



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Gabriel Machado da Costa e Silva

Redução da fila de espera e acolhimento com
classificação de risco: contribuições de um projeto de
intervenção

Florianópolis, Março de 2023

Gabriel Machado da Costa e Silva

Redução da fila de espera e acolhimento com classificação de risco:
contribuições de um projeto de intervenção

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Izabel Jatobá de Souza
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Gabriel Machado da Costa e Silva

Redução da fila de espera e acolhimento com classificação de risco:
contribuições de um projeto de intervenção

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Ana Izabel Jatobá de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: durante o trabalho como médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cecília, no município de Viamão, no Rio Grande do Sul, foi possível identificar o principal motivo de insatisfação dos usuários. Este estava relacionado a necessidade de diminuir a fila de espera para consulta clínica de, aproximadamente, oito meses e de pacientes sem exames atuais que precisariam de uma avaliação clínica complementar fidedigna com dados atualizados. Avaliando essa situação, optei pela diminuição da fila de espera e para isso, foi realizada uma reunião de equipe, para traçar um planejamento através de um projeto de intervenção. **Objetivo:** diminuir a fila de espera das consultas dos pacientes que aguardam consultas de rotina e de retorno há mais de um ano, na ESF Cecília, em Viamão, RS. **Metodologia:** o local de realização do projeto será a ESF Cecília, com o público alvo formado por 50 usuários de saúde que estiverem presentes no dia da intervenção. As intervenções serão realizadas utilizando-se as estratégias de roda de conversa com conteúdo explicativo sobre o acolhimento com classificação de risco, mutirão de consultas e marcação de exames de rotina, para reduzir o tempo nas filas de espera; capacitação com os profissionais da ESF. **Resultados esperados:** espera-se alcançar, com a realização desse projeto de intervenção, ampliação da compreensão da comunidade e da equipe, sobre a importância do acolhimento com classificação de risco e sua contribuição na redução das filas de espera para consultas e exames, favorecendo a longitudinalidade e a integralidade no atendimento.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19

1 Introdução

A população de Viamão, localizada no Rio Grande do Sul (RS) corresponde a 250 mil habitantes aproximadamente segundo dados do IBGE do ano de 2019 (??). Destas, cerca de 20 mil pacientes passam em atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Cecília pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual pertencço. Possuímos uma equipe reduzida e com apenas dois médicos para atender a demanda da população, e seguindo a análise realizada durante a construção dessa monografia, não há disponibilidade e nem contratação por concursos, e nem de contratação de empresas de saúde. Contudo, deveríamos atender uma área com no máximo 3.800 pacientes (BRASIL, 2017a).

Na minha avaliação inicial o fator de maior relevância foi analisar o principal dos problemas enfrentados na unidade de saúde ESF Cecília - Viamão - RS. Nesta avaliação foi possível identificar o principal motivo de insatisfação dos usuários. Este estava relacionado a necessidade de diminuir a fila de espera para consulta clínica de, aproximadamente, oito meses e de pacientes sem exames atuais que precisariam de uma avaliação clínica complementar fidedigna com dados atualizados. Avaliando essa situação optei pela diminuição da fila de espera. Para isso foi realizada uma reunião de equipe no qual foi traçado essa meta a fim de diminuir a fila de espera de oito meses para no máximo dois meses.

Em reunião adotamos as seguintes ações em equipe: foram agendadas consultas de rotina para os pacientes que já estavam com um tempo de espera de mais de um ano de espera. Para tanto foram identificados caminhos para dar início a diminuição da fila:

- Renovar receitas que já estavam vencidas, a maioria já estava em tratamento, mas devido a não renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo os pacientes acabam descompensando.

- Marcar consulta de rotina para pacientes que estavam há mais de oito meses sem uma consulta

Com a identificação do maior problema analisado, traçou-se como foco a resolução do que este seria, qual o maior obstáculo para que a fila de espera diminuísse e houvesse o atendimento dos pacientes consultas de rotina. Após esta análise, determinamos a marcação de consultas dos pacientes que estavam há mais tempo aguardando uma consulta médica, principalmente os idosos com várias comorbidades. Montamos os grupos de Hipertensão para diminuir a maior causa de espera, em especial dos idosos com receitas de medicamentos vencidos sem uma atualização clínica e da prescrição de medicamentos sem orientação de como tomar as medicações.

