

Acesso avançado na Atenção Primária de São Bernardo do Campo/SP: Desafios e potencialidades

Access in São Bernardo do Campo Primary Care: Limits and potentialities

Bárbara Navajas de Sá Leite¹, Mônica Martins de Oliveira Viana^{II}

Resumo

O artigo aborda o tema Acesso Avançado (AA), implantado em 2019 em São Bernardo do Campo (SBC), e tem como objetivo analisar a percepção das equipes a respeito desse dispositivo para organização da demanda na Atenção Primária. Por meio da aplicação de questionários, pôde-se observar que todos os integrantes da equipe participavam da prática do AA. As principais dificuldades apontadas envolviam a alta rotatividade de profissionais, defasagem do quadro de RH e espaço físico inadequado. Frente às dificuldades, as equipes encontraram, por iniciativa própria, soluções destinadas à melhoria da prática do AA e passaram a percebê-lo como arranjo para fortalecimento de vínculo e resolutividade no cuidado ao usuário. Ações envolvendo educação permanente, apropriação da prática pela equipe e uso de espaços físicos externos às UBS potencializaram a prática deste dispositivo. Diante desses resultados, o estudo concluiu que a implantação bem-sucedida do AA depende da disponibilidade dos gestores em prover boas condições de trabalho, e habilidade para incorporar algumas modificações que permitam a singularização do dispositivo para a realidade local. O enrijecimento na organização do trabalho tende a inviabilizar as potencialidades do AA.

Palavras-chave: Acesso avançado; Gestão do cuidado; Atenção Primária.

Introdução

Este trabalho trata da percepção das equipes e dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de SBC acerca dos desafios, limites e

Abstract

The article addresses the theme Advanced Access (AA), implemented in 2019 in São Bernardo do Campo (SBC), and aims to analyze the perception of teams regarding this device for organizing demand in Primary Care. Through the application of questionnaires, it was possible to observe that all team members participated in the practice of AA. The main difficulties pointed out involved the high turnover of professionals, lag in the HR staff and inadequate physical space. Faced with difficulties, the teams found, on their own initiative, solutions aimed at improving the practice of AA and began to perceive it as an arrangement for strengthening bonds and problem-solving ability in user care. Actions involving permanent education, appropriation of the practice by the team and use of physical spaces outside the UBS enhanced the practice of this device. Given these results, the study concluded that the successful implementation of the AA depends on the availability of managers to provide good working conditions, and the ability to incorporate some modifications that allow the device to be unique to the local reality. The stiffness in the organization of work tends to make AA's potential unfeasible.

Keywords: Advanced access; Care management; Primary Attention.

potencialidades na prática do Acesso Avançado. Este pode ser considerado um dispositivo de organização da demanda espontânea, implantado no município para garantir acesso, vínculo, longitudinalidade, continuidade do cuidado e conscientização da corresponsabilidade no autocuidado da população.¹

O AA surgiu na década de 90, com o trabalho do médico de família Mark Murray e colaboradores, ao administrarem uma Unidade de Saúde Primária na Califórnia (EUA). Ao se incomodarem com as filas de espera, com o alto índice de absenteísmo e com a ausência de garantia para manter o atendimento pelo médico

¹ Bárbara Navajas de Sá Leite (barbaranavajas@hotmail.com) é biomédica, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde São Paulo, especialista em Saúde Pública com ênfase em ESF pela São Camilo e em Gestão de Serviços Públicos de Saúde pela UNIFESP. Funcionária pública atuante de 2006-2021 como coordenadora administrativa de UBS com ESF e 2021-atua no Departamento de Vigilância Epidemiológica de São Bernardo do Campo. Em 2023, foi bolsista de Pesquisa pelo CEPESC para o projeto: Elaboração de instrumentos e guia para apoiar a organização de cidades saudáveis, a partir de estudos de caso em municípios do estado do Rio de Janeiro que implementam ações de prevenção à obesidade infantil – PROTEJA.

^{II} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é doutora em Saúde Coletiva – Política, Planejamento e Gestão em Saúde pela Unicamp, pesquisadora PqC III do Instituto de Saúde e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

de referência do usuário, criaram o modelo, também conhecido como “Acesso Aberto” ou “Consulta no Dia.”²

Até o ano de 2018, o acesso da população à Atenção Primária de SBC era ofertado por meio da diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo agendamento de consultas centrado na recepção³. A implantação do Acesso Avançado ocorreu em substituição ao acolhimento, mas mantendo os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Também em concordância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estimula a resolutividade e a qualidade do cuidado, além de fomentar a organização do cuidado em rede, englobando promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Propõe pautar a oferta de cuidado no reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde e das diversas necessidades das pessoas, visando à diminuição de exclusão de grupos específicos da população.⁴

Diante da proposta municipal de implantação do Acesso Avançado em 100% das UBS de SBC no ano de 2019, para melhoria do acesso e garantia de qualidade no atendimento, tornou-se relevante a análise do processo de implantação, bem como dos desafios e potencialidades encontrados no cotidiano do modelo. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção das equipes a respeito do Acesso Avançado.

