



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA RIO DAS PEDRAS, GUARAPUAVA/PARANÁ**

MAXWELL JULIO DOS SANTOS

NATAL/RN
2020

IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA RIO DAS PEDRAS, GUARAPUAVA/PARANÁ

MAXWELL JULIO DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: DANIELE VIEIRA
DANTAS

NATAL/RN
2020

Aos queridos pacientes, por diariamente me permitir adentrar na sua intimidade, possibilitando
a troca de saberes e o crescimento profissional,
A minha equipe e todos os gestores, que empenham-se diariamente, apesar das adversidades,
na construção de um sistema de saúde equânime e resolutivo.
Aos meus pais, minha referência e porto seguro,
À tutora Daniele Vieira Dantas, pela presteza, cordialidade e disponibilidade no cumprimento
dessa jornada.
A Deus, que permitiu que tudo isso fosse possível

Este trabalho não seria possível sem a colaboração e o empenho da Equipe da Unidade Básica de Saúde Rio das Pedras, da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, do Tutor do Programa Mais Médicos Dr Basílio Techy e dos nossos pacientes, que com suas histórias e singularidades muito nos motivam e ensinam nessa simbiose que é a atuação em Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. RELATO DA MICROINTERVENÇÃO	8
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
4. REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi definida pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia reordenadora da Atenção Básica (AB) com importante expansão nos últimos anos devido a incentivos financeiros do MS. O trabalho das equipes deve ser organizado de modo a atender tanto a demanda espontânea quanto programada, além de realizar ações de prevenção, promoção e assistência (FARIA; CAMPOS, 2012).

A ESF é regida pelos princípios da acessibilidade, constituindo o acesso preferencial do usuário na Rede de Assistência, da longitudinalidade do cuidado, da integralidade e coordenação da atenção. O vínculo entre profissionais e usuários, criado a partir de um atendimento humanizado, é essencial para o sucesso de sua implementação e continuidade (FARIA; CAMPOS, 2012).

O modo como a equipe oferta o cuidado e organiza sua agenda é um aspecto chave na garantia de acesso da população. Murray (2000) define três tipos de sistemas relacionados à questão do acesso: Modelo Tradicional, Sistema com Vagas e Acesso Avançado. A forma como ocorre a marcação das consultas repercute diretamente na resolutividade da APS e na motivação dos profissionais para a realização do trabalho (TELESSAÚDERS, 2019).

A ESF Rio das Pedras está localizada no distrito de mesmo nome no município paranaense de Guarapuava, distante 19 quilômetros do centro da cidade. Possui uma população cadastrada aproximada de 1.200 usuários e uma grande área descoberta, devido à dificuldade de acesso pela grande extensão territorial das propriedades rurais. Na localidade, existe uma indústria de papel higiênico, uma escola, comércio local e instituições religiosas. A renda básica advém da agricultura familiar.

Assim como muitas unidades do país, enfrentou ao longo dos anos uma alta rotatividade de profissionais, sobretudo médicos. Organizou-se unicamente como um ponto de assistência com um fraco vínculo entre população adscrita. A equipe da unidade é composta pelo médico, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e uma zeladora. Duas vezes na semana recebe atendimento de um odontólogo e uma técnica em saúde bucal. O município conta ainda, com três equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Apoio Psicossocial porte II (CAPS) e um Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A atenção secundária é realizada por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP), no próprio município, que atende além de Guarapuava, os municípios vizinhos de Pinhão e Turvo.

O processo de trabalho é baseado no atendimento à demanda espontânea no período da manhã e atendimento a grupos prioritários no período da tarde (Modelo Tradicional). Enfrenta grande fluxo em determinados dias da semana devido a indisponibilidade pregressa de profissionais em período integral, em que se criou a cultura do

“dia do médico”.

A microintervenção visa mitigar os impactos da “desassistência” oriunda de um modelo antiquado de assistência à saúde, centrado na figura do médico e da doença, sem longitudinalidade no cuidado, com ações pontuais, pouco resolutivas e sem impactos em longo prazo, por não ter a prevenção e promoção da saúde como norteadoras do cuidado, além da dificuldade de acesso da população ao serviço.