Acredito que o problema central poderia ser resolvido com uma coordenação mais ativa e participativa por parte dos coordenadores médicos do município. No caso atual temos isso como limitação e que independe da nossa governabilidade e sim da coordenação

do município em fornecer médicos coordenadores com experiência na área e com especialização na mesma, tanto quanto analisar as dificuldades que encontramos e nos ajudar. Na atualidade estamos sem secretário de saúde, prefeito, e os outros cargos de confiança, pois estes estão envolvidos em corrupção, há falta medicamentos, insumos, higienização precária das próprias unidades para atendermos de forma correta e sem maiores riscos de contaminação.

Portanto, esta Monografia abordará a descrição das estratégias utilizadas para diminuir a fila de espera e de como esta impacta sobre a qualidade de vida dos usuários e contribui para o processo terapêutico dos pacientes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir a fila de espera das consultas dos pacientes que aguardam consultas de rotina e de retorno há mais de um ano.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar consultas de rotina para análise de exames de rotina e de controle, em especial dos pacientes dos grupos de Hiperdia compreendidos pelos hipertensos, obesos e diabéticos.

- Implementar grupos de renovação de receitas de controle especial em pacientes com quadro clínico estabilizado.

- Diminuir o tempo de atendimento dos casos em há necessidade de avaliação e de exames de rotina.

- Realizar palestras semanais com os grupo de Hiperdia abordando temas como: alimentação saudável de acordo com cada patologia, uso e importância das medicações prescritas, importância da atividade física na prevenção de agravos e como fator para a qualidade de vida.

3 Revisão da Literatura

As filas de espera por consultas e exames na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um problema recorrente enfrentado por muitos profissionais da saúde em diversos municípios, embora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, a integralidade e a equidade corroborem para a inexistência do mesmo. No Brasil, além do longo tempo de espera para consultas na própria Unidade, há também a espera por consultas especializadas, o que caracteriza uma das barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (??).

As longas filas de espera na Atenção Primária a Saúde (APS), surgem da “existência de barreiras decorrentes dos horários de funcionamento das unidades e dificuldade de atendimento à demanda espontânea” (??, p. 3048). Para os autores ??), esse longo tempo nas filas de espera pode resultar em consequências agravantes para a condição de saúde:

A longa espera pode propiciar o sofrimento do paciente, reduzir as possibilidades de cura, permitir o agravamento das enfermidades ou a extensão das sequelas e até determinar risco de morte. Do ponto de vista socioeconômico, o tempo de espera prolongado provoca impacto no trabalho, por diminuir a produtividade, e no rendimento escolar. Pode, ainda, elevar os gastos dos sistemas de saúde e os gastos individuais, pela necessidade de compra de serviços privados (??, p. 66).

Em números, essa espera na fila pode ser estimada variando conforme a localização do paciente de acordo com o município onde mora. Em uma pesquisa realizada pelo G1 (2018), sobre os problemas do SUS no estado de São Paulo, foi identificado que as longas filas de espera era um dos principais problemas, alguns participantes responderam que esperavam por consulta com médico da família há mais de 35 dias, e com médico especialista entre quatro a seis meses.

Já no estado do Mato Grosso, a pesquisa realizada pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Mato Grosso (ALMT), e de acordo com os dados do SUS referentes a 2019, aponta que o tempo médio para um paciente ser atendido na rede pública é de 493 dias, ou seja mais de um ano e quatro meses (??).

No Rio Grande do Sul, há uma estimativa de que a espera na fila por consulta com médico da família dura entre 7 a 20 dias, por exames dura entre 30 a 60 dias e por consulta com especialista dura entre 1 a 2 anos, dependendo da especialidade médica (??).

