

Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência

Advanced Access in a Family Health Unit in the countryside of the State of São Paulo: an experience report

Luís Antônio Soares Pires Filho¹, João Mazzoncini de Azevedo-Marques¹, Nádia Santos Miranda Duarte¹, Leonardo Moscovici¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912124

RESUMO O Acesso Avançado (AA) é um formato de organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde que prega a máxima ‘Faça hoje o trabalho de hoje!’. Ele busca ativamente reduzir a demanda reprimida de atendimentos, reduzir o absenteísmo e ampliar o acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste trabalho foi relatar aspectos da implementação do AA em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Foram realizadas entrevistas com os profissionais da USF acerca do AA e, de forma preliminar, foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), do E-SUS e das agendas físicas, para comparação numérica de alguns parâmetros entre antes e depois da implantação e implementação do AA.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *Advanced Access (AA) is an agenda organization method in Primary Health Care (PHC) units that preaches the saying ‘Do today’s work today!’.* It actively seeks to reduce the repressed demand for care, reduce absenteeism and increase access to users of the Brazilian Unified Health System (SUS). The objective of this study is to report the implementation of AA in a Family Health Unit (FHU). Interviews were conducted with FHU professionals about AA and, in a preliminary way, data from Primary Health Care Information System (Siab), E-SUS and physical agendas were used, for numerical comparison of some parameters between before and after AA implementation.

KEYWORDS *Health services accessibility. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. laspf@yahoo.com



Introdução

Uma das questões centrais na Atenção Primária à Saúde (APS) é o acesso ao cuidado. O acesso de qualidade é um dos principais aspectos das políticas públicas em saúde. O desafio da busca do cuidado universal, longitudinal e integral é um ponto central da Política Nacional de Atenção Básica¹ (PNAB).

Uma das formas atuais de prover o acesso na APS é por meio do modelo Acesso Avançado (AA), também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia. Esse modelo permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde – com seus profissionais de referência – no momento de sua necessidade ou escolha.

Os modelos tradicionais de agendamento organizam, de maneira geral, os atendimentos para datas futuras, resultando, muitas vezes, em demora na providência de cuidados. Dessa forma, acaba por favorecer o aumento do absentismo e comprometer a longitudinalidade (ao não assegurar ao paciente o atendimento com seu profissional de referência).

Starfield², no atributo essencial da APS chamado ‘Acesso ao primeiro contato’, diferenciou os termos acesso e acessibilidade, muitas vezes considerados sinônimos. A acessibilidade representa a oferta de serviços em saúde à população e a sua capacidade de alcançá-los, enquanto o acesso denota a não restrição à entrada nos serviços de saúde, mais do que sua liberdade em fazê-lo. Embora qualquer serviço de saúde possa apresentar variados graus de acessibilidade e acesso, é na APS que se encontra a principal porta de entrada dos pacientes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe ressaltar que, infelizmente, a proporção de indivíduos atendidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas vezes, supera o número máximo recomendado pela última PNAB, que é de 3.500 pessoas. A extrapolação desse limite também reduz a acessibilidade e impõe barreiras para o melhor cuidado e seguimento em saúde.

Diante desse contexto, modelos organizacionais devem ser pesquisados e testados para

a ampliação do acesso e da acessibilidade. O modelo do AA já está implantado em diversas cidades brasileiras e tem-se mostrado como uma opção viável de agendamento na APS.

O Acesso Avançado

O AA é um método de organização do agendamento, descrito primeiramente por Murray e Tantau³ em 2000, que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. O AA tem uma regra de ouro: ‘Faça hoje o trabalho de hoje!’. Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, todos seguindo o mesmo método de agendamento, sem fragmentações. Não se divide a agenda por períodos reservados a grupos predominantes, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, conforme a demanda.

O AA também se afasta do conceito de dividir a agenda entre demanda de rotina e de urgência. Os atendimentos e processos do trabalho são realizados no mesmo dia, independentemente de sua natureza, excetuando-se alguns casos em que são agendados para futuro próximo, em geral, por uma escolha realizada compartilhada entre paciente e profissional de saúde.

