

ACESSO AVANÇADO: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Autores: Ana Emilia Bagueira Leal; Bruno Takase Watanabe; Clarissa Willets Bezerra; Renata Alves de Souza Palluelo; Janos Valery Gyuricza; Talita Rewa; Ana Carolina Brigida Guimarães; Bruna Calezane Storch; Rodrigo Garcia D Áurea.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os fundamentos do SUS, da APS (integralidade, acesso, vínculo, longitudinalidade, continuidade no cuidado)¹ e a relação com as demandas e necessidades de saúde do território nortearam nossa equipe no planejamento do serviço.

À época notava-se uma desproporção entre as metas exigidas em números de consultas médicas por mês por equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (portarias n.648-MS/GM de 28/03/2006 e 2488-MS/GM de 21/10/2011) e a demanda por consulta médica esperada para a mesma população adscrita^{2,3} frequentemente percebida na pele tanto pelos profissionais da UBS quanto pela população cuidada diante das frequentes faltas de vagas e demora a agendar consultas, o que repercutiam em queixas e ouvidorias recorrentes.

Espera-se de uma equipe da ESF que produza 400 consultas médicas por mês, independentemente do tamanho de sua população adscrita, segundo portarias citadas. Na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista, contamos com seis equipes, portanto os 100% da meta seriam atingidos com a realização de 2400 consultas médicas por mês. Entretanto a literatura específica da área^{2,3} demonstra que 25% de uma população demanda consultas em Atenção Primária ao longo de um mês, o que no caso do Jd. Boa Vista significa 5000 consultas por mês, diante de uma população adscrita de 20000 pessoas.

A APS é capaz de realizar consultas médicas curtas – em média, 12 minutos para um problema, somando-se dois minutos para cada novo problema – desde que estas

consultas estejam apoiadas no vínculo, na longitudinalidade, no acesso facilitado, e num sistema que seja capaz de dar a resposta com agilidade às pessoas⁴.

O modelo de acesso ampliado⁴ leva em consideração a potência da APS para cuidar de problemas agudos, e a importância de cuidar destes problemas tanto na formação do vínculo, quanto na adesão ao tratamento dos problemas crônicos.

Cabe agora resgatar a situação vivida pela unidade prévia à implantação do modelo atual. A UBS organizava o acesso às agendas semanalmente através de um grupo de agendamento, dito "marcação", geralmente das 7h às 8h.

A demanda espontânea era atendida por uma equipe escalada (um médico e uma enfermeira) garantindo a cobertura em todos os horários. Isso criava insatisfação dos usuários e da equipe, pois a oferta de agendas era restrita ao horário pré-estabelecido de agendamento (comumente com mais de 50 pessoas/semana) e nas situações de demanda não agendada, o atendimento frequentemente não era realizado pelo médico da equipe, quebrando a continuidade do cuidado. Apresentava taxas de atendimento em torno de 60% por equipe e 40% fora da equipe, e a cada dia aumentava a procura por atendimentos a demandas espontâneas.

A equipe insatisfeita com essas limitações, iniciou uma série de estudos na literatura de acesso em Atenção Primária e discussões formulando um modelo visando equalizar o atendimento da demanda espontânea pela própria equipe e ainda realizar o seguimento programático.

Optou-se por não mais diferenciar os atendimentos em agendados e espontâneos, criando um fluxo único, para a qual uma oferta de vagas passou a ser diária, tendo-se o cuidado de identificar ao momento da procura se o motivo requer priorização no atendimento (por exemplo, crianças com febre, pessoas com dor), que seriam então avaliadas enquanto esperam sua consulta.

Foram organizadas todas as equipes de forma a abrir em um dos dois períodos do dia (manhã ou tarde) uma agenda que fosse liberada naquele mesmo dia, a dita "porta aberta". Foram mantidos dois períodos de agendas semanais para casos que se julgasse importante manter o retorno pré-programado. Dessa forma três equipes ficaram com a "porta aberta" pela manhã e três à tarde (a exceção das segundas-feiras, quando se

oferecem vagas médicas em ambos períodos, em virtude da maior procura pelo serviço). Foi realizada divulgação dos horários das equipes através de um “cartão de visitas” e organizado o acesso das pessoas diariamente. Os usuários do serviço passam então a chegar à recepção e solicitar atendimento, sendo indagado o motivo da procura e classificado entre consulta médica e de enfermagem, realizando o agendamento na sequência e fornecendo uma previsão de horário de atendimento: imagem 1. Caso ao relatar o motivo da consulta o usuário demonstre urgência, o atendimento é realizada avaliação de risco e priorizado o atendimento.

IMAGEM 1

Pela finitude das vagas e ocasionalmente o usuário não conseguir esperar o próximo período de atendimento, optou-se por manter o Acolhimento para oferecer essa retaguarda.

OBJETIVO

O objetivo é ampliar e qualificar o acesso da população às consultas para médicas.

METODOLOGIA

Comparação entre as médias de correspondência de pacientes pelo médico vistas após a mudança, através de análise das fichas de produção – Fichas D¹ – dos médicos da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

GRÁFICO 1

GRAFICO 2

GRAFICO 3

A média de atendimentos pela própria equipe subiu para 91%, além de aumentar a

oferta de consultas de modo geral. Houve redução do absenteísmo e otimização do uso do espaço físico, pela melhor distribuição do uso de salas.

A avaliação da população foi excelente, verificada em instrumento elaborado pela equipe, ainda a ser publicado, mesmo aumentando o tempo em sala de espera. Os médicos da unidade relatam maior satisfação em atender a uma agenda com mais continuidade de cuidado.

No entanto, é importante citar as dificuldades enfrentadas por este modelo de acesso. A principal deve-se a desproporção entre a demanda e a oferta de vagas. Temos seis equipes de ESF, o que nos leva a uma média de 3300 pessoas por equipe, cuja demanda esperada seria de 825 consultas médicas por equipe por mês^{2,3}, volume claramente inviável.

Outro problema é a frequente demora na realização de atividades não prestadas na UBS, como especialistas ou exames complementares, que induzem o retorno da pessoa a própria UBS em busca de cuidado enquanto espera o agendamento, aumentando a procura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número ofertado de vagas, assim como a maior correspondência entre o paciente e o cuidado pela própria equipe tem demonstrado uma maior longitudinalidade do cuidado, representando uma atenção integral, capaz de atender o paciente em suas demandas agudas e crônicas. A unidade se tornou referência em Saúde para sua área adstrita, que agora a procuram inclusive para dúvidas quanto ao próprio sistema de saúde.

O funcionário também percebe melhora, sendo capaz de acompanhar o paciente em todas as suas dificuldades e demandas de Saúde.

O novo modelo, portanto, passou a ter um ganho de qualidade de atendimento importante, trazido pela melhora do cuidado longitudinal e integral do paciente, demonstrado pelo presente estudo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- 2) WHITE kl, Williams TF, Greenberg BG. "The ecology of medical care". N Engl J Med 1961; 265:885-92.
- 3) GREEN LA, FRYER Jr GE, YAUN BP, LANIER D, DOVERY SM. "The ecology of Medical Care Revisited". N Engl J Med 2001; 344:2021-25.
- 4) MURRAY M, TANTAU C. "Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm". *Fam Pract Manag.* 2000 Sep;7(8):45-50.
- 5) MURRAY M and D. Berwick. Advanced Access Reducing Waiting and Delays in Primary Care. JAMA 2003;289:1035-1036.
- 6) SALISBURY C, at. AI Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), Feb 2007.
- 7) AHLUWALIA S, and Offredy, Maxine. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. BMC Fam Pract. 2005; 6: 39.
- 8) CAMPBELL, SM. Changes in Patient Experiences of Primary Care During Health Service Reforms in England Between 2003 and 2007. Ann Fam Med. 2010 Nov; 8(6): 499–506.
- 9) DIXON S, Sampson FC, O’Cathain A and Pickin M. Advanced access: more than just GP waiting times? Family practice 2006; 23: 233–239.
- 10) HUDEC, John C. et al. Effects on family physician satisfaction, physicians’ office income, and emergency department use. Can Fam Physician. 2010 Oct; 56(10): e361–e367.