Os autores ??), afirmaram que para a solução desse problema é preciso que houvesse uma reorganização do modelo assistencial, vinda através do Programa Saúde da Família (PSF), e atualmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo manter os princípios do SUS frente a Atenção Primária à Saúde (APS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi aprovada no ano de 2006, revisada em 2011 e atualizada em 2017, através da portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, promovendo uma nova organização da Atenção Básica e do SUS (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, o texto da PNAB, na página 01, institui que referente a organização e gestão dos serviços de saúde:

Deve-se organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas. [...] As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017b).

De fato, a intenção de uma organização em amplo aspecto da PNAB é esperada em todo território nacional, porém sabe-se que na prática, muitos fatores colaboram para que nem todos os princípios e responsabilidades sejam alcançadas, com é o caso do acesso ao cuidado.

??), complementa que o acesso à APS é prejudicado quando surgem as filas de espera, sendo uma barreira para exames e consultas especializadas, e também para consultas rotineiras, favorecendo para que este serviço seja classificado como não satisfatório pelo usuário de saúde. A organização da APS envolve a coordenação do cuidado, que atende a demanda de necessidades dos usuários de saúde de maneira integral, garantindo acesso universal (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

??) afirma que a APS está organizada através de um modelo piramidal, por se tratar da porta de entrada do SUS, e que deveria garantir o acesso do usuário por meio dos serviços de regulação, atendendo as necessidades de cada usuário e a sua demanda. Todavia, o território de atuação do médico da família permite perceber várias deficiências para o não funcionamento dos fluxos do modelo piramidal da APS, pois falta uma maior observação da gestão e uma análise epidemiológica para verificar a necessidade real da população e, assim, is aumentar o número de profissionais e procedimentos nas áreas de maior requisição de serviços.

Outro fator que colabora para as longas filas de espera é a falta de profissionais especializados e a falha no sistema de regulação de exames diagnósticos de maior complexidade, bem como a falta de comunicação com a gestão e com a base da pirâmide para discutir proposta de aprimoramento destes serviços e assim diminuir as filas de espera.

Muitas vezes, “mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera por um atendimento na APS”, e entre estas mudanças estão o acesso avançado com acolhimento (??, p. 1). Ainda, de acordo com este autor, o acesso avançado irá permitir que o usuário tenha seu tempo de permanência na fila de espera reduzido, sendo uma intervenção que colabora para o andamento do trabalho na APS (??):

Ademais, esse modelo está associado à melhora da satisfação da equipe de saúde, da longitudinalidade do cuidado e da segurança do paciente, assim como à redução do absenteísmo, de consultas inapropriadas em serviços de emergência, do tempo médico dispensado na classificação de risco para priorizar atendimentos e do acúmulo negativo de trabalho, que consiste em agendamentos resultantes do trabalho não finalizado pela equipe no mesmo dia, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho (??, p. 02).

O atendimento tradicional através do agendamento de consultas e exames, gera o adiamento da consulta por vários dias, interrompendo a continuidade do cuidado. Já o modelo de acesso avançado permite o acesso aberto ou agendamento para o mesmo dia, dependendo de sua situação de saúde (FILHO et al., 2019). É claro que para isso, há a necessidade de um acolhimento com classificação de risco, para a demanda espontânea e para promover o acesso avançado na APS. O acolhimento se for realizado de maneira correta, irá favorecer a ampliação do acesso aos serviços da APS, ampliar a resolução dos problemas dos usuários de saúde e alterar as relações de trabalho da equipe (??); (BRASIL, 2013); (BELLUCCI; MISUE, 2012).

Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento com a classificação de risco se dá através de uma escuta qualificada, na qual o profissional de saúde, seja médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, se oferece para garantir ao paciente o atendimento que este requer, mediante sua situação de saúde atual e suas necessidades. Além do mais, envolve uma avaliação, empatia e afinidade por parte do profissional que está atendendo, para saber como direcionar o paciente de maneira correta para o serviço de saúde adequado (BRASIL, 2015).