Cada serviço organiza seu próprio ‘limite de tolerância’ para esses agendamentos futuros. Na Unidade de Saúde da Família (USF) do presente estudo, esse tempo é de 48 horas. Assim, ao buscar atendimento, o paciente será atendido no mesmo dia (podendo optar por esperar em casa e voltar no momento da consulta) ou em até 48 horas. A flexibilidade, entretanto, é soberana, e o paciente pode ser agendado para momento posterior se desejar – e se sua condição clínica permitir.

Além disso, a equipe da USF desta pesquisa optou por preservar alguns tipos de agendamentos para prazos mais extensos, chamados de ‘agenda protegida’: consulta de pré-natal,

puerpério, puericultura e psiquiatria (é realizado na USF apoio matricial de saúde mental). Assim, organizou-se um modelo de AA no qual aproximadamente 90% da agenda era aberta e em que 10% se enquadrava nos critérios da chamada 'agenda protegida'.

Em 2014, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba publicou uma cartilha, chamada 'Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde'⁴, orientando os passos para a implantação e implementação do AA. Essa cartilha foi extensamente estudada pela equipe da USF no processo de implementação do AA e é uma fonte recomendada para aprofundamento no tema.

Destarte, o principal objetivo deste artigo é relatar aspectos do antes e depois da implantação e implementação do AA em uma USF.

Material e métodos

Local e Equipe: Ribeirão Preto é a cidade-sede da região metropolitana de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo, com aproximadamente 700 mil pessoas, 40 Unidades Básicas de Saúde e 12 USF. O modelo de ESF começou a ser implantado no município no ano 2000⁵.

A USF do estudo abrange área do distrito sanitário oeste de Ribeirão Preto. Conforme constava no Sistema de Informação de Atenção Básica⁶ (Siab), ela tinha em seu território de abrangência um total de 2.417 indivíduos cadastrados no ano de 2017. É uma USF com população predominantemente jovem e de alta vulnerabilidade social, dos quais a maior parte depende do SUS para suas necessidades de saúde. É uma unidade ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), recebendo, por isso, alunos de graduação (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, nutrição, entre outros) e residentes de medicina de família e comunidade.

Em 2017, contava com uma equipe de ESF, composta por uma Médica de Família e Comunidade (MFC) (que supervisionava dois residentes de primeiro ano e dois residentes de

segundo ano), uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No modelo de supervisão de residentes adotado na USF onde ocorreu o estudo, todos os casos atendidos pelos residentes de MFC eram discutidos com o supervisor MFC (e, se necessário, também eram examinados por esse supervisor, junto com o residente). Desse modo, esse supervisor avaliava, de alguma maneira, todos os atendimentos feitos pelos residentes.

Coleta de dados

Um residente do segundo ano de MFC do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto acessou o sistema eletrônico da prefeitura de Ribeirão Preto (sistema Hygia) e as agendas físicas dos médicos da USF, a fim de coletar os dados.

Os dados foram coletados nos meses de maio de 2015 e maio de 2017.

- 2015: o mês de maio de 2015 contou com 21 dias de trabalho regular, totalizando 42 períodos (matutino e vespertino). Destes, 38 períodos contavam com dois médicos (um residente de MFC e a MFC preceptora) em atendimento, e quatro períodos com apenas um médico (a MFC preceptora), resultando em um total de 80 períodos de atendimento. Os agendamentos foram avaliados do dia 02/05/2015 ao dia 08/05/2015 e do dia 29/05/2015 ao dia 31/05/2015;

- 2017: o mês de maio de 2017 compreendeu 23 dias de trabalho regular, totalizando 46 períodos. Todos esses períodos contaram com dois médicos (um residente de MFC e a MFC preceptora) em atendimento, gerando 92 períodos de atendimento. Os agendamentos foram avaliados do dia 05/05/2017 ao dia 08/05/2017 e do dia 26/05/2017 ao dia 29/05/2017.

Para a análise do tempo, utilizou-se o período entre o dia em que o paciente buscou a USF para atendimento e o seu dia efetivo.