Para isso, realizou-se a organização do acesso por meio da implantação do acesso avançado, definição e revisões constantes das metas, organização da agenda dos profissionais e maior contato com a comunidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Para a execução desta microintervenção inicialmente foram realizadas duas reuniões, com intervalo de quinze dias, com a equipe para a identificação dos principais limitantes do acesso da população ao serviço e posteriormente mais uma reunião para a elaboração de um plano de ação. Participaram das reuniões o médico da equipe, o enfermeiro, a técnica em enfermagem e as duas ACS. As reuniões aconteceram durante o expediente na própria unidade, sempre às quintas-feiras, com duração de uma hora. A pauta era construída ao longo da semana mediante a observação in loco das demandas mais urgentes.

Através das reuniões com a equipe, ficou acordado que seria iniciado a implantação do Modelo de Assistência Acesso Avançado a fim de reorganizar o acesso da população. Inicialmente, causou grande estranhamento e aversão devido à ruptura de uma cultura de vagas. Sendo a eliminação da agenda por vagas, a primeira estratégia, para sua concretização foi essencial desenvolver o conceito de acolhimento e escuta ativa com classificação de risco. Para tal, foi necessário envolver todos os profissionais da equipe, uma vez que o usuário seria direcionado àquele que melhor atendesse sua demanda inicial. A partir daí, os usuários eram encaminhados à consulta médica, odontológica, de enfermagem ou para realização de procedimentos ou demandas burocráticas. Sendo o agendamento ou atendimento imediato realizado definido pela classificação de risco biológico e/ou social.

O segundo passo foi a eliminação das reservas de vagas por programas, que fragmentavam o atendimento por grupos, doenças ou faixas etárias, abrindo espaços para realização de ações de promoção da saúde e realização de grupos de intervenção breve.

O principal desafio para a implantação do acesso avançado foi a uniformização dos saberes. Uma equipe heterogênea, formada por profissionais com diferentes tipos de formação e habituados com outros níveis de atenção. Organizar o discurso para que todos “falassem a mesma língua” com os usuários foi uma tarefa árdua.

Vencido este ponto, as tarefas passaram a ser compartilhadas entre todos os membros da equipe e foi possível liberar horário na agenda dos profissionais de nível superior. Demandas administrativas foram identificadas já no acolhimento e direcionadas aos que melhor pudessem atendê-las, sem demandar um atendimento médico, ampliando a atuação dos demais membros e otimizando toda a organização do trabalho.

A incorporação da tecnologia na organização do trabalho representou outro incremento essencial para a ampliação do acesso. A criação de grupos em aplicativos de mensagem representou uma importante ferramenta para conscientização, disseminação de informação e diminuição das barreiras entre o serviço de saúde e população. A comunicação na própria equipe tornou-se mais fluida e objetiva com a criação da "vigilância nas nuvens" por meio da elaboração de planilhas de acompanhamento de grupos críticos, que eram atualizadas diariamente e as quais todos possuíam acesso.

O acesso avançado é um modelo que traz para o serviço de saúde a discussão do papel de cada ator envolvido no cuidado. O trabalho organizado de forma colaborativa é essencial para o sucesso de sua implantação. Garantir que as mudanças sejam perenes é um grande desafio. A incorporação exitosa do acesso avançado necessita da mudança de paradigmas arraigados culturalmente na organização dos serviços em muitas unidades e da percepção dos usuários de seu papel no autocuidado.

Todo o trabalho deve ser organizado tendo em vista as necessidades locais, as demandas da comunidade e a valorização dos diferentes saberes dos membros da equipe. A compreensão de que o usuário é o protagonista do seu cuidado, de que atendimento médico é apenas um dos serviços ofertados pela equipe de APS, e que uma escuta ativa e qualificada pode ser altamente resolutiva são os pontos-chaves para a continuidade das ações.

Sendo assim, a equipe promoverá semanalmente, durante o tempo de espera, intervenções breves junto aos usuários da importância do autocuidado, afixará em local legível o fluxograma de atendimento e definirá horário mensal durante o expediente para realização de educação continuada com foco na gestão da clínica.

Ademais, os encontros com os pacientes foram otimizados de modo a explorar ao máximo, em um único encontro, as necessidades, evitando-se assim, vindas futuras para demandas que poderiam ser abordadas num mesmo encontro. Ganhou-se tempo e espaço para outros atendimentos. O planejamento das ações e a vigilância atualizada por meio da tecnologia (planilhas) contribuiu para o planejamento dos retornos, poupando os pacientes de retornos desnecessários ou fixos, tendo foco no paciente e não na patologia, individualizando assim as condutas.