Observa-se que o Ministério da Saúde destaca o acolhimento como a garantia ao acesso aos serviços de saúde da atenção básica através de uma avaliação da situação de saúde que a pessoa se encontra no momento do atendimento, e não pela ordem de chegada, como ocorre na maioria das Unidades de Saúde da Família. Dessa forma, destaca-se a relevância da intervenção, para a implantação de um sistema de acolhimento com acesso avançado, através de uma classificação de risco do usuário de saúde e não mais pela ordem de chegada, visando diminuir as filas de espera para as consultas de rotina e para a realização de exames, bem como resultado dos mesmos.

A importância dessa intervenção para a comunidade remete a Unidade de Saúde que necessita de uma estrutura organizada com espaço de atendimento com acolhimento diversificado e integral. A motivação da equipe para por em prática o acolhimento por classificação de risco é um recurso importante para a execução dessa estratégia.

4 Metodologia

Local

Este projeto de intervenção será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, que se localiza no Município Viamão, Estado do Rio Grande do Sul. A comunidade atendida pela UBS Santa Cecília convive em uma área urbana, composta pelos bairros Santa Cecília, Vila Diamantina e Santa Isabel, atendendo uma população de 3.800 habitantes.

Público Alvo

Como público alvo, serão convidadas a participar deste projeto de intervenção aproximadamente 50 usuários de saúde que estiverem presentes na sala de espera, aguardando atendimento, no dia da Roda de Conversa. Os critérios de inclusão utilizados foram: serem cadastrados na unidade, presentes no dia e que aceitarem participar da reunião.

Estratégias

Para atingir os objetivos propostos, serão realizadas as seguintes etapas:

1. Capacitação sobre acolhimento com classificação de risco em demanda espontânea para toda a equipe de saúde da família, que acontecerá no período de duas semanas, no mês de setembro, com frequência de 40 minutos a 01 hora uma vez por semana. Esta ação será de responsabilidade do médico e da enfermeira da equipe;

2. Ação educativa para a população presente através da roda de conversa, sobre o acolhimento com classificação de risco, no período de uma semana, no mês de setembro, com frequência de 40 minutos a 01 hora, uma vez ao dia por 5 dias. Essa ação será desenvolvida pelo médico e enfermeira da Unidade;

4. Mutirão de consultas, marcação de exames e renovação de receitas, para reduzir a fila de espera e colocar em dias o atendimento na unidade, junto ao acolhimento com classificação de risco. Essa ação acontecerá a partir do mês de setembro e irá até novembro, acontecendo toda sexta-feira das 13:00 as 19:00 horas. Essa ação será de responsabilidade do médico, da enfermeira, dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Técnicos de enfermagem, do dentista e auxiliar de saúde bucal;

5. Realizar avaliação das ações e se os objetivos foram alcançados ao longo de três meses.

Avaliação

A atividade de capacitação será avaliada a partir da realização da mesma, a quantidade de participantes e a avaliação de satisfação dos participantes sobre a contribuição para o aperfeiçoamento profissional sobre o acolhimento com classificação de risco.

A ação educativa através da roda de conversa será avaliada através da participação da comunidade e mediante aplicação de um questionário de satisfação, sobre como conceituam a ação desenvolvida em: ótima, boa e ruim.

A atividade do mutirão de consultas será avaliada mediante os resultados obtidos do número de consultas realizadas durante o período estipulado.

Dessa forma, com o treinamento da equipe da Unidade e colocando o acolhimento com classificação de risco em prática, a partir do mutirão de consultas e exames, as filas de espera serão reduzidas, concluindo os objetivos desse projeto de intervenção.

5 Resultados Esperados

Em decorrência do aumento na fila de espera no atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, considerou-se importante a escolha do agravo como objeto da intervenção. Desta forma, foram planejadas ações de educação permanente por meio de capacitação e treinamento com a equipe, bem como de educação em saúde com a comunidade, para que todos possam atuar para contribuir na redução da fila de espera e na melhoria do atendimento com acolhimento. O método escolhido é de fácil desenvolvimento e exige recursos já existentes na unidade de saúde.

Espera-se alcançar, com a realização desse projeto de intervenção, ampliação da compreensão da comunidade e da equipe, sobre a importância do acolhimento com classificação de risco e sua contribuição na redução das filas de espera para consultas e exames, favorecendo a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