Os recortes temporais escolhidos foram os períodos de maio de 2015 e maio de 2017, momentos

estes que contemplaram um mês exato de trabalho regular no modelo da agenda tradicional (2015) e do modelo do AA (2017).

Os períodos selecionados representam épocas semelhantes em relação à sazonalidade dos atendimentos médicos e não têm diferença significativa na quantidade de pessoas no território (em 2015, o território da USF contava com 2.262 indivíduos; e em 2017, com 2.417).

Foram analisados todos os agendamentos médicos, todas as faltas às consultas médicas e todos os encaminhamentos dos meses de maio de 2015 e maio de 2017.

Para a obtenção do tempo entre o dia da busca pelo serviço e o dia do atendimento, inicialmente, foram selecionados 100 agendamentos médicos de cada período de coleta. Dos 100 agendamentos de 2017, quatro foram considerados inadequados à análise por representarem visitas domiciliares. Da mesma maneira, duas visitas domiciliares de 2015 foram retiradas da somatória.

Critérios analisados

Para avaliar a implantação e implementação do AA, foram utilizadas quatro categorias condizentes com a realidade da USF em questão e que, na literatura internacional^{3,4,7}, são as mais utilizadas para este fim. São elas:

Categoria I – Percentual de faltas

(absenteísmo), isto é, percentual de consultas agendadas no período avaliado nas quais os pacientes não compareceram, independentemente do motivo.

Categoria II – Número total de agendamentos médicos, ou seja, quantidade absoluta de atendimentos realizados por profissionais médicos no período avaliado, sem discriminação da natureza e da duração do atendimento.

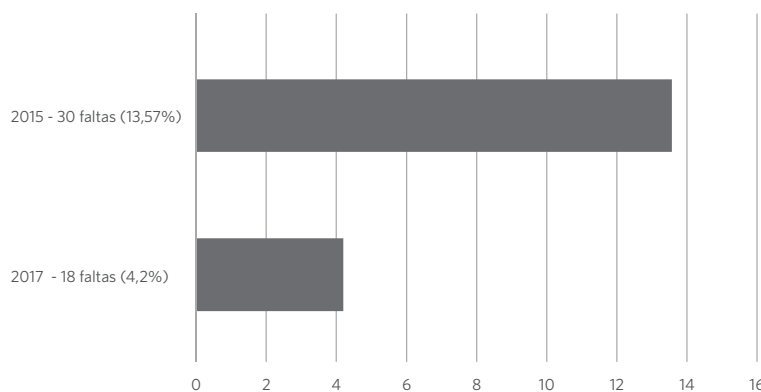
Categoria III – Número total de encaminhamentos, ou melhor, quantidade absoluta de pacientes atendidos por profissional médico no período avaliado que foram encaminhados para exames complementares de imagem ou para a atenção secundária ou terciária¹.

Categoria IV – Tempo entre o dia em que o paciente busca a USF para atendimento e o dia efetivo do atendimento, quer dizer, a média aritmética da somatória do tempo em dias entre o dia da busca do paciente por atendimento na USF e o dia em que ele é efetivamente atendido.

Resultados

Categoria I: observou-se, em maio de 2015, um total de 30 faltas, correspondendo a 13,57% de absenteísmo. Em maio de 2017, observaram-se 18 faltas, que corresponderam a 4,20% de absenteísmo.

Gráfico 1. Absenteísmo

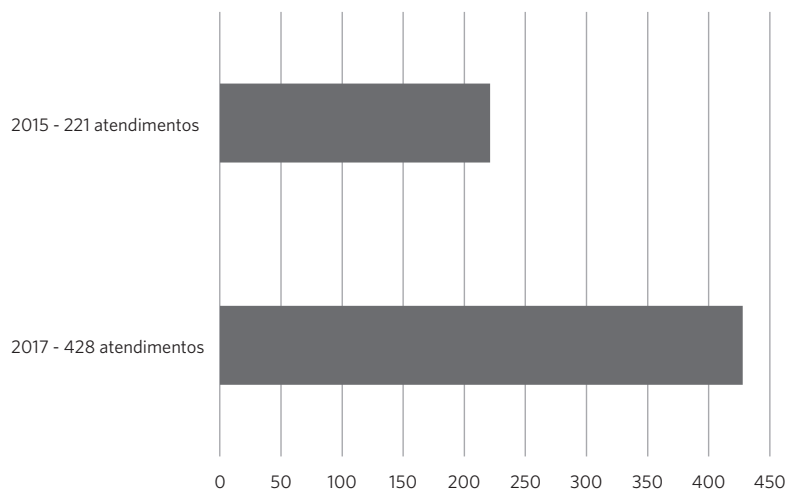


Fonte: Elaboração própria.

