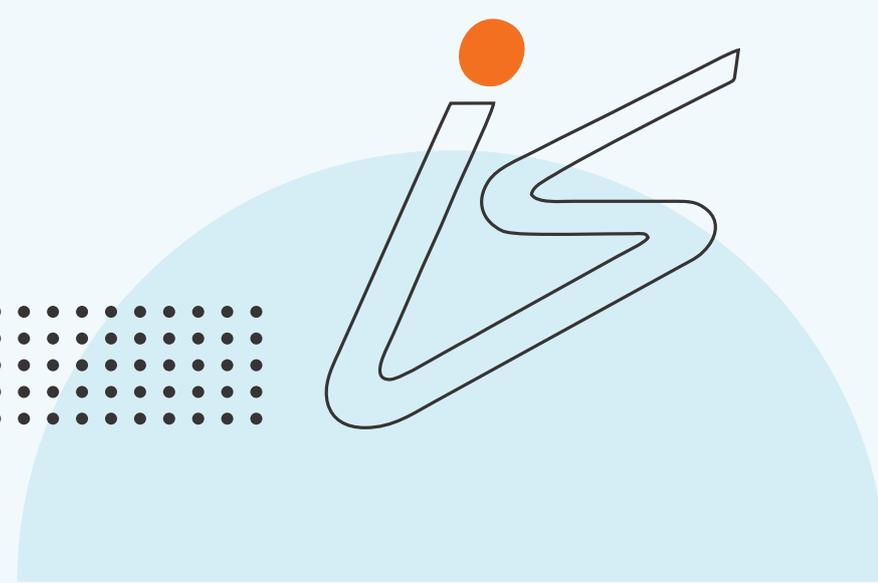
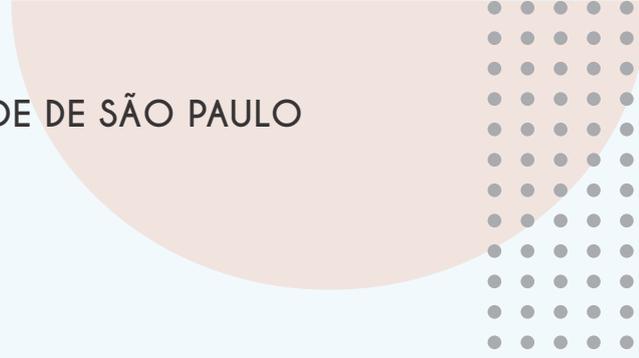


RESUMO EXECUTIVO

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

INSTITUTO DE SAÚDE

www.isaude.sp.gov.br



AGENDAMENTOS DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA APOIO À DECISÃO DA GESTÃO

Me. Sanni Silvino Parente

Orientador(a): Dra. Maritsa Carla de Bortoli

Instituto de Saúde

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que tem como atribuição avaliar as políticas de saúde, subsidiando os gestores na tomada de decisão. Seu foco está na produção de conhecimento técnico-científico no campo da saúde coletiva, na avaliação de tecnologias em saúde e na prestação de assessoria para os diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o Instituto de Saúde se dedica à formação e desenvolvimento de profissionais para o SUS.

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES-SP, fundado em 2011, tem como público-alvo trabalhadores do SUS do estado de São Paulo. O Programa apoia profissionais de saúde do SUS a desenvolver projetos de pesquisa que ajudam a solucionar problemas identificados nos serviços onde atuam, contribuindo para o fortalecimento do SUS, por meio do aprimoramento na qualidade da gestão e da atenção, e para melhorias das condições de saúde da população.

Área de concentração:

Gestão e Práticas em Saúde

Linhas de pesquisa:

Práticas de Saúde

Sistemas e Serviços de Saúde

Aleitamento Materno, Alimentação e Nutrição

A primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, normatiza o nível primário de assistência no Brasil como Atenção Básica (AB) e tem como o seu primeiro fundamento “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial”. Esse marco consolida o “acesso” como um dos princípios da AB, aqui denominado “acessibilidade”.

Na PNAB, o acesso foi definido como o conceito de acessibilidade, relacionado à característica do serviço de ser “porta de entrada” identificando-a como o nível de atenção capaz de proporcionar acesso integral e universal. Para tanto, seria capaz de partir das necessidades individuais e relacioná-las com os recursos disponíveis, transpondo barreiras organizacionais, geográficas e financeiras.

Estudos sugerem que o formato de agendamento de consultas e a oferta de acesso no nível primário de atenção à saúde tem impacto na morbidade e mortalidade de usuários, e na satisfação de usuários e profissionais de uma população. O formato de disponibilização das vagas de consultas na APS também é relacionado à utilização de serviços de urgência e emergência, ao impacto financeiro para a população, à qualidade do serviço ofertado e ao declínio das condições individuais de saúde mental.

No entanto, apesar do referencial teórico disposto em ampla literatura, o modelo de acesso vigente no País ainda é excludente, com formação de filas de espera e visualização da Lei dos Cuidados Inversos, pois usuários com dificuldades de agendamento não têm seus cuidados garantidos.

Dessa forma, esta síntese de evidências para informar políticas tem como objetivo apresentar opções para políticas descritas na literatura acerca de mudanças nos processos de agendamento de consulta capazes de impactar a oferta de acesso na atenção primária.

