



**Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**



**Prefeitura Municipal de Curitiba  
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba  
Departamento de Atenção Primária à Saúde  
Coordenação do Acesso e Vínculo**

**Prefeito**

Gustavo Fruet

**Secretário da Saúde**

Adriano Massuda

**Superintendente de Gestão**

Alan Cesar Diorio

**Superintendente Executivo**

Jane Sescatto

**Diretor do Departamento de Atenção Primária à Saúde**

Paulo Poli Neto

**Coordenação do Acesso e Vínculo**

Carla Da Ros

**Autoria**

Adriane Wollmann

Carla Da Ros

Ingrid Margareth Voth Lowen

Luiza Reikdal Moreira

Maria Terumi Kami

Mario Augusto Gori Gomes

Paulo Poli Neto

**Colaboradores**

Christiane Cherpinski

Débora Leite

Fabio de Abreu Chaves

Fabricio Farias Teixeira

Felippe Fabbi

Kees Van Boven

Ketemen Lucy Cardoso

Maria da Graça Araujo Garcia

Marcelo Garcia Kolling

Marcos Goldraich

Maria Helena da Silva

Marly Wuerges de Aquino

Ronaldo Zonta

## **Apresentação**

Hoje a cidade de Curitiba passa por mudanças significativas nos serviços de saúde, com reflexão, discussão e possibilidades de organizar o acesso nas Unidades de Saúde. O processo de trabalho está fundamentado nas necessidades de saúde da população, no fortalecimento do vínculo e da continuidade do cuidado.

Um objetivo central da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é oferecer um acesso com qualidade a toda rede de serviços e resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população no ponto mais próximo do seu local de residência ou trabalho. Investimos em horários ampliados de atendimentos das Unidades de Saúde e expansão da Estratégia Saúde da Família.

Desta forma, elaboramos este material que traz exemplos internacionais, nacionais e locais de acesso na Atenção Primária, mostrando que é possível de maneira simples ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com agendamentos facilitados.

**Adriano Massuda**  
**Secretário Municipal de Saúde de Curitiba**

## Introdução

Um dos temas mais debatidos na Atenção Primária (APS) em Curitiba tem sido o do acesso e da organização da agenda dos profissionais nas Unidades de Saúde (US). Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável.

Dois objetivos centrais da APS são ampliar o acesso e a continuidade do cuidado. Muitas Unidades de Saúde lutam para atingir esses objetivos, mas sentem-se pressionadas pela demanda. Organizam diferentes formas para triar os pacientes e encontrar vagas em agendas lotadas. Muitas vezes, pacientes não conseguem ser atendidos pela sua equipe no momento apropriado, resultando em demoras no cuidado e quebra na continuidade paciente-equipe (MURRAY; BERWICK, 2003).

Para confrontar esse problema, muitas pequenas e grandes Unidades de Saúde da APS no Brasil e fora do país iniciaram uma abordagem conhecida como **acesso avançado**, acesso aberto, ou consultas do dia.



Na 1ª Mostra Municipal de Experiências em Atenção Primária diversas equipes e Unidades de Saúde apresentaram

inovações em relação ao acesso e organização da agenda.

Em Florianópolis-SC, diversas US trabalham há alguns anos com agendas de consultas para o mesmo dia, dia seguinte ou no máximo uma semana. Em São Paulo em uma comunidade da periferia, a organização do acesso avançado já está acontecendo e com resultados satisfatórios. A equipe trabalha no formato “*Faça o trabalho de hoje, hoje!*” em que a agenda tem 65-75% das vagas para o mesmo dia com grande capacidade de oferta de consultas. Como relata Felipe Fabbi, médico de família e comunidade dessa equipe: “Há equilíbrio entre demanda e oferta de serviço, o tempo de espera é de um dia e sem a necessidade de reserva de vagas, diminuindo o absenteísmo, proporcionando a longitudinalidade e o decréscimo da demanda”.

Em uma Clínica da Família da Zona Sul do Rio de Janeiro, o acesso avançado tem reduzido filas e tempo de espera para o atendimento: 65% da agenda para atendimento do dia, taxa de absenteísmo muito menor do que em modelos anteriores, 5% de encaminhamentos, 83% das consultas com o médico da área de abrangência e 88% dos usuários referem satisfeitos/muito satisfeitos com o serviço ofertado.

As experiências internacionais e mais antigas em relação ao papel da Atenção Primária em um sistema de saúde reforçam a necessidade das US serem efetivamente a porta de entrada preferencial e ponto de atenção continuada para a maior parte das situações clínicas dos pacientes daquela área (STARFIELD, 2004). O parâmetro para avaliar uma boa APS em relação ao acesso é se o paciente

conseguiu uma avaliação ou consulta com sua equipe de referência no momento mais adequado, de acordo com sua necessidade, preferencialmente em até 48h.

Se a US hoje tem uma agenda que está para dois meses e uma imensa dificuldade para atender as pessoas que procuram diariamente a unidade de saúde, pode se perguntar como isso seria possível.



Oficina sobre acesso na APS com participação de profissionais de saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo.

A resposta pode não estar exclusivamente na necessidade de um maior número de profissionais ou de Unidades de Saúde (ainda que isso possa ajudar na maioria das vezes). Em muitos casos, é possível, a partir de uma reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento, oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais.

Isso é o que demonstram de forma bastante clara Murray e Berwick (2003) no artigo “Acesso Avançado: reduzindo filas e demoras na APS”, que pode ser lido no final desse texto. A “mágica” da proposta é a de fazer menos algumas coisas, para poder fazer mais outras. Para essa mudança foram listados alguns desafios:

1	Abrir mão de uma agenda fragmentada em função de grupos por patologias ou faixas etárias (dias específicos para gestantes, crianças, hipertensos ou diabéticos). Essas agendas levam as equipes a dedicar enormes recursos (tempo dos profissionais) para as pessoas mais informadas (aquelas que conseguem se adequar à agenda da Unidade de Saúde) e dificultam o acesso de quem mais precisa dos recursos das equipes.
2	Evitar pré-agendamentos prolongados, pois pode gerar um desperdício de tempo (falta do paciente, consultou na US antes desse dia ou porque trará uma lista de problemas para utilizar aquele tempo disponível).
3	Envolver <b>todos</b> os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população de sua área. O ideal é que em cada atendimento, o médico, o enfermeiro, o cirurgião-dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe do NASF se questionem: <i>“Eu sou o profissional mais adequado para oferecer esse atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do meu atendimento nesse momento?”</i>

4	A equipe precisa estar mais voltada para as necessidades da população, com uma agenda mais adequada à procura diária das pessoas que cuida, e com um acesso menos burocratizado.
5	Definir <b>quanto tempo</b> será necessário para uma consulta pré-agendada, considerando que esta se dará para no máximo uma semana.

De acordo com Murray e Berwick (2003), ao atender as demandas reais e do momento, as consultas passam a ficar mais objetivas (e mais rápidas). Os profissionais de saúde se sentem mais satisfeitos porque passam a lidar com situações clínicas em que podem aumentar a resolutividade (resolver problemas concretos, aliviar sofrimentos). Diferentemente de uma agenda focada em atendimentos programáticos, sem uma necessidade evidenciada pelo paciente ou profissional.

Além das evidências científicas serem pobres ou insuficientes quanto ao impacto de atividades exclusivas da Atenção Primária para mudança de estilo de vida da população em geral, uma pessoa que não consegue atendimento na UBS quando precisa, pode se sentir desmotivada ou com pouca confiança nessa equipe, o que leva a fragilizar o vínculo e a repensar a sua escolha numa nova situação de necessidade de saúde.

Na sequência segue um “passo-a-passo” para as equipes que desejam mudar a forma de agendamento do modelo tradicional ou do *carve-out* (parte para

demanda livre) para o conhecido como **acesso avançado**.