O acesso avançado permite objetivar as ações, atuando no momento atual ao invés de postergar o encontro do usuário com o profissional. O serviço tornou-se mais ágil e eficiente, contribuindo para a melhora da percepção da população da atenção primária como um local de confiança e resolutividade. E não mais como apenas um ponto de acesso aos demais níveis.

Além disso, foi definido que a cada duas semanas novas reuniões em equipe seriam realizadas para verificar o andamento das ações e discutir melhorias. Ao final, foi realizada uma reunião com a população para verificar se de fato foram efetivas as mudanças realizadas. Nela, os principais apontamentos pelos usuários foram a maior facilidade de comunicação com o serviço, através dos aplicativos de mensagens, a melhoria do acesso, uma vez que barreiras pré-existentes como agendamento por grupos e dias fixos para consulta e o fortalecimento do vínculo entre equipe e a população, melhorando a satisfação geral com o serviço.

A garantia de continuidade das ações depende em parte da percepção da equipe são atores de passagem e que o fortalecimento da comunidade é que garantirá a perenidade das ações. O sentimento de pertencimento e apropriação da comunidade das ações implementadas

nortará todo o processo de trabalho e sedimentará na equipe um processo de trabalho que não estará vinculado a nenhum profissional exclusivamente, mas às demandas locais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento a demanda constitui um nó crítico para a maioria das equipes de ESF. Compreender as demandas que levam cada usuário a buscar o serviço é *mister* para garantir um atendimento humanizado, no tempo oportuno e de forma resolutiva. Barreiras de acesso comprometem a confiança da população e influenciam em buscas futuras aos serviços de saúde, levando muitos usuários equivocadamente a tentarem o acesso por portas não preferenciais do sistema.

Os grupos prioritários são importantes na construção de indicadores em saúde, mas a equidade é um princípio doutrinário do SUS e nenhum usuário deve ter seu direito à assistência alijado por um processo de trabalho desorganizado. Viu-se, ao longo da intervenção, que muitos usuários eram excluídos da assistência pela dificuldade de acesso ou por não se encaixarem em determinados grupos.

A mudança de cultura de vagas constituiu o principal obstáculo, assim como, a diminuição da sobrecarga de trabalho sobre um único profissional, a falta de confiança entre os membros da equipe na hora de delegar funções e a falta de um diálogo entre os profissionais da ponta e a gestão.

Entretanto, destaca-se como grande potencialidade da microintervenção um cuidado mais resolutivo ao oferecer à população uma assistência na hora certa e com o recurso certo. Desonerando o serviço de saúde em longo prazo e diminuindo as filas desnecessárias na atenção secundária e terciária.

Para o sucesso dessa microintervenção foi essencial desburocratização do acesso, a humanização do cuidado e o fortalecimento do vínculo com a comunidade. Só assim, foi possível compreender as demandas da população e criar estratégias para melhor atendê-las. Garantir a continuidade das ações, além do apoio da comunidade, passa por uma equipe de trabalho altamente motivada, percepção e sensibilidade da gestão quanto a necessidade de manutenção da equipe, da importância da educação continuada, bem como investimentos perenes.

O curso de Especialização em Saúde da Família contribui para quebra de paradigma e visão enviesada, muitas vezes corroborada por uma formação pautada nas especialidades e no modelo biomédico, em detrimento da saúde pública e das relações que são construídas nesse tipo de assistência e desvalorização desse profissional, cuja atuação demanda alto rigor científico e uma atitude empática e proativa.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 28, 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

FARIA, R.C.; CAMPOS, E. M. M. S. **Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família**: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. Revista de APS, v. 15, n. 2, p 148-157, 2012.

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, New York, n. 8, v. 289, p. 1035-40, 2003.

TELESSAÚDERS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Mudanças necessárias na atenção primária à saúde (APS) para ampliação do acesso**. Curso Online Qualificação do Processo de Trabalho e Gestão da APS. 5. ed. Disponível em: <https://moodle.telessauders.ufrgs.br>. Acesso em: 12 de jan. 2020.