

## IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO POR EQUIPE DE SAÚDE DE FORTALEZA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### IMPLEMENTATION OF ADVANCED ACCESS SCHEDULING BY A HEALTH TEAM IN FORTALEZA: A REPORT OF EXPERIENCE

*Alana Edla Pereira Cajazeiras<sup>1</sup>; Cristiano José da Silva<sup>2</sup>; Morgana Pordeus do Nascimento Forte<sup>3</sup>*

#### RESUMO

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência de residente de Medicina de Família e Comunidade no processo de implantação do acesso avançado na equipe amarela da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Lineu Jucá, em Fortaleza. O trabalho é descritivo e baseado em observação empírica no período de novembro de 2017 a março de 2018 de residência médica na UAPS Lineu Jucá. A mudança no tipo de agendamento e atendimento na equipe provocou melhor adesão dos pacientes aos tratamentos, menores taxas de absenteísmo e melhor acesso à comunidade que apresenta alta vulnerabilidade social. Após a experiência da implantação no acesso avançado, percebeu-se que a gestão da agenda centralizada diretamente nos integrantes da equipe de saúde da família acarreta na redução da espera por atendimento e aumenta a adesão dos usuários às consultas, influenciando diretamente na saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde Comunitária; Medicina de Família e Comunidade.*

#### ABSTRACT

This article has the objective of registering the experience of a Family and Community Medical Residency in the yellow team during the implementation of the advance medical treatment unit of the Lineu Jucá Primary Care Unit (PCU), in Fortaleza – Ceará. Article is descriptive and based on empirical observation of the last 4 months in medical residency at Lineu Jucá PCU. Changes in scheduling and customer support caused better acceptance rates of patients in relation to treatment, less rejection rates and more access to the highly socially vulnerable community. After the implementation of the advanced medical treatment unit, it has been noticed that the scheduling management has been focused directly to the FHS (Family Health Strategy) members and that reduction of waiting times between appointments increases acceptance rates of users, directly influencing population health.

**KEYWORDS:** *Access to Health Services; Primary Attention to Health; Community Health Planning; Family and Community Medicine.*

<sup>1</sup>Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública – ESP-CE. Docente da Universidade de Fortaleza (Unifor).

<sup>2</sup>Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA Sobral). Mestrado em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Enfermeiro do Hospital de Messejana - Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

<sup>3</sup> Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema de saúde é organizado a fim de possibilitar aos usuários acesso a serviços de saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) uma importante porta de entrada, com o papel de identificar as necessidades dos indivíduos e de comunidades, formulando respostas adequadas a eventuais barreiras ou dificuldades encontradas<sup>1,2,3</sup>.

A APS possui também a função de acompanhamento longitudinal, compreendendo as condições de cada indivíduo, abordando uma lista mais ampla de problemas apresentados, realizando a coordenação do cuidado e integrando medidas adotadas em serviços de outros níveis da rede de assistência à saúde, como na atenção subespecializada<sup>4</sup>.

No que concerne ao acesso a esse nível primário de atenção, tem-se dois principais regentes: a acessibilidade e o tempo de espera<sup>5</sup>. A acessibilidade, em seu significado mais amplo, refere-se ao nível de ajustamento entre as necessidades de cada usuário ou comunidade e os serviços em saúde ofertados, não se detendo unicamente à disponibilidade de recursos em um tempo ou espaço definido<sup>6</sup>. O tempo de espera, por sua vez, tem íntima relação com eficiência do serviço de saúde e uso de recursos existentes<sup>5</sup>.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em geral, ofertam à comunidade consultas com profissional médico, odontólogo e/ou enfermeiro da equipe de saúde, conforme modelo de agenda semanal ou mensal, no qual o paciente marca sua consulta e aguarda o atendimento<sup>7</sup>.

Considerando a necessidade de facilitar o acesso e otimizar a acessibilidade dos pacientes aos serviços de saúde, a gestão da agenda ganha valor significativo. Atualmente, há três modelos principais de organização desta: a agenda fechada, em que pacientes são marcados com antecedência, e demandas espontâneas são encaixadas durante o turno de atendimento; agenda mista, na qual parte dos horários são reservados para agendamento e parte para demanda espontânea; e o acesso avançado<sup>8</sup>.

O acesso avançado constitui um modelo de organização de consultas em que os pacientes são acolhidos e avaliados, tendo consulta médica programada para o mesmo dia ou em até 24 a 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde<sup>9,10</sup>.

Como benefícios possíveis do modo de atendimento por meio do acesso avançado, observou-se a redução do tempo de espera por consulta, a redução das taxas de absenteísmo a agendamentos anteriormente realizados e aumento de satisfação dos usuários<sup>10</sup>. Por esses benefícios, muitas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm utilizado tal modelo em seus atendimentos<sup>10</sup>.

Diante da pressão assistencial e alta frequência de absenteísmo em consultas agendadas e considerando o acima exposto sobre os aspectos positivos do modelo de acesso avançado, decidiu-se realizar a implantação desse modo de atendimento na equipe amarela da UAPS Lineu Jucá, a qual está localizada no bairro Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza, Ceará.

O bairro fica localizado em uma área de morros e dunas – região que tinha grande visitação por conta das belezas naturais, mas que, por descaso, passou a ser marginalizada e com significativa influência de violência urbana, como comércio de drogas ilícitas. Há aproximadamente 15 anos, houve um plano da prefeitura de Fortaleza para revitalização do bairro, com a construção de uma ponte que interliga atualmente a cidade de Caucaia, pertencente à região metropolitana de Fortaleza, à Barra do Ceará. Houve também nesse período a construção da Vila do Mar, área de calçadão à beira do mar, além de implantação de barracas de praia em pontos da orla da região, na tentativa de estimular o turismo. Uma das dificuldades na valorização da região é a insegurança decorrente do referido cenário de violência urbana.

A região é heterogênea, composta por áreas de favela, residências de classe média, áreas de comércio, dunas e áreas de ocupação. Apenas parte da população possui rede de esgoto, energia elétrica e água tratada, havendo muitas residências com ligações clandestinas. A coleta de lixo não contempla toda a região, sendo o lixo despejado nas ruas e entulhado em terrenos do entorno. A fonte de renda mais comum da população é a pesca, pequenos comércios, reciclagem, tráfico de drogas e prostituição.

O acesso à unidade de saúde pode ser feito por transporte coletivo, porém uma parcela da população não pode pagar pelo transporte sempre que necessário. O acesso a pé é demorado (cerca de 30 a 40 minutos) e arriscado. Barreiras geográficas, como grandes avenidas sem calçada adequada ou passarela para pedestres e subidas íngremes, bem como barreiras sociais provocadas pela vulnerabilidade social em que essa população se encontra – violência urbana causada pela disputa entre facções relacionadas ao tráfico de drogas, baixo nível instrucional, desemprego e violência domiciliar – contribuem ainda para dificultar o acesso da população ao serviço de saúde.

Considerando o contexto exposto no qual se encontra a equipe de saúde, somado à pressão assistencial e à alta frequência de absenteísmo em consultas agendadas para a unidade de saúde percebidas pela equipe, decidiu-se realizar a implantação do acesso avançado nesta equipe, ponderando os aspectos positivos desse modelo de atendimento.

O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência da implantação do modelo de acesso avançado na equipe amarela da referida UAPS. Pretende-se, por meio desse relato, apresentar para os profissionais de saúde em geral a experiência da equipe ao reorganizar seu modo de atendimento, no contexto da APS de Fortaleza.