Categoria II: percebeu-se, em maio de 2015, um total de 221 atendimentos médicos.

Em maio de 2017, foram realizados 428 atendimentos.

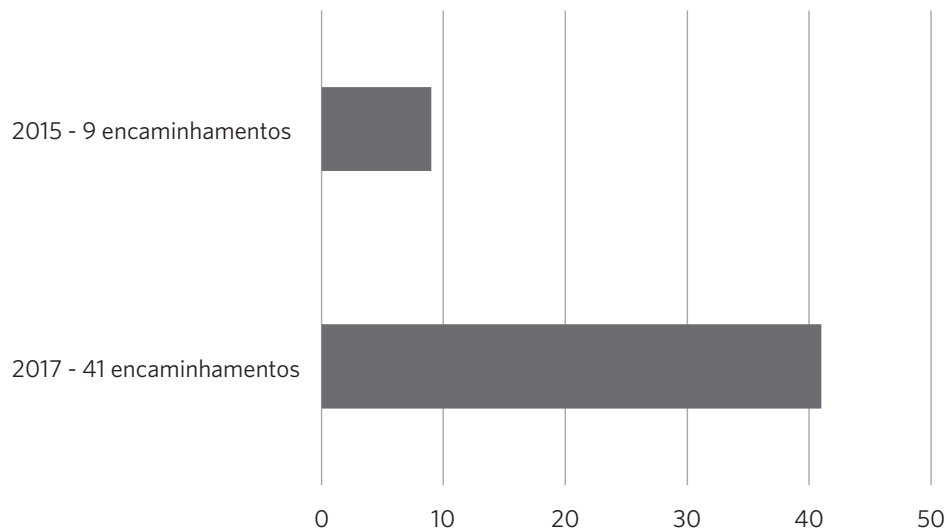
Gráfico 2. Número de atendimentos



Fonte: Elaboração própria.

Categoria III: ano 2015, 9 encaminhamentos; ano 2017, 41 encaminhamentos.

Gráfico 3. Número de encaminhamentos

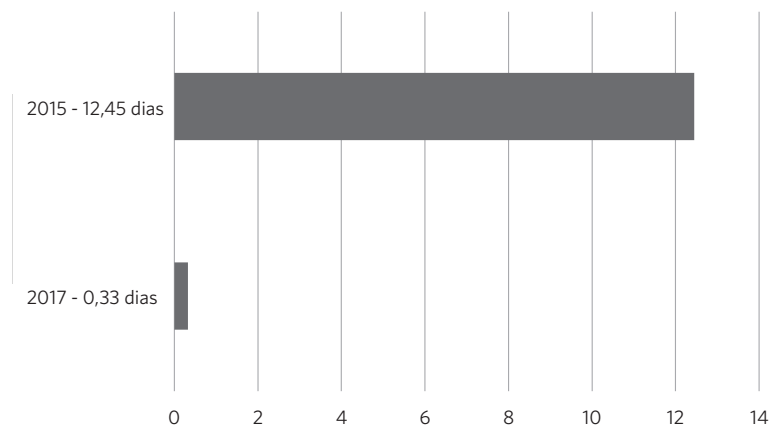


Fonte: Elaboração própria.

Categoria IV: em maio de 2015, foram 1.221 dias de espera para a realização de 98 atendimentos, com uma média de 12,45 dias de espera por atendimento. Em maio de 2017,

foram 33 dias de espera para 98 atendimentos, resultando em uma média de 0,33 dia de espera por atendimento.