Em 2019, data da implantação do AA e da realização do estudo, a Atenção Primária de SBC era composta por nove territórios de saúde atendidos por 34 UBS geridas diretamente pelo município, sendo 32 Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2 UBS tradicionais. Dos 34 coordenadores, sete eram estatutários e, destes, seis assumiram o cargo por meio de processo seletivo interno e os outros não estatutários foram contratados por escolha do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Cada equipe de ESF era formada por profissional médico generalista, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), dentista, técnico e/ou auxiliar de odontologia⁴. As UBS contavam ainda com equipes multiprofissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade de estudo de caso. A produção de dados ocorreu a partir da aplicação de questionários semiestruturados a gestores locais (coordenadores de UBS) e profissionais de equipes de duas UBS. Foram utilizadas fontes secundárias como documentos norteadores fornecidos pela gestão da Atenção Primária orientadores municipais e relatórios de gestão municipal para construção das categorias de análise.

A aplicação dos questionários se deu em duas fases complementares. A primeira foi destinada exclusivamente aos coordenadores de UBS (23 participantes). Na segunda fase, os participantes foram escolhidos em um processo de amostra intencional, com duas UBS do município de SBC. Nesta fase, todos os integrantes das equipes das UBS escolhidas foram convidados a responderem a um questionário.

Para a composição intencional da amostra de UBS, foram utilizados os critérios de maior tempo de implantação do Acesso Avançado e o modelo de atenção, sendo uma UBS tradicional sem ESF (seis participantes) e uma UBS com ESF (seis participantes).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, com o registro CAAE 19273019.0.0000.5469 e aprovação pelo parecer 3.572.613. Os dados quantitativos obtidos por meio dos questionários foram tabulados em programa Microsoft Excel e submetidos à análise descritiva, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos, oriundos das questões abertas, foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo.

Resultados e Discussão

Os participantes afirmaram que já haviam ouvido falar e/ou conheciam o funcionamento do Acesso Avançado, mas que nunca haviam trabalhado com esse dispositivo antes da implantação em SBC. Segundo o relatório do município⁵, os coordenadores de UBS de SBC eram comprometidos e entendiam a proposta do Acesso Avançado, todavia, esbarravam no fato de

que os novos gerentes possuíam pouco conhecimento sobre este dispositivo.

A capacitação das equipes sobre o funcionamento do AA ficou sob responsabilidade dos coordenadores de UBS e de um multiprofissional multiplicador. Cada equipe se desenvolveu de uma maneira, mas os resultados apontaram que as educações permanentes e diálogos sobre este assunto são valorizados e vistos como primordiais para o bom andamento desse dispositivo, possibilitando o acerto de fluxos e comunicações entre equipes e população.

Sobre o entendimento dos profissionais a respeito do Acesso Avançado, as respostas incluíam escuta qualificada, mas diferente do acolhimento realizado anteriormente nas UBS, pelo fato do AA utilizar atendimento por profissionais de uma mesma equipe e o acolhimento, os multiprofissionais no geral, sem a referência por equipe.

Quando a palavra vínculo foi citada, ela veio acompanhada da importância do atendimento ao usuário ser realizado sempre pela equipe de referência, gerando proximidade e confiança, resultando na constituição de um vínculo.

Foi citado também o Acesso Avançado como um modo ou sistema de organização de agendamento para todas as demandas de uma equipe. Destaca-se a fala “Resolver as demandas com rapidez”, em que seria importante investigar uma possível confusão entre resolutividade e rapidez de atendimento, correndo o risco de que a agilidade seja traduzida simplesmente por um ato de “tocar fila” para esvaziar o local rapidamente. O fato de ser resoluto nem sempre está ligado à agilidade no atendimento, mas sim ao fato de apresentar uma resposta à necessidade de saúde do usuário independentemente do tempo que leve.

Sobre a forma de organização, os coordenadores elencaram o enfermeiro como profissional mais envolvido da equipe e isto pode estar relacionado ao fato de que, na maioria das equipes, este profissional é quem a coordena quando diz respeito ao AA ficando na linha de frente dos atendimentos.

Chama a atenção o fato dos coordenadores elencarem o NASF em 6º lugar, já que estes profissionais

deveriam estar 100% envolvidos nos processos de capacitação e prática do Acesso Avançado. É sabido que a participação do NASF é muito importante no AA, visto que são profissionais com formações distintas e podem ofertar diferentes olhares às necessidades de saúde do paciente.