## METODOLOGIA

O presente artigo é do tipo descritivo, como relato de experiência, com objetivo de descrever a implementação do acesso avançado em uma equipe da UAPS Lineu Jucá, que possui uma população adscrita de aproximadamente 30.000 usuários. A unidade de saúde é composta por sete equipes, nomeadas por cores. A equipe amarela (equipe 141), formada por médico preceptor, residente em medicina de família e comunidade, enfermeira, odontóloga, técnico em saúde bucal (TSB) e quatro agentes comunitárias de saúde. A equipe é responsável por cerca de 3.500 pacientes, apresentando cinco microáreas que variam entre níveis de risco tipo 1 e tipo 2. A unidade de saúde localiza-se a 2 km da área de abrangência da equipe amarela, passando por avenidas de grande movimento, ausência de calçadas em boa parte do caminho e ambiente de insegurança, fatos que dificultam o acesso da população à unidade. Além disso, o espaço físico da UAPS é insuficiente, visto que possui apenas oito consultórios que são divididos entre 14 profissionais, dentre enfermeiros e médicos, além de acadêmicos de medicina e enfermagem e residentes de Medicina de Família e Comunidade. Por esse motivo, alguns atendimentos da equipe eram realizados em uma associação comunitária pertencente à área de abrangência, a Associação Pequeno Cidadão (APC), onde é disponibilizada uma grande sala para a equipe, reorganizada em consultórios improvisados, com espaço para atendimento individual, bem como um ambiente para exame físico privativo. A associação foi equipada com balança digital, balança infantil, esfigmomanômetros, glicosímetro e uma maca. No local, eram atendidos grupos de crianças, hipertensos e diabéticos, mas a demanda dos demais usuários ainda não era suprida. Diante desta problemática, o acesso avançado foi implementado.

Para implantação da agenda de acesso avançado, a equipe realizou reunião com a gestora da unidade de saúde, que autorizou – junto à gestão da Secretaria Executiva Regional I (SER I) – o aumento do número de turnos de atendimento na comunidade. Com a autorização da gestão do município e da unidade de saúde, definiu-se uma data para iniciar o novo modelo de agenda. A equipe realizou divulgação do novo modelo de acesso na comunidade através de propagandas em carros de som, cartazes e salas de espera nas atividades que já eram previamente realizadas na Associação Pequeno Cidadão.

Tal artigo traz o processo de implementação do acesso avançado através de registros memográficos dos profissionais envolvidos, principalmente da residente, no período de novembro de 2017 a março de 2018. Além disso, foram realizadas pesquisas bibliográficas em Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Electronic Library Online (SciELO) com as palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde.

## RESULTADOS

A percepção da necessidade de mudança organizacional para humanização da assistência à saúde e um melhor acesso do usuário ao serviço já vinha sendo motivo de reflexão pela ESF. Por esta razão, desde 2009 já havia dois turnos de atendimento agendado na Associação Pequeno Cidadão, porém o foco era atendimento de grupos específicos. Em um turno ocorria atendimento de puericultura, que já apresentava grande adesão da população, com quase a totalidade de crianças de 0 a 5 anos, mantendo acompanhamento regular. No outro turno, eram realizadas as consultas a hipertensos e diabéticos. Devido à disponibilidade de apenas um turno semanal, inicialmente não era possível atender a totalidade de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes na APC, porém uma maioria já tinha atendimento na área (189 pacientes, o que correspondia a 77% dos hipertensos e diabéticos), com foco nos pacientes que tivessem maior dificuldade de acesso à unidade de saúde. Nesse período, a parcela da agenda que era atendida na APC era gerida pela própria equipe, mas os atendimentos realizados na unidade de saúde eram marcados em pequena parte pela equipe e a maioria pelo Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), núcleo localizado na UAPS para agendamento de consultas das equipes. O agendamento de consultas através do NAC era mensal ou bimestral, causando grandes filas e tempo muito prolongado de espera pela consulta agendada. O agendamento realizado pela equipe era semanal, porém com um número reduzido de vagas.

Para iniciar a implantação de um modelo adaptado de acesso avançado na ESF, foram realizadas reuniões com as agentes comunitárias de saúde, enfermeira, residente de Medicina de família e comunidade e o médico preceptor da equipe, nas quais foi decidido como seria o acolhimento dos pacientes que buscassem atendimento, o local e horário onde seria feito o atendimento.

As primeiras dificuldades nas mudanças no atendimento se iniciaram na autorização da gestão da Secretaria Executiva Regional e da coordenação da UAPS Lineu Jucá, já que a proposta foi de aumentar os turnos de atendimento fora da unidade de saúde. Após algumas reuniões da equipe com a gestão, nas quais foram discutidas as barreiras do acesso dos usuários à unidade de saúde que já foram descritos acima, a equipe obteve a autorização para fazer as alterações de agenda que planejamos, desde que se mantivesse os horários dos profissionais para bater o ponto na unidade de saúde, tanto na entrada quanto na saída. Outra exigência da gestão foi que fosse realizado o registro dos atendimentos externos no prontuário eletrônico da unidade, para que a produção da equipe fosse mantida sem alteração nos dados de atendimento da ESF.

Foi pactuado que as mudanças se iniciariam em novembro de 2017. O acolhimento começou a ser realizado em 4 turnos semanais, na Associação Pequeno Cidadão. A proposta era que todos os pacientes fossem acolhidos pelo médico, que poderia resolver no primeiro atendimento casos simples ou casos agudos, agendar casos complexos ou encaminhar para orientações de enfermagem.

Inicialmente foi proposto que, concomitante ao acolhimento médico, se mantivesse uma demanda agendada, sob a responsabilidade da residente, juntamente com os acadêmicos de Medicina e a enfermeira, todos tendo também a possibilidade de realizar atendimentos oriundos do acolhimento do dia. A demanda agendada permaneceu com horários marcados, enquanto a demanda espontânea era atendida por ordem de chegada para todos os pacientes que comparecessem à APC nas duas primeiras horas do turno de atendimento.

A equipe confeccionou um quadro explicativo dos dias e horários de atendimento na Associação, que foi afixado na entrada da casa, onde pode ser visualizado pela população adscrita a qualquer momento. O quadro tem sido também utilizado para orientar quaisquer mudanças ocasionais na programação dos atendimentos. Para a melhor divulgação das mudanças, as agentes comunitárias de saúde fizeram visitas na comunidade. Os pacientes que eram atendidos na Associação eram avisados e orientados a repassar as novas informações aos vizinhos e conhecidos, e também contamos com a ajuda de um morador que divulgou as mudanças em um carro de som na comunidade.

Durante as primeiras semanas de mudanças no atendimento, a demanda espontânea ficou sobrecarregada devido ao grande número de pacientes que buscaram atendimento. O absenteísmo às consultas agendadas, no entanto, já teve redução com poucas semanas de modificação do atendimento. Após o primeiro mês de mudança, constatou-se que a população percebeu a melhora no acesso às consultas, tendo melhor resolutividade das situações de saúde, além de menor procura por serviços de emergência. Enquanto nas primeiras semanas mantivemos uma média de 40 atendimentos por turno, ao final de um mês de experiência, percebemos a redução para aproximadamente 25 atendimentos por turno.

Entre as dificuldades no atendimento destaca-se também a procura por usuários de outras ESF vizinhas, que buscavam atendimento na APC, porém, por não pertencerem à equipe amarela, não puderam ser atendidas e foram orientadas a buscar atendimento com suas equipes de origem na unidade de saúde.

Observou-se uma grande adesão da população adscrita ao novo modelo de atendimento. Os benefícios do melhor acesso, tanto pela proximidade maior do local do atendimento quanto pela rapidez com que os pacientes passaram a conseguir atendimento, trouxeram um impacto positivo no acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, sendo agora possível atender na APC todos os pacientes que preferem ser atendidos na área. Os pacientes que preferem ser atendidos na unidade ainda têm essa possibilidade, já que permanecemos com turnos de atendimento também na unidade. Os atendimentos que exijam exame ginecológico ou pequenos procedimentos continuam sendo realizados na UAPS devido ao material específico necessário, que não está disponível na Associação.

## DISCUSSÃO

Acesso oportuno e continuidade do cuidado são duas medidas operacionais utilizadas internacionalmente para verificar a qualidade do acesso do usuário à APS. Entende-se por acesso oportuno a facilidade do agendamento na APS, reduzindo visitas aos serviços de emergência. Pôde-se observar que, durante a implantação, o número de atendimentos quase triplicou, o que pode, de fato, ter gerado um impacto nas idas à rede de atenção do município, porém não avaliamos tal percentual.

Centrar a atenção nos pacientes adscritos, e não em adoecimentos ou patologias, e facilitar o acesso possibilitam uma compreensão mais ampla da aflição da população, especialmente das pessoas mais desamparadas. Além disso, essas ações permitem um retorno efetivo às demandas de saúde das pessoas. De fato, apesar de ter mantido uma agenda mista, com um número menor de pacientes agendados, entendemos que o processo de agendamento em até 48 horas aumentou o acesso à saúde, porém a maior demanda da população pode também ter se dado ao fato de os atendimentos estarem sendo realizados na comunidade, diminuindo as barreiras físicas encontradas ao buscar a UAPS.

## CONCLUSÃO

O acesso avançado tem se tornado modelo em crescimento na ESF devido à redução do absenteísmo, rapidez no agendamento e melhora na resolutividade<sup>10</sup>. As queixas mais frequentes dos usuários da unidade de saúde com relação ao acesso costumam ser relativas à demora para conseguir consulta, dificuldades no acolhimento e as barreiras sociais e geográficas.

Além de a implantação do acesso avançado na equipe amarela ter reduzido essas queixas, o número de atendimentos na comunidade aumentou consideravelmente. Antes dessas mudanças eram realizados aproximadamente 140 atendimentos mensais na Associação Pequeno Cidadão. Após a implantação do novo modelo de agenda, esse número subiu para 340 atendimentos mensais, em média, na APC, o que demonstra a eficiência da organização da agenda neste modelo para reduzir a fila de espera das consultas na UAPS, bem como resolver demandas da comunidade com maior rapidez, além de gerar maior satisfação dos usuários e aumentar o vínculo deles com a equipe.

O acesso avançado inserido na própria comunidade foi de positivo resultado para a rapidez e acesso dos usuários ao atendimento em saúde. Juntando-se o fato de esse tipo de agenda possibilitar redução do tempo de espera por consulta e reduzir as faltas dos usuários em consultas, foi potencializado pela autorização na alteração do endereço de atendimento do público da população adscrita da equipe amarela.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set 2009; Seção 1.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. Rocha SA, Bocchi SCMi, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis [Internet] 2016 Mar; 26(1): 87-111. Disponível em: <http://www.scielo.br>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.
6. Arakawa T, Arcêncio R, Scatolin B, Scatena L, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev Latinoam Enferm 2011; 19: 994-1002.
7. Alves BN. Implementação do acesso avançado na unidade de estratégia saúde da família VI - Morumbi, Jardinópolis-SP [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: UNA-SUS; 2017.
8. Souza LF, Rossi FM, Ogera AF, Borges MA, Galdino SS, Souza PFZB et al. Acesso avançado: experiências acumuladas em um ano de implantação. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo: Anais do XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 2016 Abr 13-15; São Paulo. São Paulo: Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. p36-37.
9. Costa DCP. Diminuir as filas de espera e o absenteísmo nas unidades básicas de saúde, utilizando o método do acesso avançado [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: UNA-SUS; 2017.
10. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.