Gráfico 4. Tempo de espera até atendimento médico



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

É pertinente a avaliação do efeito do AA no absenteísmo e no tempo até o atendimento. Esses dois parâmetros são os mais relatados na literatura disponível⁷⁻¹⁹ sobre o assunto, investigados extensamente desde o desenvolvimento do AA. De fato, os defensores da implementação do AA ressaltam tais parâmetros como as maiores qualidades do modelo, que, em geral, é buscado como alternativa quando um deles, ou ambos, apresentam dificuldades. Os resultados encontrados estão de acordo com a maioria dos resultados da literatura revisada⁷⁻¹⁹, com diminuição significativa do absenteísmo e do tempo de espera. A equipe, em especial os funcionários da recepção da unidade, consideraram que a redução do tempo de espera facilitou o fluxo de trabalho diário. Toda a equipe considerou que a redução do absenteísmo foi benéfica à longitudinalidade do cuidado esperada na ESF.

O número total de agendamentos médicos é descrito^{9,10} como uma forma de medida indireta da ampliação do acesso, pois seu aumento reflete maior número de atendimentos médicos e, por conseguinte, maior oferta à população. Questiona-se^{9,10}, entretanto, se esta oferta não se dá à custa de menor tempo de atendimento, o que poderia afetar a qualidade da atenção em saúde e da longitudinalidade. Esperou-se, com a implementação do AA, por uma maior efetividade das consultas, refletindo a dinâmica do método, sem comprometer e, até mesmo, visando aprimorar a qualidade da atenção em saúde. Em revisão com a equipe da USF onde realizou-se o relato, foi unânime que a implantação e implementação do AA melhorou a efetividade do trabalho na unidade, ampliando a oferta de vagas e garantindo maior acessibilidade à população.

Por fim, também não encontraram-se estudos que mensurassem a quantidade ou

qualidade dos encaminhamentos realizados antes e depois da implementação do AA no Brasil. Acredita-se que tal parâmetro também seja uma medida indireta da ampliação do acesso, pois independente da qualidade do serviço prestado na APS, muitas vezes ela funciona necessariamente como porta de entrada para as atenções secundária e/ou terciária. A maior quantidade de encaminhamentos trouxe a inferência de que mais pacientes estão atingindo o nível de cuidado que necessitam. As equipes médica e de enfermagem, diretamente atuantes no manejo dos encaminhamentos, consideraram que a população da USF teve suas necessidades de saúde mais bem atendidas após o AA.

Este relato apresenta algumas limitações. Um processo de organização do trabalho e do acesso tão abrangente como o AA requer observação prolongada de seus efeitos pós-implementação. Uma observação realizada por um período maior e análise estatística apropriada seria fundamental para avaliação da sustentabilidade do efeito do AA.

Além disso, a observação mais longa traria maiores efeitos de comparação entre os dois métodos. Permitiria acompanhar, por exemplo, efeitos sazonais e outras intercorrências que afetam os modelos.

Vale considerar que o presente relato ocorreu em uma área cujo perfil populacional aceitou a implementação de um método como o AA, talvez por carecer de maior oferta e flexibilidade no agendamento. Provavelmente, a mudança para o AA em uma comunidade na qual o modelo tradicional de agendamento esteja funcionando bem seja equivocada. Além disso, durante o processo de implementação, foi identificada a necessidade do envolvimento de toda a equipe de ESF. Sem que todos os profissionais da equipe de saúde

estivessem engajados, muito provavelmente o novo modelo não teria funcionado adequadamente.

Conclusões

Até a conclusão deste relato, não foi encontrada publicação avaliando a implementação do AA em uma USF no estado de São Paulo, tampouco em uma USF onde atua um programa de Residência Médica em MFC. Esses dados tornam o presente artigo um relato original, podendo ajudar aqueles que desejam implantar e implementar o AA (especialmente em uma unidade de saúde com residentes de MFC).

Os resultados da implantação e implementação foram importantes, sendo, talvez, o mais interessante a diminuição do tempo médio de espera entre a procura do paciente à unidade de saúde e sua efetiva consulta. Também houve redução no absenteísmo, dado condizente com a literatura¹⁴. Os números de encaminhamentos e de atendimentos aumentaram numericamente.

