças menores de 2 anos de idade; onde se vê intercalado NASF PED está representado o período onde contamos com a presença de uma Pediatra na unidade para matriciamento dos casos. PRÉ NATAL corresponde aos agendamentos das gestantes e onde se vê intercalado NASF GO representa os períodos onde contamos com a presença de uma Ginecologista-Obstetra para matriciamento dos casos de ginecologia e acompanhamento conjunto das pacientes de Alto Risco. HIPERDIA corresponde aos agendamentos para o atendimento de doenças crônicas descompensadas em geral. Está como hiperdia pois a agenda é montada dentro do sistema de prontuário digital da USAFA e este já possui essas classificações. CLÍNICA corresponde ao mesmo tipo de atendimento, podendo incluir atendimentos de pediatria geral, ginecologia geral e consultas que demandem tempo como saúde mental. ESPONTÂNEO representa as vagas abertas de cada dia, destinadas aos atendimentos de demanda espontânea que foram triados e acolhidos com escuta qualificada. REUNIÃO DE EQUIPE é o período reservado com finalidade de programar ações da próxima semana, revisar necessidades de busca ativa, eleger pacientes para visitas domiciliares e demais pendências, com ata registrada em sistema de prontuário eletrônico como atividade coletiva. As Visitas Domiciliares da equipe verde ocorrem nas últimas sextas-feiras de cada mês devido a disponibilidade dos carros pela prefeitura ser limitada.

Lembrando sempre que os objetivos de cada consulta na agenda citados são intercambiáveis, não haverá mais uma rigidez na agenda. O foco é compreender os tempos de consulta para que todos os profissionais com acesso a agenda consigam programá-la de forma correta. Em todos os dias é importante deixar diluída uma margem de quinze a vinte minutos nos horários de consulta como escape para recuperação de eventuais atrasos e no fim de todos os dias também uma reserva de tempo para demandas administrativas, recuperação de atrasos ou acolhimentos que não foram contemplados nas vagas de ESPONTÂNEO.

Para que a agenda funcione, é necessário alterar a forma como o paciente é recebido na unidade. A Secretaria de Saúde de Praia Grande organizou uma longa capacitação sobre acesso avançado a alguns funcionários de cada unidade. Dessa forma neste momento, é importante multiplicar esse conhecimento e continuar a capacitar o restante da equipe, especialmente os Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e inclusive os ACSs a realizar uma escuta ativa, acolhimento qualificado e a preencher uma espécie de checklist de forma rápida: uma tipo de triagem em que o paciente traz o motivo de sua visita à unidade. Quem o escuta preencherá uma espécie de totem onde haverá opções como consulta médica de urgência, consulta médica no dia, consulta médica/enfermeira a agendar, consulta rápida entre outros. Não é uma função fixa, será majoritariamente exercida pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros, no entanto é importante que qualquer um desses profissionais seja capacitado a realizá-la.

A cada reunião de equipe e a cada reunião geral da unidade será avaliada a implementação da nova agenda. Na Praia Grande houve a incorporação de um novo membro da equipe, o coordenador de acesso, este tem justamente a função de entrar em contato direto com a população a fim de obter respostas em relação as mudanças aplicadas. Sugere-se que este aplique questionários diretos ao fim de cada atendimento para a obtenção de forma qualificada dos níveis de satisfação ou sugestões de alteração do que vem sendo implementado.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a reorganização da estrutura de acesso da unidade e aplicação do novo modelo de agenda, juntamente com a qualificação de demais profissionais para escuta qualificada e acolhimento, é esperada uma redução na demanda assistencial da médica de família e dos demais profissionais, pois diminuirá a subutilização da capacidade de outros profissionais, que estarão disponíveis para resolver problemas para os quais são capacitados e dessa forma sobrarão à médica realmente o que necessita de assistência médica, o que pode ser visto como uma qualificação da assistência.

É esperada a redução de pacientes hiperfrequentadores também, pois com a agenda mais fluida, será possível atender com mais atenção a fim de identificar demandas ocultas e fazer uso de estratégias como consultas seriadas.

Com maior resolutividade é esperada ainda uma redução nos gastos com exames desnecessários entre outras coisas, devido a potência de se poder avaliar as indicações para tais procedimentos de forma qualificada.

Por fim, com a introdução de reuniões de equipe semanais, é esperada também uma melhor vigilância em saúde da comunidade, com mais atenção às necessidades de busca ativa e maior integração da equipe.

REFERÊNCIAS

- 1) MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* v.7, n.8, p.45-50, 2000.
- 2) CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Departamento de Atenção Primária à Saúde Coordenação do Acesso e Vínculo, *Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde*, 2014.
- 3) STARFIELD, B. *Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004
- 4) GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 159-166, 2012.