Evento sobre Acesso com experiências de Curitiba, Florianópolis e da Holanda.

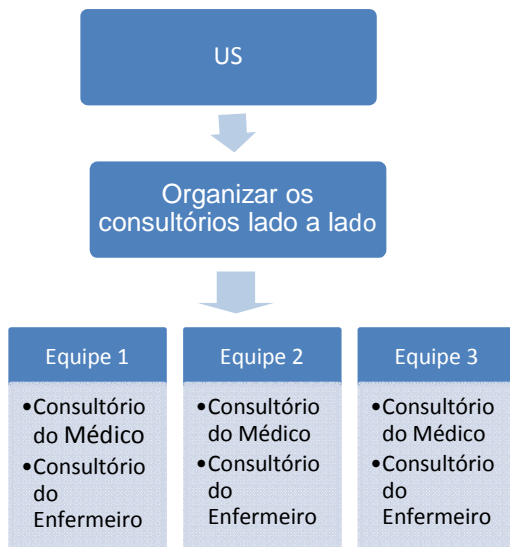
Em Curitiba, a Atenção Primária está num momento de refletir, discutir e experimentar novas possibilidades de organizar o acesso nas US. Um dispositivo para contribuir para este processo de trabalho é a organização dos fluxos de atendimento, visando conforto, melhor acesso e uma nova relação entre os pacientes e os profissionais.

### **Sugestão de mudança do fluxo de atendimento na Unidade de Saúde**

Uma das primeiras ações e mais importantes para melhorar o acesso na US é o maior envolvimento do enfermeiro no cuidado das pessoas da sua área.

Para isso, é fundamental que cada enfermeiro tenha um consultório próprio e, preferencialmente, disposto ao lado do médico da sua equipe. Essa disposição dos consultórios facilita o entendimento da vinculação para a equipe e para a população. Também agiliza as interconsultas entre médicos e enfermeiros.

- a) Disposição dos consultórios



É comum a queixa de falta de salas nas Unidades de Saúde, no entanto, percebe-se que o maior problema pode ser a subutilização dos espaços existentes. Isso ocorre especialmente quando os consultórios são definidos previamente por problemas (hipertensão e diabetes, saúde mental, ginecologia, nebulização, emergência, etc.). O ideal é definir as salas conforme os profissionais que fazem consultas, e que estão presentes a maior parte do tempo na US (médicos e enfermeiros) e organizar as agendas desses profissionais para utilizar os espaços para outros atendimentos, quando vagos.

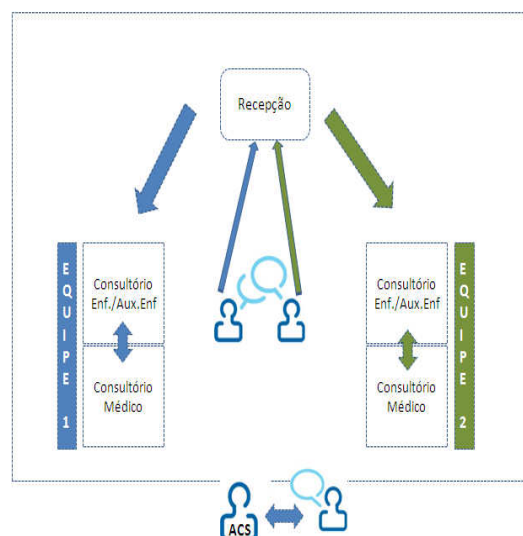
#### b) Fluxo do atendimento

Atualmente, na maioria das Unidades de Saúde há um consultório para a triagem (acolhimento ou classificação de Manchester) daquelas pessoas que solicitam consulta do dia. Geralmente, são atendidas por auxiliares de enfermagem e/ou enfermeiro (não necessariamente aquele da sua área de abrangência).

Essas equipes costumam ficar sobrecarregadas porque têm que dar conta de toda a demanda do dia, e por não serem a equipe de referência daquela população, portanto, não podem contar com a potencialidade de conhecer melhor o histórico dessas pessoas e a dar continuidade no acompanhamento.

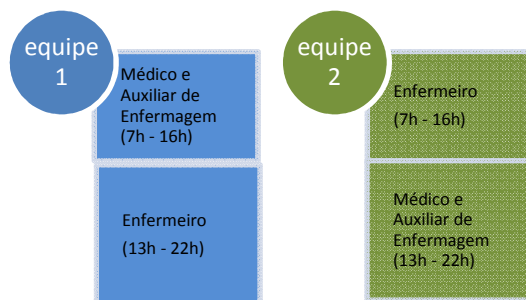
Uma proposta é a de direcionar todas as pessoas que procuram atendimento no dia para as suas próprias equipes (auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos). Desse modo, evita-se uma etapa no fluxo do acesso da população. A pessoa passa pela recepção apenas para identificar qual a sua equipe e já é agendada/encaminhada para ser atendida pelos profissionais de referência.

A recepção, nesse modelo, poderá fazer perguntas breves para identificar a necessidade imediata ou não de consulta. Idealmente deve oferecer horários para esses pacientes em vez de senhas, desse modo a sala de espera ficará mais tranquila, já que as pessoas poderão circular pelo bairro ou voltar para casa enquanto aguardam a consulta. Exemplo:



c) Horário de Atenção oferecida pela equipe para sua população

A presença da equipe durante todo o horário de funcionamento da US, com horários de atendimento diferenciados entre os profissionais da mesma equipe, permite maior vínculo e resolutividade com a população. Exemplo:



Nesse modelo sempre há alguém de cada equipe como responsável por atender as pessoas de sua área. Uma ideia para aumentar a resolutividade de uma equipe que naquele horário só conta com o enfermeiro é o das equipes irmãs, que alternam os horários dos médicos e enfermeiros de modo a uma dar cobertura para a outra.

A equipe 1 e a equipe 2 se configuram como *equipes irmãs* que se apoiam em suas atividades.

*“Uma boa agenda não resolve uma má organização,  
Uma boa agenda torna excelente uma boa organização”  
(Veronica Casado)*

Como começar?

- Comprometer-se com o ganho na Capacidade da Agenda aumentando a oferta,

transferindo do Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista funções que podem ser feitas por outros profissionais;

- Reduzir a demanda de pré-agendamentos existentes;
- Balancear oferta e demanda.

O que melhora o sistema de agendamento? Knight e Lembke (2013) apontam algumas vantagens ao promover o acesso avançado.

Para os pacientes:

- Agendar de acordo com necessidade (urgência) e no horário de maior disponibilidade para o paciente;
- Atender no horário agendado, diminuindo o tempo de espera;
- Ser atendido pela mesma equipe fortalece o vínculo entre a equipe e a população.
- Fornecer consultas curtas ou longas, conforme necessário;
- Otimizar o atendimento, evitando encaminhamentos desnecessários entre os profissionais da US.

Para os profissionais:

- Garantir que o seu tempo seja bem utilizado;
- Dar continuidade – é mais eficaz e mais rápido atender pacientes que já conhece;
- Reduzir o estresse, permitir pausas e finalizar os atendimentos no tempo previsto;
- Promover um bom ambiente de trabalho, fortalecendo a equipe para que tenha condições de dizer muito

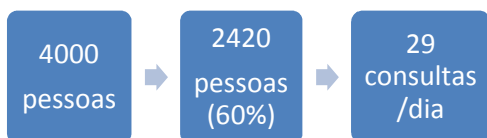


mais **SIM** ao paciente do que **NÃO**.