Colaboradores

Pires Filho LAS (0000-0001-5637-5221)* contribuiu para a concepção, o planejamento, o levantamento e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Azevedo-Marques JM (0000-0002-3100-3883)* contribuiu para o planejamento e aprovação da versão final do manuscrito. Duarte NSM (0000-0002-1586-4069)* contribuiu para a concepção do manuscrito. Moscovici L (0000-0003-4842-5422)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
2. Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.
3. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploring the access paradigm. *Fam. Pract. Manag.* [internet]. 2000 [acesso em 2018 mar 20]; 7(8):45-50. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>.
4. Curitiba, Secretaria de Saúde. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria de Saúde; 2015.
5. Ribeirão Preto. Secretaria de Saúde. O Sistema de Saúde de Ribeirão Preto [internet]. Ribeirão Preto: Secretaria de Saúde; 2010 [acesso em 2018 jan 10]; 1-19. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/organiz-saude-rpreto.pdf>.
6. Ribeirão Preto. Secretaria de Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2015. Ribeirão Preto: Secretaria de Saúde; 2017.
7. Rose K, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes: a Systematic Review. *JAMA* [internet]. 2011 [acesso em 2018 abr 22]; 171(13):1150-1159. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1105829>.
8. Murray M. Answers to your questions about same-day scheduling. *Fam. Pract. Manag.* [internet]. 2005 [acesso em 2018 abr 22]; 12(3):59-64. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2005/0300/p59.html>.
9. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, et al. Improving Timely Access to Primary Care: Case Studies of the Advanced Access Model. *JAMA* [internet]. 2003 [acesso em 2018 abr 22]; 289(8):1042-1046. Disponível em: http://www.sfhp.org/files/Improving_Timely_Access_to_Primary_Care1.pdf.
10. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* [internet]. 2003 [acesso em 2018 abr 22]; 289(8):1035-1040. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/10890168_Advanced_Access_Reducing_Waiting_and_Delays_in_Primary_Care.
11. Pickn MD, O'Cathain A, Sampson FC, et al. Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaborative. *Br. J. Gen. Pract.* [internet]. 2004 [acesso em 2018 abr 22]; 54:334-340. Disponível em: <https://bjgp.org/content/54/502/334/tab-pdf>.
12. Salisbury C, Montgomery A, Simons L, et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br. J. Gen. Pract.* [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 22]; 57(8):608-614. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099665/pdf/bjpg57-608.pdf>.
13. Salisbury C, Goodall S, Montgomery A, et al. Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. *Br. J. Gen. Pract.* [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 22]; 57(8):615-621. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099666/pdf/bjpg57-615.pdf>.
14. Weingarten N, Meyer DL, Schneid JA. Failed appointments in residency practices: who misses them and what providers are most affected? *J. Am. Board. Fam. Pract.* [internet]. 1997 [acesso em 2017 nov 10]; 10(6):407-11. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ebdd/510f924009522352f07bdf2b8c08e9c5acee.pdf>.
15. Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing Open-Access Scheduling of Visits in Primary Care Practices: A Cautionary Tale. *Ann. Intern. Med.* [internet]. 2008 [acesso em 2018 abr 22];

- 148(12):915-922. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.689.1862&rep=rep1&type=pdf>.
16. Fournier J, Heale R, Rietze L. Advanced Access decreases wait times in Primary Healthcare. *Healthc. Q.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 22]; 15(1):64-68. Disponível em: <http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/AA%20decreased%20wait%20times.pdf>.
17. Degani N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ont. Health Technol. Assess. Ser.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 22]; 13(7):1-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796762/>.
18. Solberg LI. Advanced Access: Fad or Important? Comment on 'Advanced Access Scheduling Outcomes'. *Arch. Intern. Med.* [internet]. 2011 [acesso em 2018 abr 22]; 171(13):1159-1160. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1105813>.
19. Singh PT. Lessons Learned from an Advanced Access Trial Within a Canadian Armed Forces Primary Care Clinic. *Healthc Q.* 2017; 19(4):63-68.

Recebido em 06/06/2018

Aprovado em 28/01/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve