



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ARTHUR FELIPE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

AVALIAÇÃO DA RESOLUBILIDADE DE CONSULTAS RÁPIDAS SEGUNDO PADRÕES
DE TEMPO NO SUS

SÃO PAULO
2020

ARTHUR FELIPE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

AVALIAÇÃO DA RESOLUBILIDADE DE CONSULTAS RÁPIDAS SEGUNDO PADRÕES
DE TEMPO NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VALERIA CALIL ABRAO SALOMAO

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta atualmente um cenário de um número reduzido de profissionais em contraste com uma população crescente e cada vez mais dependente do mesmo, por conta disso entramos em um processo de consultas cada vez mais rápidas para tentar atender a toda a demanda requisitada em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso nos deparamos com profissionais sobrecarregados e uma população infeliz com o atendimento que recebem nas unidades, além de que essa situação acaba muitas vezes por aflorar o estresse de ambas as partes, resultando em conflitos e um acúmulo de insatisfação de todos os envolvidos, tanto trabalhadores da área quanto dos pacientes. Sendo que, dessa maneira, o sistema acaba por transmitir uma falsa sensação de que as unidades conseguem comportar tais volumes de consultas, sendo que na realidade deixa-se de abordar inúmeras necessidades dos pacientes, que acabam por voltar muitas outras vezes pois não houve tempo de se concluir todos os assuntos necessários nas consultas anteriores. Diante desse cenário podemos ver se formar um círculo vicioso onde uma grande parte dos pacientes retornam rotineiramente aumentando cada vez mais a demanda das unidades já sobrecarregadas.

Palavra-chave

Unidade Básica de Saúde. Saúde Pública. Satisfação dos Usuários. Relação Médico-Paciente. Organização e Administração. Doenças do Trabalho

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Atualmente, um dos maiores problemas que encontramos na saúde básica nas unidades de estratégia saúde de família (ESF) é o contraste entre o que significa praticar a medicina com essa metodologia e o tempo hábil que o médico dispõe para poder exercê-la. O fato de a grande maioria das unidades de ESF seguirem o modelo de quatro pacientes para cada hora de atendimento acaba por prejudicar o profissional médico, bem como também prejudica os pacientes que acabam, na grande maioria das vezes, permanecendo com dúvidas ou até mesmo com queixas não atendidas, devido à falta de tempo para trabalhar com todas as necessidades que se apresentariam naquela consulta.

A medicina esperada do médico de saúde da família é justamente baseada no conhecimento de seus pacientes como um todo e não somente em questões biológicas e fisiológicas. Além disto a medicina de família busca justamente quebrar os paradigmas de um médico paternalista e que pressupõe que o paciente não entenderia aquilo que se passa, bem como as situações em que o médico não se dá ao trabalho de informar e conscientizar.

Entretanto esta postura nem sempre é percebida pela população alvo, e, não se pode culpar o médico por estas mudanças ainda não ocorrerem no exercício da medicina de família, pois a maioria das unidades trabalham com consultas de 15 minutos, tornando-se praticamente impossível o médico ter condições de mudar o tipo de atendimento para o que seria o ideal dentro daquilo que compreende a medicina de família.

Não somente a qualidade do atendimento fica prejudicada pelo curto tempo de consulta disponibilizado e pela maneira como a rede é estruturada, mas há também que se considerar as intercorrências que cercam o médico de família durante seu período de trabalho. É praticamente diária a necessidade de o médico de família parar sua rotina para realizar atendimentos extras às pessoas que vão à ESF, as quais, na realidade deveriam ter procurado unidades de pronto atendimento (UPA), isto porque uma grande parte dos pacientes não aturam mais as longas horas de espera nas UPAs e acabam por ir à unidade de ESF buscando resolver suas questões emergenciais de saúde, já que as unidades são obrigadas a recepcioná-los e onde o tempo de espera é menor, mesmo que lá não seja o local ideal para seu atendimento. Isso acaba por drenar ainda mais o já escasso tempo que o médico teria disponível para os pacientes daquele dia, bem como também esgota sua energia que é gasta em atendimentos de pacientes mais complicados e que talvez necessitem de recursos que não são disponíveis na unidade.

Assim sendo, esse efeito “bola de neve” entre ESFs e UPAs acaba por sobrecarregar ainda mais as unidades de ESF que, por sua vez, também já apresentam um número reduzido de profissionais médicos. Inúmeras consultas com um mesmo paciente são feitas em busca de diagnóstico que poderia ter sido descoberto e resolvido em uma anamnese mais longa. Muitos exames são solicitados, muito dinheiro público é gasto e tudo isso poderia ter sido evitado desde que o médico pudesse ter mais tempo com seus pacientes.

Em meio a todo esse problema, tanto o médico quanto o paciente acabam por sofrer com sobrecarga de trabalho e longos períodos de espera para conseguir um bom atendimento, respectivamente. A maneira atual de funcionamento da rede é claramente ineficaz e traz problemas para ambas as partes. O fato de não se contratar uma quantidade ideal de profissionais acaba por obrigar o sistema a encurtar as consultas para poder cobrir

uma parte da gigantesca demanda existente, criando uma ilusão de que a rede é capaz de absorver todos esses atendimentos, quando na realidade, não é.

ESTUDO DA LITERATURA

A medicina de família apresenta como seu cerne uma relação horizontal entre médico e paciente e não uma relação verticalizada com o médico acima das outras pessoas. Para que isso possa ser realidade é um fato lógico que o médico precise certamente de um tempo mais extenso de consulta para poder conversar, dialogar e conscientizar seus pacientes, bem como dispensará mais tempo para poder discutir as opções terapêuticas, já que isso também é uma das propostas dessa medicina com uma relação de maior igualdade entre as partes.

A medicina verticalizada não é mais bem vista e aceita em países desenvolvidos (CAPRARA e FRANCO, 1999), pois não compreende todos os âmbitos da vida de uma pessoa, que pode estar apresentando algum problema de saúde de origem psicossomática, com raiz em problemas de ordem social ou familiar.

É nesse momento em que uma anamnese pautada com calma e sem pressa faz a diferença para poder se fazer um diagnóstico mais preciso e correto. Muitas vezes com menor uso de recursos públicos, já que a demanda por exames e consultas com especialidades poderia diminuir consideravelmente.

Entretanto, na atual forma de manejo de horários e sua demanda, é impossível praticar de maneira eficiente a medicina esperada do médico de família. A carga de consultas preconizada pela grande maioria das unidades sendo, de 4 consultas por hora, ou seja, 15 minutos por pessoa, torna inviável a prática da relação horizontal de médico-paciente, mantendo-se a relação paternalista e verticalizada que deveria ser deixada no passado. Como citado acima, o médico necessita de períodos mais longos de consulta para poder orientar, conscientizar e discutir opções terapêuticas com o paciente, e não existe maneira de realizar tal feito dentro de um período de 15 minutos.

Assim sendo, essas consultas curtas acabam se mostrando ineficazes, uma vez que as queixas da população estarão acumuladas e irão demandar ainda mais recursos e tempo, o que não são disponíveis, já que haverá somente 15 minutos para atendimento. Essa política de consultas curtas acaba por sempre gerar mais e mais consultas, uma vez que o paciente sempre terá necessidades que não puderam ser contempladas na consulta anterior.

O mesmo se aplica para visitas domiciliares (VD), no atual sistema normalmente o médico resguarda meio período de um dia de trabalho, para poder atender os pacientes que não podem ir à unidade, tempo que claramente não é o ideal para atender pacientes de casos tão complexos e também muito necessitados de assistência, é claro que não é possível abordar tudo aquilo que é necessário no pouco tempo em que se passa na casa do paciente, devemos também ressaltar que há necessidade de usarmos parte do tempo da VD para capacitar os cuidadores que estarão incumbidos de cuidar da pessoa acamada.

É perceptível a formação de um círculo vicioso onde consultas curtas acabam por não conseguir dar resolução em todas as necessidades dos pacientes e isso claramente irá gerar nova necessidade de consultas futuras para dar resolução às queixas não resolvidas das consultas anteriores e assim por diante.

As queixas dos pacientes sobre o atendimento médico ser muito rápido, sobre os médicos não explicarem bem sobre sua situação de saúde ou mesmo de não orientarem

corretamente sobre sua terapia são sempre frequentes. Também são comuns as reclamações dos médicos a respeito de que o tempo de consulta é insuficiente para o exercício correto de sua profissão e de que a sobrecarga no número de consultas os impede de conseguir criar o laço médico-paciente necessário à proposta da ESF.

Um estudo realizado em cidades da Bahia (FRANCO, BASTOS, ALVES, 2005) revela e aborda justamente isso, onde foram observados 408 atendimentos médicos e a abordagem da consulta se baseou quase sempre nas condições biológicas, exames físicos e laboratoriais, não abordando as questões de vida do paciente, justamente um aspecto tão essencial e de maior importância na medicina de família. Estas consultas estavam justamente dentro do âmbito das consultas dos 15 minutos preconizados, ou seja, uma consulta de curto período e que não contemplou tudo que é previsto em um atendimento médico de ESF.

Complementando o estudo anterior, pode-se associar um segundo (GOMES, 2012) onde se constatou que existe por parte dos pacientes uma crítica clara em relação a esse tipo de atendimento. Deixaram explícito que isso é muito prejudicial na relação médico-paciente e na formação de vínculo entre ambas as partes. Nesse mesmo estudo quando os médicos foram indagados sobre tal afirmação, eles apontaram claramente o excesso de demanda, número insuficiente de médicos e o tempo escasso de consulta como sendo os aspectos que prejudicam o atendimento mais humanizado e qualificado ao paciente.

AÇÕES

Mesmo com um possível impacto inicial na rotina da unidade, ainda assim o tempo de consulta deveria ser estendido, beneficiando assim, tanto os profissionais médicos, que poderão atuar sem sobrecarga, como também os pacientes, que poderão receber um atendimento mais digno, humanizado e completo

É claro que num primeiro momento as filas aumentariam e muitas pessoas iriam levar mais tempo para conseguir o atendimento desejado, porém, os mesmos pacientes que voltam repetidamente em consulta, justamente por não terem tido tempo de resolver todos os seus problemas nas consultas anteriores, deixariam de se consultar repetidamente, o que resolveria o problema num segundo momento.

Com consultas em tempo reduzido é óbvio que tudo aquilo que levou o paciente a buscar o médico não poderá ser resolvido. Não existe tempo hábil para isso dentro dos 15 minutos disponíveis ao médico e ao paciente. Isso forma o já citado círculo vicioso onde muitos recursos são gastos sem necessidade. Diversas vezes há em que problemas de ordem psicológica causam a sintomatologia do paciente, porém não é possível conversar adequadamente com o mesmo e poder chegar a esse diagnóstico.

Igualmente, pacientes com doenças de ordem biológica também sofrem quando não há tempo suficiente para resolver todas as questões. O paciente continuará com suas enfermidades que não puderam ter resolução nas consultas já feitas e isso claramente se tornará uma nova solicitação de consulta futura, aumentando as já enormes filas.

Justamente por isso que apesar de um início provavelmente turbulento, se o tempo das consultas fosse aumentado, no futuro, os benefícios disso se mostrariam compensadores em relação aos problemas que podem aparecer no começo das mudanças

Além do tempo estendido das consultas, haveria a necessidade de se implantar a mesma metodologia nas visitas residenciais. Estas visitas deveriam ser muito mais detalhadas diante da complexidade que se verifica em pacientes acamados ou de alguma forma impossibilitados de locomoção. O ganho se verificaria rapidamente, pois haveria tempo, inclusive, para informar e preparar os eventuais cuidadores.

RESULTADOS ESPERADOS

Diante de todo o quadro apresentado, o resultado esperado é de médio a longo prazo, mostrando-se compensador em relação aos "efeitos colaterais" de curto prazo ocasionados pelas mudanças necessárias para a adaptação de toda a rotina da unidade.

Mantendo-se o atual formato, no que diz respeito à quantidade de profissionais médicos em cada ESF, a única opção viável será a manutenção dos horários já agendados e o início das consultas mais humanas e completas ao qual nos atemos durante todo o estudo. Entretanto, em um primeiro momento teríamos o acima chamado "efeito colateral", pois a população sempre foi educada a obter consultas em curtos prazos de espera, e sempre sendo atendida quando busca a unidade. A partir do momento que aumentarmos o tempo das consultas, obviamente a disponibilidade para agendamento irá diminuir, causando uma perturbação inicial na população, em vista de que levar-se-á mais tempo para conseguir atendimento médico.

Infelizmente não é toda unidade que possui uma população compreensiva e que irá se manter paciente diante dessa situação em vista do futuro benefício que se obterá por conta das mudanças propostas. Porém todo o possível caos inicial deve ser enfrentado pacientemente tanto pelos profissionais da unidade quanto da população em si. Não há que se esquecer também e principalmente, que para as urgências existem as UPAs. Os benefícios de uma consulta realizada com mais calma e pautada numa longa conversa sempre compensará.

Enfim, após o período de tormenta que se dará à curto prazo chegaremos à calmaria. Assim que a população finalmente estiver readaptada e acostumada ao novo modelo de consultas as vantagens se farão presentes e poderemos dar um atendimento mais digno para a população utilizadora do serviço. O que se espera com esse novo modelo é justamente que, com atendimentos melhores, por conta do maior tempo disponível na consulta, a demanda por atendimento médico irá diminuir gradativamente.

É claro que consultas mais longas, irão abranger melhor as necessidades dos pacientes e isso resultará numa melhor resolução das queixas. Consequentemente não irão gerar consultas futuras para queixas que já foram abordadas e resolvidas, quebrando assim o "efeito bola de neve" da qual discutimos. É uma questão simples de lógica. Mais tempo de consulta dará ao paciente e ao médico mais tempo para abranger mais queixas, e, com todas as queixas resolvidas, não teremos novas consultas para aquilo que já foi tratado.

Como acima preconizado, ressalta-se também o benefício da economia com gastos públicos. A partir do momento em que o médico pode passar mais tempo em consulta com o paciente, pode-se também orientá-lo melhor com relação as suas doenças e condições, fazendo com que os pacientes tenham uma melhora considerável, não sendo mais tão necessários os encaminhamentos para especialidades e às outras áreas da saúde, como nutrição por exemplo. Considerando-se uma consulta de 15 minutos fica claro que não é possível passar todas as orientações necessárias. As consultas curtas do atual modelo geram doenças não abordadas e não tratadas que irão se agravar com o passar tempo, e, no futuro, necessitarão de mais exames, de consultas com especialidades e assim por diante.

Todo esse gasto pode ser prevenido. A palavra é prevenção, o que geraria um grande

benefício aos cofres públicos com grande economia baseada em todos os aspectos acima citados.

Assim sendo, a implantação deste novo modelo trará benefícios aos profissionais de saúde que não serão mais tão sobrecarregados, bem como benefícios ao pacientes que terão um atendimento melhor, mais digno e humano, trazendo também grande benefício aos cofres públicos que poderão economizar muito com procedimentos mais caros, que terão sua demanda muito reduzida não afetando o melhor atendimento clínico realizado na unidade de saúde da família.

REFERÊNCIAS

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 647-654, Sept. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2019

FRANCO, Anamélia Lins e Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa; ALVES, Vânia Sampaio. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 246-255, Feb. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100027&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2019

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al . Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Dec. 2019