Outro ponto importante é que os multiprofissionais de ambas as UBS informaram que a odontologia, no papel do(a) dentista e/ou do técnico(a) ou auxiliar de odontologia, encontra-se afastada deste dispositivo.

Já os multiprofissionais da UBS tradicional elencaram, além do enfermeiro, clínico geral, pediatra, ACS e NASF. Quanto ao profissional médico, isto se deve ao fato de que nesta UBS em particular, por não existir generalista, são os especialistas que realizam o atendimento durante o AA. Os ACS entraram como organizadores do processo e o NASF era bem atuante.

Os multiprofissionais da UBS com ESF elegeram os técnicos ou auxiliares de enfermagem em primeiro lugar, pois na maioria das vezes eram eles que realizavam a primeira escuta do paciente.

Sobre o período de funcionamento, SBC¹ orientou a prática do Acesso Avançado durante o período entre 2 e 4 horas, e neste período toda equipe de referência precisaria estar mobilizada e alinhada para receber o usuário já com seu prontuário em mãos. Essa equipe escutava e direcionava o paciente ao médico ou enfermeiro no consultório. Se necessário, o enfermeiro acionava o médico. Casos leves seriam resolvidos no dia e os complexos poderiam ser agendados em até 48h.

Quanto a essas orientações, verificou-se que o Acesso Avançado era realizado na oferta pela manhã e tarde dentro de 2 ou 4 horas, e que o usuário era encaminhado a uma “triagem”. Mas, considerando que os ACS não podem realizar a triagem enquanto procedimento para verificação de sinais vitais (aferição de pressão arterial ou medição de glicemia capilar), por não serem capacitados para tais atividades, e que eles também faziam o AA, é possível que tenha ocorrido um emprego equivocado da palavra triagem, e que, na verdade, fora usada como sinônimo de escuta ou acolhimento.

Entraves

Os coordenadores elencaram a falta de profissionais, o espaço físico inadequado, a presença de grande quantidade de pacientes hiperutilizadores e equipes com mais de 5 mil usuários cadastrados (sobrecarga) como os quatro principais dificultadores em se realizar o Acesso Avançado.

Os profissionais da UBS tradicional trouxeram, por sua vez, como entraves, o espaço físico insuficiente, a falta de profissionais, o horário de chegada dos usuários ao Acesso Avançado muito antes do início informado e a falta de realização de escuta qualificada.

Já os profissionais da UBS com ESF apontaram a existência de grande demanda por período de Acesso Avançado, grande quantidade de pacientes poliqueixosos, o não entendimento desta ferramenta pelos funcionários, falta de conhecimento dos protocolos pelos profissionais das áreas técnicas, de resolutividade e de participação de multiprofissionais, tempo de espera elevado para atendimento, pouco tempo para o usuário passar em consulta e até a falta de vagas para especialidades apareceu nesta questão.

O relato de maiores entraves na ESF sugere grande dificuldade das equipes organizadas neste modelo de atenção para a realização do AA. Cabe ressaltar que o modelo de atenção preconizado para a ESF é pautado na integralidade, longitudinalidade e na clínica ampliada e compartilhada, visando romper a fragmentação do cuidado. Para esse modelo de atenção, a proposta de organização da demanda espontânea era fundamentalmente pelo acolhimento, que fazia parte das suas premissas originárias de trabalho e que depois foi modificado.⁶

A percepção trazida por um dos profissionais participantes deste trabalho chamou a atenção ao fato de que a equipe deve tomar o cuidado de utilizar o AA de maneira adequada, realizando sempre uma escuta qualificada para que sua prática não descaracterize o cuidado proposto pela ESF.

Segundo Giovanella et al.⁷, a ESF caracteriza-se pela busca em aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, pela integração da vigilância epidemiológica

e sanitária, pela territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, e por ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS.

Nesse cenário, pôde-se considerar que o Acesso Avançado e o acolhimento precisam trabalhar em conjunto para que ocorram com qualidade. Visto como um modelo de agendamento que se enquadra nos princípios e diretrizes do SUS, na PNH e nos atributos da APS, o Acesso Avançado seria positivo quando bem planejado, estruturado, implantado e monitorado.

Cabe destacar que, para lidar com as dificuldades encontradas, as equipes organizaram, por iniciativa própria, as seguintes estratégias: cobertura de funcionários faltantes por meio de escalas; atendimento da demanda fora do espaço da UBS, e valorização dos grupos e de atendimentos multiprofissionais, visando desconstruir a cultura de procura pelo médico e substituí-la pelo conhecimento e aceitação do atendimento prestado pela ESF, que ocorre na modalidade multiprofissional, tal qual no AA.