Ampliação da oferta de consultas do dia.

Opção conhecida como acesso avançado (AA) ou agendamento aberto. As revisões definem como destinação de 50 a 70% das vagas do dia para demandas que aparecem no dia e atendimento do usuário em tempo oportuno, em até 24 ou 48 horas desde a procura pelo sistema

de saúde. Os resultados apontam para a redução no tempo de espera para consulta e da taxa de absenteísmo, também para melhor alcance de metas de qualidade e estrutura dos serviços e redução do tempo de internação hospitalar. As evidências sugerem, no entanto, aumento dos custos compensados pela eficiência do serviço.

Os resultados foram conflitantes ao medir a satisfação do paciente, aumento do volume de consultas, desfechos clínicos positivos e utilização dos departamentos de urgência e emergência. Há riscos potenciais descritos em relação à continuidade do cuidado, vigilância de pacientes portadores de doenças crônicas e acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar.

Monitoramento por equipes multidisciplinares.

Consiste no monitoramento de um grupo de pacientes por equipes multidisciplinares e oferta de cuidado em tempo oportuno com base na observação e troca de informações através de um portal online ou por utilização de telessaúde. Essa estratégia se mostrou eficaz na redução do tempo de espera para consulta, aumento na quantidade de consultas, diminuição na utilização de serviços de atenção secundária, melhoria em alguns desfechos clínicos e ações de autocuidado, diminuição do absenteísmo, redução das hospitalizações, otimização dos agendamentos e aumento da satisfação de pacientes e profissionais de saúde. Foi verificado aumento do custo para a implementação do portal online e não foram descritos riscos ou incertezas em relação aos resultados dos estudos

Aumento da capacidade.

É definido como implementação de outros equipamentos de saúde direcionados ao atendimento de demandas espontâneas, não necessariamente vinculadas ao território, capazes de realizar atendimentos rápidos e direcionados à queixa e ao prolon-

gamento do tempo de atendimento nas unidades básicas. A ação apontou benefícios relacionados à redução no tempo de espera para a consulta e na quantidade de pessoas em filas de espera para atendimento, melhoria em desfechos clínicos, redução na utilização dos demais níveis de atenção, redução na variabilidade de profissionais médico e aumento da satisfação. Entretanto, há riscos relacionados ao acompanhamento de pessoas portadoras de doenças mentais graves e à manutenção do vínculo e longitudinalidade.

Pacotes de intervenção.

Os pacotes de intervenção estudados incluíam diversas estratégias analisadas em conjunto como: 1) Acesso avançado, atendimentos de enfermagem, retornos por telefone, medidas para redução de consultas de retorno, triagem por médicos generalistas ou enfermeiros, redirecionamento da carga de trabalho de médicos, medidas de promoção do autocuidado e intervenções digitais (email); 2) Acesso avançado, retornos por telefone e avaliação dos retornos por um profissional de saúde; e 3) Acolhimento e aconselhamentos rápidos por estudantes de medicina e intervenções em grupos.

Em todas as estratégias notou-se redução do tempo de espera para consulta, redução do absenteísmo, aumento da eficiência, facilidades ao controle clínico dos pacientes e melhor continuidade do cuidado. Não houve consenso em relação à satisfação dos pacientes, mas como foram testadas em conjunto não é possível analisar o papel de cada uma delas nos resultados.

Intervenções prévias ao agendamento da consulta.

A opção foi montada com base na descrição de duas estratégias realizadas antes do agendamento da consulta pelo paciente: centralização



da demanda com triagem clínica por um profissional de saúde e monitoramento de um grupo de autocuidado populacional pequeno por um profissional enfermeiro capacitado. Os benefícios associados à opção relacionam-se ao nível dos serviços de saúde, com promoção do uso de teleconsultas e aumento da utilização e identificação de necessidades clínicas com mais eficiência. Houve diminuição do tempo de espera para consulta para a estratégia de triagem, mas não para a estratégia de grupos.

Regulação entre os níveis de atenção.

As estratégias foram retiradas de duas opções. O acesso à atenção primária também pode se dar através da contrarregulação de usuários dos níveis secundários e terciários e essa opção combinou estratégias de agendamento de consultas de indivíduos que advém desses serviços, através do envolvimento de pacientes e familiares no plano de cuidado ou por intensificação da comunicação e compartilhamento de decisões entre

profissionais dos diferentes serviços, com responsabilização da atenção primária ainda durante a internação e garantia de transferência do cuidado através de visitas domiciliares agendadas durante a programação de alta.

A opção foi eficaz para redução das listas de espera para consulta, aumento da utilização da APS, aumento da frequência, avanço no intercâmbio de informação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção e diminuição nas readmissões hospitalares. Entretanto, notou-se aumento do tempo de espera para retornos e limitação do tempo de consultas.

A implementação de quaisquer opções levantadas nessa síntese precisa considerar barreiras e facilitadores em diferentes níveis: ao indivíduo usuário do serviço, aos trabalhadores, à organização dos serviços de saúde e ao sistema de saúde. No documento integral, algumas barreiras de implementação foram elencadas e é necessário considerá-las para melhor entendimento sobre as possibilidades de incorporação das opções segundo o contexto dos serviços de saúde.

Acesso à dissertação