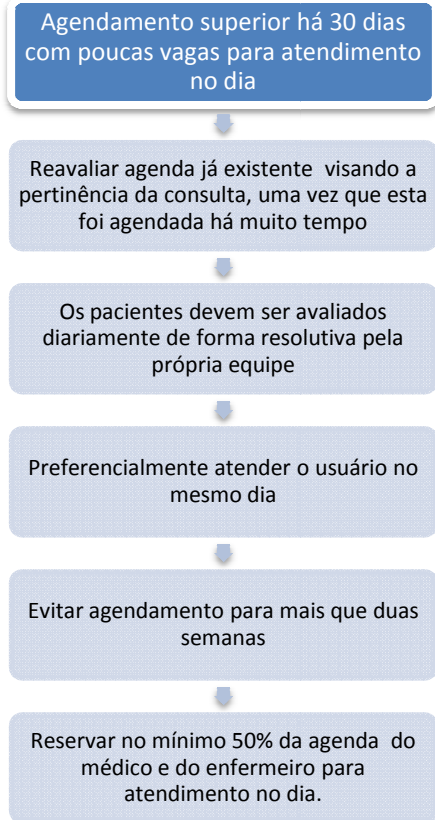
### Cálculos práticos para avaliar a demanda da US e como reorganizar a agenda da equipe

Para calcular a demanda do dia, faz-se necessário considerar o número de consultas diárias dos médicos e enfermeiros para atender a demanda, e programar a agenda para consultas breves (alguma necessidade específica que demanda pouco tempo de atendimento), consultas agendadas no dia e/ou pré-agendadas e retornos.

Segundo o quadro a seguir, uma equipe responsável por 4.000 pessoas tem a média de solicitação de consultas diárias de 0,7 a 0,8%, resultando em 32 consultas por dia. No entanto, estudos demonstram que para uma população de 4 mil pessoas num dado território em torno de 60% dessas consultas com alguma regularidade (pelo menos uma vez em 18 meses). Nesse caso, se a população territorial é de 4 mil, na prática a US oferece atenção regular para algo como 2420 pessoas. Considerando uma frequência esperada de 3, o resultado será de 7260 consultas por ano (247 dias) o que remete à aproximadamente 29 consultas/dia, sendo reservadas 80% destas consultas em aberto.



### PROPOSTA DE MUDANÇA DA AGENDA



O médico de família holandês Kees Van Boven apresenta sua agenda no evento sobre Acesso em Curitiba, “costumo **reservar na última hora de cada dia, consultas breves, de 5 a 10 minutos**, os pacientes sabem que servem para resolver situações pontuais e ficam satisfeitos de poder ter esse espaço com o profissional em que confiam”.

### Proposta de agenda:

Médico/ Enfermeiro	Segunda à sexta feira
7h -8h	Consultas breves para o paciente que chega direto na

	unidade (tempo médio de 10 em 10min)
8h-10h	Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15min)
10h – 11h	Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, visitas domiciliares, reunião de equipe (tempo médio de 30 em 30min)
12h-13h	Consultas breves para o paciente que chega direto na unidade (tempo médio de 10 em 10min)
13h-15h	Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15min)
15h-16h	Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, visitas domiciliares, reunião de equipe (tempo médio de 30 em 30min)

As necessidades das pessoas na APS são diferentes, portanto, **os tempos de consulta precisam ser diferentes**. É prudente oferecer consultas mais rápidas para quem procura com problemas pontuais, e mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. Ao oferecer uma consulta rápida, a US não está se transformando numa UPA, pois conhece o paciente e pode revê-lo brevemente, diferente do que acontece na UPA, na qual é atendido sem continuidade do cuidado.

Alguns exemplos práticos, para discutir a organização da agenda com a equipe na US:

Paciente é atendido na recepção, que o direciona para o atendimento por meio do agendamento para um componente da equipe, conforme a

necessidade e disponibilidade da agenda:

1. Estável, acompanhado pela equipe regularmente, sem queixas, precisa renovar a receita da medicação anti-hipertensiva a cada quatro meses;
2. Avaliação de resultado de exames de rotina;
3. Dor abdominal há 24 horas, dois episódios de vômito nas últimas seis horas;
4. Avaliação de uma radiografia de joelho;
5. Abandono do acompanhamento da diabetes há quatro meses;
6. Bebê de seis meses sem acompanhamento há dois meses, pois veio de outra cidade, aleitamento materno exclusivo e com algumas vacinas atrasadas;
7. Dependente químico há dez anos, queixa-se de insônia, inapetência, tremores, desânimo.

Caso a demanda de consultas breves seja menor ou maior do que as longas (convencionais), a agenda poderá ser ajustada conforme a realidade local transitória (ex.: falta de profissional de outra equipe), ou permanente (ex.: característica da população).



Equipe de saúde bucal da US Bairro Novo, com implementação de acesso facilitado.

### **Proposta de organização da agenda odontológica:**

- manter oferta de todos os tipos de atendimento (agendado, procura direta para agendamento no dia, urgência e emergência) todos os dias;
- priorizar o TSB e o ASB para atividades fora do consultório: ex. PSE, visita domiciliar, ações com grupos vulneráveis;
- oferecer novas modalidades de agendamento (agendamento telefônico e pelo correio eletrônico);
- acolher o usuário e ofertar alternativas de atendimento a fim de evitar a dispensa;
- confirmar todas as consultas pré-agendadas para minimizar o absenteísmo;
- revisar periodicamente as filas de encaminhamentos para as especialidades;
- planejar a agenda para que não ocorram interrupções de atendimento (pela esterilização de material, pelo estoque de material de consumo ou manutenção de equipamento).

### **Unidades de Saúde com horário estendido até as 22 horas**

O objetivo é de possibilitar o acesso ao serviço de saúde além do horário comercial para a população que tem dificuldade de frequentar a US no horário regular. O horário estendido visa o atendimento em situações agudas, e o acompanhamento

regular conforme as necessidades reais da população.

### **Propostas avançadas para o agendamento não-presencial:**

Sabe-se que muitas Unidades de Saúde apresentam dificuldades estruturais e em relação ao número de pessoas por equipe. No entanto, é possível mesmo nessas US ou nas que têm uma situação mais estável, avançar muito em relação ao agendamento. Isso já ocorre em Curitiba, onde algumas US já agendam consultas por telefone.

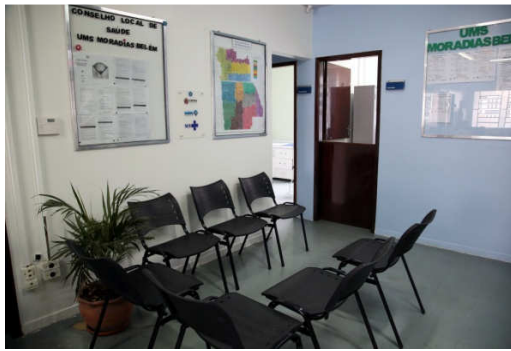
Estudos apontam a possibilidade do contato não presencial entre a população e sua equipe de saúde, para aumentar o acesso e vínculo por meio telefônico e correio eletrônico (email). Entre as vantagens destacam-se a agilidade no agendamento de consultas, fornecimento de informações, promoção da continuidade da assistência, menor circulação de pessoas na US, entre outras (PONTE, 2011; PINHÃO *et al.*, 2009).

Propostas para implantar outras formas de agendamento:

- Disponibilização de agendamento de consultas por telefone;
- Disponibilização de e-mail institucional:
  - e-mail da equipe Saúde da Família (médico e enfermeiro);
  - e-mail para a equipe de Saúde Bucal;
- Disponibilização de *chat* (diálogo entre profissionais da US/DS/DAPS)

Algumas Unidades de Saúde do município têm realizado inovações interessantes em relação à forma de

agendamento de consultas, ao fluxo da população, ao papel do enfermeiro no atendimento, entre outras. Veja abaixo o relato do trabalho de algumas delas.



## **Fila zerada, atendimento rápido: experiência da US Moradias Belém**

A Unidade de Saúde Moradias Belém no Boqueirão conseguiu zerar sua fila para consultas médicas, por meio da mudança no sistema de acesso dos usuários. Trabalhando com Estratégia de Saúde da Família, no mês de maio de 2013 a médica Maria da Graça Araújo Garcia inovou no atendimento, acabou com o pré-agendamento de suas consultas, para priorizar os atendimentos de urgência e a procura espontânea.

“Sempre me angustiou trabalhar com 80% da minha agenda repleta de consultas pré-agendadas. O paciente tinha que esperar dois ou três meses por uma consulta. Sempre tive a intenção de trabalhar com a agenda aberta e essa gestão da Secretaria Municipal de Saúde me possibilitou isso. Hoje tenho no máximo oito consultas agendadas, quatro em cada período. No restante do dia, atendo as pessoas que precisam do médico naquele dia”, conta Maria da Graça.

De acordo com a gerente da Unidade de Saúde Christiane Cherpinski, todos os funcionários ficaram motivados e a mudança foi estendida às demais equipes da US. Cada um dos quatro médicos reserva oito consultas para atender principalmente pacientes que precisam de um retorno programado e as gestantes. “Ainda estamos no início do processo, mas já conseguimos atender 100% da nossa demanda. Cada equipe cuida dos pacientes da sua microrregião, com dias para atendimento domiciliar. Nossa agenda já melhorou e hoje, conforme a condição clínica do paciente é

possível agendar a consulta de um dia para o outro”.

### **Equipe de enfermagem**

Segundo Maria da Graça, o trabalho das enfermeiras e auxiliares de enfermagem da equipe também é fundamental para o sucesso da mudança no acesso da população. A enfermagem é responsável por fazer avaliação ou recepção do paciente e, em muitos casos, encaminha para a enfermeira ou outros profissionais, ou supre a necessidade do usuário.

Outra mudança foi a extinção de dias específicos para o atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas. “Antes trabalhávamos com o dia do hipertenso, do diabético. Hoje, as auxiliares de enfermagem são responsáveis por esses pacientes. Hoje ocorre o monitoramento dos pacientes crônicos pela equipe de enfermagem (auxiliar de enfermagem ou enfermeiro). Caso contrário, eu marco uma consulta, mando uma cartinha através da agente de saúde e, se necessário, vou até a casa do paciente verificar o que está acontecendo”, ressalta Ketemen Lucy Cardoso, auxiliar de enfermagem.

“No início tínhamos muitas reclamações do novo modelo de atendimento, mas isso é normal. Temos que mostrar para o usuário que está dando certo. Hoje escutamos muito mais elogios do que críticas, e isso motiva toda a equipe”, afirma Christiane.

### **Integração e reconhecimento da comunidade: experiência da US Santa Quitéria**

A Unidade de Saúde Santa Quitéria I passou a atender pela Estratégia de Saúde da Família. Apesar da resistência inicial, tanto dos usuários quanto dos funcionários, quatro meses depois da mudança é perceptível a integração entre as equipes, fato que gera resultados e reconhecimento entre os usuários.

“Dividimos nossa área de abrangência, e nossa maior surpresa foi quando os usuários começaram a procurar a sua equipe pelo nome. Ali percebemos que o vínculo foi criado”, comemora Luiza Reikdal Moreira, gerente da Unidade de Saúde.

De acordo com a enfermeira Débora Leite, um dos problemas enfrentados no início foi conseguir resgatar a confiança no trabalho dos profissionais de enfermagem, que deixaram o papel burocrático para assumir a função clínica. “Quando vinham até nós, não acreditavam que pudéssemos resolver o problema. Mas aprovaram quando viram que coletávamos o preventivo, solicitávamos exames e agilizávamos o processo de atendimento”, comenta.

No novo sistema, o usuário já é acolhido na recepção. Após passar por um atendimento da equipe, ele é encaminhado para a odontologia, para que a saúde bucal também seja acompanhada. Outro diferencial são os cartões de visita das equipes de saúde, com o nome e função de cada profissional para entregar à população.

“Atendemos públicos bem distintos. Desde moradores de áreas de invasão, até aqueles que têm bom poder aquisitivo. Cada um traz a sua realidade e vamos nos

adaptando. Nas dificuldades todo mundo se ajuda”, ressalta Debora.

## REFERÊNCIAS

1.KNIGHT,A.;LEMBKE,T.**Appointment s 101 How to shape a more effective appointment system.** Australia, Rev..AFP, v.42, n.3, p: 152-56, 2013.

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

3.PONTE,C. **A utilização do correio electrónico na comunicação com os utentes da USF Porta do Sol.** Lisboa, Rev. Port.Clin.Geral, v. 27, p:274-80, 2011.

4.PINHÃO, R.; CALISTO, M.; PIMENTEL M.A. FERNANDES R. Implementação da comunicação **médico-doente via endereço electrónico na consulta de MGF.** Lisboa, Rev.Port. Clin. Geral, v. 25, p:634-8, 2009.

5.STARFIELD,B. **Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.**Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

**PARA APROFUNDAR – O ARTIGO CITADO COMO REFERÊNCIA:**  
MURRAY, M.; BERWICK, D. **Advanced access: reducing waiting and delays in primary care.** EUA, Rev. JAMA, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

### **Acesso Avançado**

Reduzindo filas e demoras na Atenção Primária à Saúde (tradução livre adaptada)

Demora no cuidado é uma característica persistente e indesejável dos atuais sistemas de saúde. Embora as filas pareçam ser inevitáveis e relacionadas aos recursos limitados, geralmente não são. Antes, geralmente são o resultado de um agendamento e de alocação de recursos irracionais. Aplicação da teoria de *queuing* e princípios da engenharia industrial, adaptados apropriadamente aos cenários clínicos, podem reduzir substancialmente a demora, mesmo em pequenas clínicas (unidades de saúde), sem requerer recursos adicionais. Um modelo, algumas vezes referido como *acesso avançado*, tem cada vez mais demonstrado reduzir as filas de espera na APS. O princípio nuclear do acesso avançado é que o paciente que solicita agendamento de consulta médica (equipe) recebe uma vaga no mesmo dia. Acesso avançado não é sustentável se a demanda de pacientes por consulta é permanentemente maior do que a capacidade médica (equipe) de oferecer consultas. Seis elementos do acesso avançado são importantes nessa aplicação: balancear oferta e demanda, reduzir acúmulo ou sobreposição, reduzir a variedade de tipos de agendamento, desenvolver planos de contingência para circunstâncias não usuais, trabalhar para ajustar o perfil da demanda, e aumentar a disponibilidade de recursos para os gargalos. Embora esses princípios sejam poderosos, eles vão contra crenças e práticas profundamente estabelecidas nas organizações de saúde. Adotar esses princípios requer investimento em liderança forte e suporte.

Dois objetivos centrais da APS são o acesso e continuidade do cuidado. Muitas clínicas de APS (unidades de saúde) estão lutando para atingir esses objetivos, engolidas aparentemente por uma demanda excessiva de pacientes para consultas e procedimentos desordenados para triar para agendas abarrotadas. Muitas vezes, pacientes não conseguem ver seu próprio médico de família e comunidade (ou equipe de APS) no momento apropriado, resultando em demora no cuidado e quebra na continuidade paciente-médico (equipe).

Para confrontar esse problema, muitas pequenas e grandes clínicas de APS (unidades de saúde) na Europa e nos EUA iniciaram uma abordagem conhecida como *acesso avançado*, *acesso aberto*, ou *consultas do dia*. Tecnicamente, agora é possível encontrar expectativas para um cuidado essencialmente livre de espera. Surgem

vários exemplos de organizações de cuidado primário e pequenas clínicas (unidades de saúde) que reduziram significativamente as filas sem recursos adicionais.

Neste quinto artigo da série Inovações em Atenção Primária à Saúde, nós explicamos o modelo de acesso avançado. O artigo apresenta estudos de caso de clínicas de APS (unidades de saúde) que instituíram o acesso avançado e discute as armadilhas que podem fazer descarrilar a inovação.

### **Problema do Acesso Inadequado**

*O Sr. W tem uma dor abdominal. Após comer, uma onda de cólicas se espalha no abdome inferior. Ele não teve diarreia, vômito ou melena. Telefonando para sua clínica de APS (unidade de saúde), ele foi avisado que a próxima consulta disponível seria em 3 semanas; se seu problema fosse urgente ele deveria ir a uma emergência. Sr. W gosta do seu médico de família e comunidade (equipe de APS) e odeia a emergência. Uma vez ele esperou 6 horas em uma emergência e foi embora com nada mais do que uma declaração, dizendo que ele deveria procurar seu médico. Sr. W continuou com dor por 3 semanas. Quase sem poder comer, perdeu 4 quilos. Quando chegou o dia da consulta, seu médico de família e comunidade encontrou uma massa abdominal que provou ser um abscesso diverticular com obstrução parcial.*

Filas e demoras em sistemas de saúde tem sido um problema por vários anos. O estudo de 1999 Kaiser Family Foundation com adultos com menos de 65 anos, encontrou que 27% das pessoas com problemas de saúde tinham dificuldade em obter acesso apropriado a um clínico. Quarenta por cento das visitas às emergências não são urgentes. Muitos procuram as emergências devido à impossibilidade de obter uma consulta na APS. De 1997 a 2001, o percentual de pessoas que relataram dificuldade para obter uma consulta no tempo apropriado cresceu de 23% para 33%. Em 2001, 43% dos adultos com uma condição urgente, relataram que tinham dificuldades para obter um cuidado tão rápido quanto precisavam. Um estudo com mulheres em 2001 encontrou que 28% das mulheres com a saúde frágil reportaram atraso no cuidado ou falha em obter uma consulta no tempo apropriado. Em seu relatório seminal *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, o comitê do Instituto de Medicina em qualidade do cuidado na América designou “menos fila” como 1 de 6 “objetivos para melhorar” o cuidado de saúde.

Muitas clínicas de APS (unidades de saúde) estão em um estado de desordem por causa de agendas sobrecarregadas. Recepcionistas podem levar 10 minutos no telefone negociando horários na agenda com pacientes, causando intermináveis esperas para pacientes na recepção. Conforme o dia avança, a pilha de mensagens na mesa do médico (equipe) aumenta conforme os pacientes insistem em falar com



seu médico(equipe). Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e administrativos são consumidos na triagem, preocupados em determinar a urgência do problema do paciente. Pacientes com problemas que soam urgentes são agendados no horário do almoço ou no final do dia. A tarefa de retornar os telefonemas dos pacientes que não puderam ter suas consultas agendadas por causa das agendas lotadas faz o dia do médico (enfermeiro) parecer interminável. Ao instruir recepcionistas para reagendar um paciente com diabetes para 30 dias, médicos são avisados que não há vagas abertas para essa época. Um médico descreveu a recepção como uma zona de guerra, com pacientes e recepcionistas lutando por vagas na agenda. É difícil julgar quem está mais estressado e insatisfeito – paciente, recepcionista ou médico (equipe).

### **Fundamentos Científicos da Redução da Espera**

Apesar das crenças largamente difundidas do contrário, filas, demoras e acesso restrito raramente são sintomas de recursos inadequados. Análise da maioria das filas demonstra problemas em combinar a capacidade do médico (equipe) em oferecer consultas para a demanda do paciente no dia a dia, mais do que uma absoluta falta de capacidade. Usando princípios da engenharia de produção e teoria *queuing*, sistemas de saúde podem reduzir ou eliminar esperas sem adicionar recursos.

Apesar das crenças generalizadas para o contrário, esperas, atrasos, e acessos restritos raramente são sintomas de recursos inadequados. Análise da maioria das esperas revela problemas em combinar capacidade médica para oferecer consultas com a demanda de pacientes para consultas em uma base de dia a dia, ao invés de uma absoluta falta de capacidade. Utilizando princípios de engenharia industrial e teoria de filas, os sistemas de saúde podem reduzir ou eliminar os atrasos sem adição de recursos. Embora estes princípios de gestão sejam racionais e avançados, infelizmente, nem sempre é fácil aplicar em ambientes de cuidados de saúde.

As principais barreiras são de natureza psicológica, pois contrariam os princípios e crenças profundamente arraigados sobre sistemas de agendamento e que podem ser alcançados com os recursos disponíveis. As maiores barreiras são o medo da mudança e a falta de confiança de que os recursos existentes podem atender a demanda de atendimento. Muitas vezes, os médicos pensam que eles precisam de seus sistemas de agendamento para protegê-los da iminente demanda, e que eles vão ficar sobrecarregados se tentarem atender a demanda de cada dia, em um dia. Eles apontam para as suas pendências e longas jornadas de trabalho para provar isso.

Empiricamente, no entanto, é geralmente o caso em que as práticas de oferta absoluta e demanda absoluta são bem adaptadas, apesar de fortes convicções para o contrário, e não ficando com a evidência de longas filas. Na verdade, o comprimento das filas, na maioria dos sistemas de cuidados de saúde permanece estável em certo número de semanas ou meses, em vez de crescer sem limite, como fariam se o fornecimento fosse absolutamente insuficiente.

Para entender o acesso avançado, é útil primeiro entender as duas abordagens alternativas existentes para a gestão da demanda, o modelo tradicional de saúde e o modelo *carve-out*, e o porquê de falharem com tanta frequência.

### **Modelo Tradicional: Conheça demanda urgente agora e conheça a demanda não-urgente mais tarde**

O modelo tradicional estratifica a demanda de agendamento em duas vertentes: urgente (no mesmo dia) e não urgente. Parece lógico que num sistema estressado, cheio de atrasos, devem-se atender as necessidades mais prementes para cuidar rapidamente, mesmo que isso requeira uma rotina de reunião em algum momento no futuro. Neste modelo, o paciente normalmente contata a recepcionista, que determina a urgência da situação clínica e checa com uma enfermeira ou médico para aprovação de trazer o paciente de uma agenda já cheia, muitas vezes com uma duplicidade de reserva para um agendamento de *slot* (encaixe). Se a agenda está saturada, a prática pode enviar o paciente a outro lugar para ajuda imediata, para uma clínica de atendimento de urgência ou emergência.

Os atrasos são o resultado de incompatibilidades, geralmente temporárias, entre a oferta e demanda. O modelo tradicional piora a incompatibilidade, reduzindo o fornecimento. Em curto prazo, o sistema desvia tempo potencialmente produtivo de médicos, recepcionistas e outros, nos processos de não cuidados de tomada de decisão e de triagem. A longo prazo ele desvia o pessoal no processo demorado de gestão, de um atraso intencionalmente criado, como fazer chamadas de lembrete ou arquivamento e recuperação de listas para consultas futuras.

Além disso, o modelo tradicional aumenta artificialmente a demanda em várias maneiras. Primeiro, uma consulta urgente geralmente aborda apenas um dos problemas do paciente (o que é urgente), não tendo a oportunidade de conhecer diversas necessidades em uma única consulta. Em segundo lugar, os pacientes encaminhados para outras configurações de cuidado imediato, muitas vezes, querem ver o seu médico (equipe) de referência para ter tranquilidade e dar seguimento mais tarde. Os médicos do departamento de clínicas de cuidados urgentes de emergência

muito responsabilmente dizem aos pacientes: "contate o seu médico na parte da manhã", convertendo assim a necessidade de uma visita em necessidade de duas visitas. Em um local, 49% dos pacientes vendo um médico desconhecido fizeram uma visita de retorno.

Como a maioria dos médicos e como muitos pacientes já se sentem frustrados e irritados, dizem em voz alta para a equipe de saúde, o modelo tradicional não funciona bem.

### **Modelo *Carve Out*: prever a demanda urgente e reservar tempo para conhecê-la**

Os médicos(equipes) às vezes procuram alívio, substituindo o modelo tradicional pelo modelo *carve-out*, que reserva o tempo de atendimento de urgência com antecedência. O modelo *carve-out* funciona melhor do que o modelo tradicional, mas tem seus próprios problemas. Em algumas formas de reserva do modelo *carve-out*, a oferta de atendimento de urgência, designando um "médico de triagem do dia" ou "Jeopardy doc.", os pacientes com necessidades de cuidados urgentes podem ver alguém, mas geralmente não o seu próprio médico(equipe), que põe em ameaça o cuidado e cria a mesma demanda artificial para visitas de retorno extra com o médico(equipe) de referência do paciente como o modelo tradicional faz. Outro modelo *carve-out* anula agendamentos de cada médico, muitas vezes, reservando mais tempo para o modelo *carve-out* do que é estritamente necessário para atender a demanda agregada, levando, assim a demanda não urgente para o futuro.

Modelos *carve-out* criam hábitos disfuncionais que impedem ainda mais a correspondência precisa da oferta e da demanda. Práticas clínicas que utilizam modelos *carve-out* freqüentemente desenvolvem vastos sistemas informais para "roubar" os agendamentos reservados para pacientes com problemas urgentes e outras necessidades especiais, por vezes administrados, como um elaborado sistema de favores. Decisões de triagem são muitas vezes erradas, desde o bem preocupado que pode ter situações urgentes, enquanto o doente resignado não.

Em ambos os modelos de acesso atrasado, os pacientes rotulados como não urgentes podem ser descritos como nadando em um lago. Alguns dos pacientes nadam tranquilamente quando eles pisam na água à espera de sua consulta médica. Outros têm necessidades que levam a espirrar em torno ruidosamente, chamando para um compromisso mais cedo, indo para o serviço de emergência, pedindo consultas de especialidade e prescrições por telefone, ou aparecendo como mergulhando.

### **Modelo Acesso avançado: fazer o trabalho de hoje, hoje**

Hoje o modelo de acesso avançado, que tenta eliminar o atraso do agendamento, drena o lago. De acordo com este modelo, os pacientes chamados para ver o seu médico(equipe) são agendados para o mesmo dia. Nos sistemas tradicionais de nomeação, os pacientes podem ver um médico desconhecido, mesmo que seu próprio médico esteja presente, porque a agenda de consultas do médico de sua referência está lotada. Os benefícios comprovados da continuidade dos cuidados estarão perdidos. O novo modelo pode melhorar a continuidade porque todos os médicos/enfermeiro têm agendamentos disponíveis.

No sistema de programação, incluindo o acesso avançado, pode funcionar se um médico/enfermeiro tem muitos pacientes. Demanda de pacientes para visitas e capacidade do médico/enfermeiro em agendar visitas deve estar em equilíbrio. O acesso avançado pode funcionar bem, mesmo se a demanda exceder a capacidade em um determinado dia, mas se a procura excede a capacidade permanentemente, nenhum sistema vai funcionar, nem o modelo tradicional, o modelo *carve-out*, nem o modelo de acesso avançado.

O acesso avançado rejeita a idéia sedutora de classificar a demanda em duas filas, de rotina e urgência. O objetivo do projeto principal de um avançado sistema de acesso é fazer o trabalho de hoje, hoje. Nesse sentido, o acesso avançado usa as mesmas idéias como os métodos de fluxo de uma peça, engenharia *just-in-time*, ou pensamento enxuto que agora é padrão em indústrias de manufatura e serviços mais modernos.

O avançado modelo de acesso demanda os agendamentos pelo tipo de médico e não por urgência clínica. A questão crucial para a atribuição de agendamentos é simplesmente: "É o seu médico de referência aqui hoje?" Neste modelo, cada médico/enfermeiro consegue diariamente demandas dos seus próprios pacientes para as consultas, sem levar em conta a urgência. Algumas demandas são empurradas para o futuro, incluindo visitas para os pacientes que recusam a oferta de um compromisso hoje, e para os pacientes que são vistos hoje e precisam voltar em algum futuro definido. Geralmente, no entanto, esses adiamentos de demanda não são defeitos, mas escolhas deliberadas.

A teoria das filas demonstra formalmente como longas esperas podem existir mesmo quando a oferta adequada existe. A relevância matemática está além do escopo deste artigo, mas, qualitativamente, a resposta está na variação da demanda. Uma prática de consultório pode ter oferta suficiente para atender à demanda, mas porque traz um acúmulo de um mês da demanda, a média de espera para uma consulta é de um mês e o jogo de oferta e demanda de um mês mais tarde. No acesso avançado, a adequação da oferta à procura é um processo dinâmico, não estático. A

estrada pode ter cabines de pedágio suficientes para o número médio de veículos que passam por minuto e ainda ter longos engarrafamentos na hora do *rush*. Os engarrafamentos não provam que a capacidade está acima de tudo insuficiente, mas sim, que o perfil temporal de capacidade não corresponde ao perfil temporal de demanda.

Acesso avançado tenta fechar essa lacuna íntima entre a oferta e a demanda, por toda a demanda, da rotina, bem como a urgente. Para isso, adota a estratégia oposta a que é inerente aos outros dois modelos. Enquanto que os outros dois modelos protegem a capacidade de corrente, empurrando uma grande parte do trabalho de hoje para o futuro, o modelo de acesso avançado protege a capacidade futura puxando todo o trabalho atual para o presente. A definição de presente nesta estratégia depende do contexto clínico. Para uma unidade de cuidados de saúde primários, o período de tempo útil é hoje: "Fazei o trabalho de hoje, hoje." Para a prática da especialidade é necessário o dizer: "Fazei o trabalho desta semana, esta semana."

Um departamento de emergência ou sala de cirurgia pode precisar encurtá-lo: "Fazei isto nesta hora de trabalho, esta hora." Nos melhores modelos de acesso avançado, o espaço em um cronograma de amanhã é o resultado de fazer o trabalho de hoje, hoje.

Muitos médicos de cuidados primários não trabalham todos os dias. O paciente liga para solicitar uma consulta com um médico e se ele não se apresentar esse dia, deve ser dada a opção de ver outro médico hoje, ou esperar para agendar uma consulta com o seu médico no final da semana. O paciente pode, então, equilibrar o valor de continuidade no tratamento pelo valor de competir acesso imediato.

No modelo de acesso avançado devem ser dadas as informações. Antes de implementar a reforma, locais de prática (unidades de saúde) devem ter uma sólida compreensão do tamanho de sua população de pacientes, o nível de demanda do paciente para consulta, e o número de espaços disponíveis para o agendamento. Estes dados podem ser calculados usando as informações do sistema para determinar se a demanda e a capacidade estão em equilíbrio. Depois de atingir compromissos no mesmo dia, as medições diárias de agendamento e disponibilidade - terceiro próximo compromisso disponível, e futuro aberto da capacidade- são obrigados a manter e institucionalizar a reforma.

No modelo de acesso avançado, a proporção de uma agenda pessoal de um médico/enfermeiro que é aberta (isto é, nenhum dos doentes com reservas de antecedência) no início de cada dia de trabalho clínico, aumenta substancialmente. Considerando que os horários nos modelos tradicionais e de dissociação geralmente

têm menos do que 10% de agenda aberta no início do dia; no acesso avançado, a proporção de agenda aberta no início de cada jornada de trabalho sobe para cerca de 50%. A meta de 50% de consultas abertas pode não ser viável para médicos/enfermeiros com muitos pacientes idosos ou muitos pacientes com doenças a longo prazo que necessitam de consultas pré-agendadas. No entanto, se a capacidade total excede a demanda, o acesso avançado vai ter sucesso mesmo em tais circunstâncias.

Ao oferecer a todos os pacientes uma consulta hoje, o modelo praticamente elimina a função de triagem, liberando o pessoal para outras tarefas e reduzindo interrupções médicas/enfermeiros e telefonemas de retorno. A taxa de "noshows" vai para baixo, evitando os impasses que são o resultado de *overbooking* (agendamento além da oferta), intencional de compromissos na expectativa de uma alta taxa de faltas. Pela primeira vez em audiência sobre acesso avançado, alguns médicos pensam que a demanda de pacientes para consultas se tornará insaciável, criando mais e mais trabalho a cada dia. Na verdade, sistemas que implementaram o acesso avançado descobriram que a demanda de pacientes diminuiu, simplesmente porque os pacientes são mais frequentemente capazes de ver o seu próprio médico(equipe).

## **FAZENDO O ACESSO AVANÇADO FUNCIONAR**

As táticas de acesso avançado são em geral de três tipos: (1) reduzir o tempo de intervalo quando a procura é apresentada e quando é satisfeita, (2) reduzir adequadamente, ou moldar a procura e (3) aumentar apropriadamente o fornecimento, em especial o abastecimento de gargalo. Para implementar o sistema, a maioria das práticas médicas deve fazer seis mudanças específicas.

## **EQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E DEMANDA**

Acesso avançado melhora a alocação da oferta à procura, fazendo melhores previsões de ambos e, em seguida, agindo de acordo com as previsões. Isto requer práticas de medir a demanda, desconhecida na maioria das unidades clínicas(de saúde).

Alguns sistemas tentam medir a demanda retrospectivamente: "Quantos pacientes vimos na terça-feira de manhã? "Infelizmente, medidas retrospectivas avaliam o fornecimento e não a demanda, pois ambos os modelos, o tradicional e o *carve-out* forçam a demanda natural em agendas artificiais.(buscar outros caminhos).

Padrões históricos de encontros são substitutos imprecisos de verdade, a demanda subjacente. Para ser exata, a demanda deve ser medida de forma prospectiva, que exige inquérito e manutenção de registros sobre o que os pacientes realmente procuram (procura externa), e o que os seguimentos das consultas do acompanhamento clínico na verdade pedem (demanda interna).

Medir a oferta é mais fácil do que medir a demanda. Quanto tempo clínico há disponível? Quais unidades de serviço podem fornecer clínicos? O conhecimento da demanda e da oferta real permitem práticas para reduzir as diferenças entre os dois, por realocar consultas de retorno de uma forma que suaviza o fluxo global de demanda. Médicos terão de ajustar seus horários de tal forma que, por exemplo, mais médicos estarão disponíveis às segundas-feiras, o dia da semana, quando a demanda de paciente é a mais alta.

### **Trabalho efetuado pela Backlog**

A maioria das práticas é muito presa, fazendo trabalho do mês passado hoje, ao invés de ser capaz de adotar imediatamente o princípio de fazer o trabalho de hoje, hoje. Para conseguir o acesso avançado, a prática deve eliminar o atraso que se acumulou, devido à estratégia de empurrar a demanda no futuro.

A redução de *backlog* (acúmulo) não é uma característica permanente de acesso avançado, é o primeiro tempo, o passo inicial para limpar as agendas para o novo sistema. Eliminar o atraso não envolve magia, exige a tática temporária de fazer mais trabalho a cada dia que é gerado internamente ou externamente para esse dia. Capacidade de adicionar temporariamente (por meio de sessões extras, *locum tenens*, ou horas de trabalho estendida) é a abordagem mais para frente em linha reta.

Por exemplo, uma prática que vê 50 pacientes por dia, pode eliminar um acúmulo ao longo do mês de futuros agendamentos, vendo temporariamente um extra de 25 pacientes por dia, por um período de 2 meses. Outras estratégias para a eliminação de um *backlog* incluem o uso de formas alternativas de abastecimento, tais como ligações telefônicas, interações por e-mail, ou referências externas. Não importa que ferramentas sejam utilizadas, eliminar o atraso requer inevitavelmente um investimento a mais de recursos, um forte apoio de liderança e incentivos racionais.

### **Reduzir o número de tipos de agendamentos**

Como se observa, em modelos de acesso avançado, a questão-chave para a gestão da demanda é: "o médico de referência(equipe) do paciente está presente hoje?" Se

sim, os pacientes serão atendidos hoje. Se não, o paciente pode, de acordo com a sua preferência, ser visto hoje por outra pessoa ou pelo médico de referência em uma data futura. Algumas práticas estabelecem dois encontros para o agendamento, o desenvolvimento de uma sugestão simples para distinguir entre as consultas curtas e longas, o cronograma será mantido simples e flexível, combinando dois encontros curtos quando um longo encontro é necessário.

### **Desenvolver planos de contingência**

Os planos de contingência são necessários para manter a oferta e a demanda em equilíbrio em uma base diária, apesar das variações inevitáveis em qualquer um. Algoritmos de escalonamento que funcionam bem na maioria das vezes irão falhar em circunstâncias especiais; tais circunstâncias exigem plano B.

A demanda por consultas de surtos nessas ocasiões, como exames de retorno às aulas, estação de gripe, o dia de Ação de Graças, e os dias seguintes às férias de médicos/enfermeiros. Embora estes surtos possam interferir com o dia de trabalho de hoje se não forem bem geridos, unidades clínicas (de saúde) podem prever, mas a demanda cresce e responde restringindo consultas pré-agendadas e aumentando a capacidade clínica sobre aqueles dias. O abastecimento pode variar também ainda mais com a demanda, devido às férias do provedor, doenças e ausências para participar de reuniões profissionais. Se o aumento da defasagem é devido ao aumento da demanda ou de oferta reduzida, as práticas clínicas precisam adotar métodos inovadores, tais como receitas pelo telefone, sistemas para lidar com o fim do dia, dividindo o trabalho dos médicos/enfermeiros ausentes, e expandir o uso dos clínicos não médicos.

### **Reduzir e moldar a demanda por visitas**

Reduzir e moldar a demanda também pode facilitar uma melhor adequação da oferta às demandas. Entre as estratégias de redução da demanda mais poderosas nos cuidados de saúde em ambulatório, é a continuidade do provedor. A experiência de muitas práticas de cuidados primários de alcançar o acesso avançado demonstra que a demanda total de visitas cai quando os pacientes vêem seus médicos (equipe) de referência. Outras estratégias para reduzir a demanda incluem a maximização da eficácia de cada consulta, cobrindo várias questões em primeira sessão (algumas práticas chamam isso de *max-packing*), utilizando o telefone ou e-mail em vez de consultas para responder às perguntas dos pacientes e fazer o seguimento do



cuidado, desenvolvendo atendimentos médicos em grupo, e aumentando os intervalos entre as visitas de retorno para pacientes com doenças crônicas. Muitas consultas são de retorno de exames convencionais anos sem evidências de seu efeito sobre os resultados clínicos. Proporcionar aos pacientes e famílias a orientação de assistência domiciliar e materiais de referência pode ajudar a reduzir o número de solicitações desnecessárias para o cuidado de forma segura e eficaz.

### **Aumentar a oferta efetiva**

No fluxo de rotina dos serviços de saúde, como em todos os sistemas, uma única restrição de limitação de velocidade ou "gargalo" determina o rendimento do sistema. Identificar e otimizar o uso do recurso gargalo ajuda a reduzir os atrasos. No atendimento ambulatorial, o recurso de gargalo é quase sempre o tempo dos médicos. O modelo de acesso avançado tenta maximizar a eficiência de transferência de tarefas dos médicos(equipe) que podem ser feitas por outra pessoa. Isso significa dar maiores níveis de responsabilidade, sob bem concebidas diretrizes, para o pessoal não-médico. Algumas práticas podem ser associadas aos cuidados do médico de família com o cuidado de uma equipe de enfermagem, educadores de saúde, médicos-assistentes e outros profissionais, para visitas de retorno na qual a relação médico(profissional)-paciente está bem estabelecida e o plano de tratamento claramente delineado.

## **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE MEDIDAS PARA ACESSO AVANÇADO.**

### **Demanda**

O número de chamadas de pacientes para consultas durante um dia (independentemente de quando estes agendamentos estão programados), mais o número de interrupções no consultório, mais o número de consultas de acompanhamento geradas por médicos (equipe) no local de prática. A procura pode ser estimada por manter diariamente os registros, o que nem sempre é fácil de medir.

### **Capacidade**

O número de agendamentos por dia para cada clínico, multiplicado pelo número de clínicos. A capacidade pode ser subdividida de acordo com médico clínico, não-médico de família ou pediatra praticante ou regulador.

### **Tamanho do Painel**

Por vezes utilizada para estimar a demanda. Em uma prática de cuidados primários é o número de pacientes sob responsabilidade desse médico(equipe). Em *fee-for-service* (pagamento por produção) e práticas mistas, ele é definido como todos os pacientes atendidos por um médico(equipe) nos últimos 18 meses. Diante de um painel de média por paciente, não excessivamente ponderado com os idosos e doentes crônicos, cerca de 0,7% a 0,8% do painel irão solicitar um agendamento. Para um painel de 2500, significa 17 a 20 ligações diárias. Para painéis com pacientes de alto risco, a demanda aumenta consideravelmente, uma realidade que limita a utilidade de medir o tamanho do painel para prever a demanda.

Na taxa-por-serviço e as práticas mistas, ele é definido como todos os pacientes atendidos por um médico nos últimos 18 meses (12 meses parece subestimar, e 24 meses para overcount tamanho do painel) cerca de 0,7% a 0,8% do painel irá chamar para um compromisso no dia.

### **Terceiro próximo compromisso disponível**

Esta estatística é utilizada para medir o número de dias em que um paciente tem que esperar para conseguir um agendamento. A terceira próxima consulta disponível é um marcador sentinela. A consulta é utilizada em vez de outro tipo de indicação, porque é normalmente a última programada. Se o acesso ao agendamento melhora, melhora a disponibilidade. O terceiro compromisso é caracterizado porque a primeira e segunda consultas disponíveis podem refletir aberturas criadas por pacientes, cancelamento de compromissos e, portanto, não medir com precisão a verdadeira acessibilidade. Esta medida é facilmente obtida, diariamente ou semanalmente, pela recepcionista, enquanto a contagem do número de dias até uma abertura para o terceiro próximo compromisso de consulta é programado.

### **Capacidade do futuro aberto**

É o número de consultas abertas, dividido pelo número total de blocos de compromissos sobre as 4 semanas seguintes. No sistema no qual o acesso avançado é utilizado, alguns médicos têm uma proporção de 80% a 90% de agenda disponível, enquanto que muitos tem pacientes pré-agendados em proporções de somente 10% a 15% da agenda disponível. Painéis com pacientes jovens e saudáveis podem atingir 90% dos agendamentos abertos, enquanto as práticas geriátricas e de recém-nascidos terão porcentagens mais baixas.

### **Continuidade dos Cuidados**

A porcentagem do total de visitas são as visitas ao médico(equipe) de referência do paciente.

## CONCLUSÃO

Longos tempos de espera para atendimento são tão familiares para pacientes e médicos(equipes), que muitos têm se tornado insensíveis a eles ou têm desistido de esperar por algo diferente. Espera, atrasos e acesso diferido para cuidar parecem inevitáveis. Eles não são. Dentro das restrições de recursos atuais, planejados, mudanças racionais na forma como os sistemas de saúde gerenciam a oferta e a demanda podem conseguir grandes melhorias na pontualidade do atendimento, sem aumento da carga de trabalho para os médicos e outros, da mesma forma que as organizações que não são da saúde melhoraram o fluxo de trabalho. **Como o artigo descreve, muitas práticas de cuidados primários têm feito essas mudanças, alguns com sucesso, embora não sem esforço e importantes adaptações locais.** Essas práticas colhem grandes dividendos na forma de maior satisfação dos pacientes, funcionários menos estressados e os níveis de pontualidade e continuidade clínica que não se tinha pensado ser possível. Na gestão do fluxo de pacientes, como no tratamento de doenças, planejamento e projeto de sistema racional bem utilizado podem resolver problemas.

---

## REFERENCES

1. Nolan TW, Schall MW, Berwick DM, Roessner J. Reducing Delays and Waiting Times Throughout the Healthcare System. Boston, Mass: Institute for Health care Improvement; 1996.
2. Goitein M. Waiting patiently. N Engl J Med. 1990; 323:604-608.
3. Waiting patiently [letter]. N Engl J Med. 1991;324: 335-337.
4. National Survey of Consumer Experiences With Health Plans. Menlo Park, Calif: Kaiser Family Foundation; June 2000.

5. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Willets M. The use of hospital emergency departments for non urgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev.* 1995;52:453-474.
6. Strunk BC, Cunningham PJ. *Treading Water: Americans' Access to Needed Medical Care, 1997-2001.* Washington, DC: Center for Studying Health System Change; March 2002.
7. Greenblatt J. *Access to Urgent Medical Care, 2001.* Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. Statistical brief No. 08.
8. *Women's Health in the United States: Health Coverage and Access to Care.* Menlo Park, Calif: Kaiser Family Foundation; May 2002.
9. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Washington, DC: National Academy Press; 2001.
10. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7:45-50.
11. Hall R. *Queueing Methods for Services and Manufacturing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1991.
12. Lippman H. Same-day scheduling. *Hippocrates.* February 2000:49-53.
13. Starfield B. *Primary Care.* New York, NY: Oxford University Press; 1998.
14. Ohno T. *Toyota Production System.* Cambridge, Mass: Productivity Press; 1988.
15. Spear K, Bowen HK. Decoding the DNA of the Toyota production system. *Harvard Bus Rev.* 1999; 77:96-106.
16. Womack J, Jones D, Roos D. *The Machine That Changed the World.* New York, NY: HarperPerennial; 1991.
17. Womack J, Jones D. *Lean Thinking.* New York, NY: Simon & Schuster; 1996.

18. Goldratt E, Cox J. The Goal: A Process of Ongoing Improvement. Great Barrington, Mass: North River Press; 1992.
19. Singer IA. Advanced Access: A New Paradigm in the Delivery of Ambulatory Care Services. Washington, DC: National Association of Public Hospitals and Health Systems; 2001.
20. Noffsinger EB, Scott JC. Understanding today's group visit models. Group Practice J. 2000;49:48-58.
21. Schwartz L, Woloshin S, Wasson J, et al. Setting the revisit interval in primary care. J Gen Intern Med. 1999;14:230-235.
22. American College of Physicians. Complete Home Medical Guide. New York, NY; DK Publishing; 1999.
23. Patel V, Cytryn K, Shortliffe E, Safran C. The collaborative health care team: the role of individual and group expertise. Teach Learn Med. 2000;12:117- 132. Changed the World. New York, NY: HarperPerennial; 1991.