Pontos positivos e avanços

Os coordenadores elencaram como os três principais pontos positivos o aumento da resolutividade, a ampliação do acesso e a diminuição do absenteísmo; como principais avanços o fortalecimento de vínculo, a ampliação da resolutividade e do cardápio/carteira de ofertas.

Os profissionais da UBS tradicional trouxeram ainda como ponto positivo o controle da agenda pela equipe, fato que garante a equidade ao garantir um atendimento com agilidade aos que precisam mais. Como avanço, citaram também o conhecimento da demanda e do território, visão que os profissionais de uma UBS tradicional dificilmente possuem, já que não atendem na lógica da ESF.

Já os profissionais da UBS com ESF trouxeram a promoção do vínculo e ampliação do autocuidado como pontos positivos e, como avanço, o diagnóstico precoce, o qual pode estar ligado à facilidade de acesso

encontrada pelo usuário ao procurar o atendimento pelas equipes. Dentro das normativas do Acesso Avançado, os retornos deveriam ser agendados em até 48h, o que pode explicar os avanços citados.

De modo geral, analisando-se os resultados do estudo, notou-se que mesmo diante de alguns dificultadores como a alta rotatividade de funcionários, defasagem do quadro de RH, espaço físico insuficiente ou inadequado, reclamação por uma parte dos usuários pelo tempo de espera por atendimento nos períodos de AA e fragilidade na articulação com outros serviços da rede, os profissionais identificaram uma mudança positiva e a aceitação da população, que se traduzem na diminuição do absenteísmo, produção e fortalecimento do vínculo e grande demanda nos períodos de AA, com ampliação do acesso de novos usuários.

Assim, apesar de todas as limitações e desafios descritos pelos profissionais de saúde sobre a prática do AA, de um modo geral, visualizaram-no positivamente, como um aliado na produção de equidade, integralidade e na estratificação de risco ao usuário.

Conclusão

Pôde-se notar, pela percepção dos trabalhadores, que eles incorporaram o AA na rotina diária das UBS e obtiveram grande adesão da população; também se observou que a realização do estudo da demanda, as educações permanentes e as discussões do processo de implantação e prática do AA possibilitaram a reorganização dos processos de trabalho, ajudando as equipes a se apropriarem desse dispositivo em seu cotidiano nas unidades de saúde.

Frente às condições de trabalho consideradas inadequadas e à necessidade de organização da demanda gerada pelo AA, visando possibilitar acesso aos usuários, as equipes adotaram, por iniciativa própria, algumas medidas para driblar as dificuldades para executar o AA. Esse tipo de iniciativa, embora louvável, não deveria ser necessária, já que cabe ao município o provimento de condições adequadas para a realização de uma tarefa proposta justamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, deve-se considerar que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia da covid-19, o que ocasionou a modificação do modo de agendamento e atendimento em todas as UBS de SBC, extinguindo o Acesso Avançado presencial e adotando outros modos de acesso na modalidade virtual, por meio de teleatendimentos e WhatsApp, colocando a necessidade de um novo diagnóstico sobre os limites e potencialidades do AA.

Todavia, com os resultados obtidos em 2019, pôde-se considerar que o AA, quando ocorria no município ou quando voltar a acontecer, requer atenção em alguns pontos, tais como: 1) As necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados; 2) O AA depende da existência de uma equipe multiprofissional rica em saberes e disposição para trabalhar em grupo, devendo ser liderada por um coordenador com governabilidade para pactuar o processo de trabalho que melhor se ajuste às necessidades de seu território, e 3) O AA não se limita a um protocolo a ser seguido cegamente.

A aplicabilidade positiva do Acesso Avançado, pelo que se pôde depreender do estudo, envolve gestão participativa, alinhada aos princípios do SUS, e que inclua todos os trabalhadores, de modo a acolhê-los perante as dificuldades. Depende também da atuação dos gestores em adotar medidas para evitar o engessamento do processo de trabalho.

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Referências

1. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP). Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Orientações: acesso avançado da demanda espontânea na atenção básica. São Bernardo do Campo; 2019.
2. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Revista Family Practice Management*. 2000; 745-50.

3. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP). Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento Norteador. 2. ed. São Bernardo do Campo; 2014.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017.

5. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP), Secretaria de Saúde. Relatório Anual de Gestão – 2017. São Bernardo do Campo: 2018a.

6. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde. In: Giovanella L. et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: editora Cebes e Abrasco, 2012; 459-491.

7. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. saúde colet, Rio de Janeiro. 2020; 25(4): 1475-1481.