

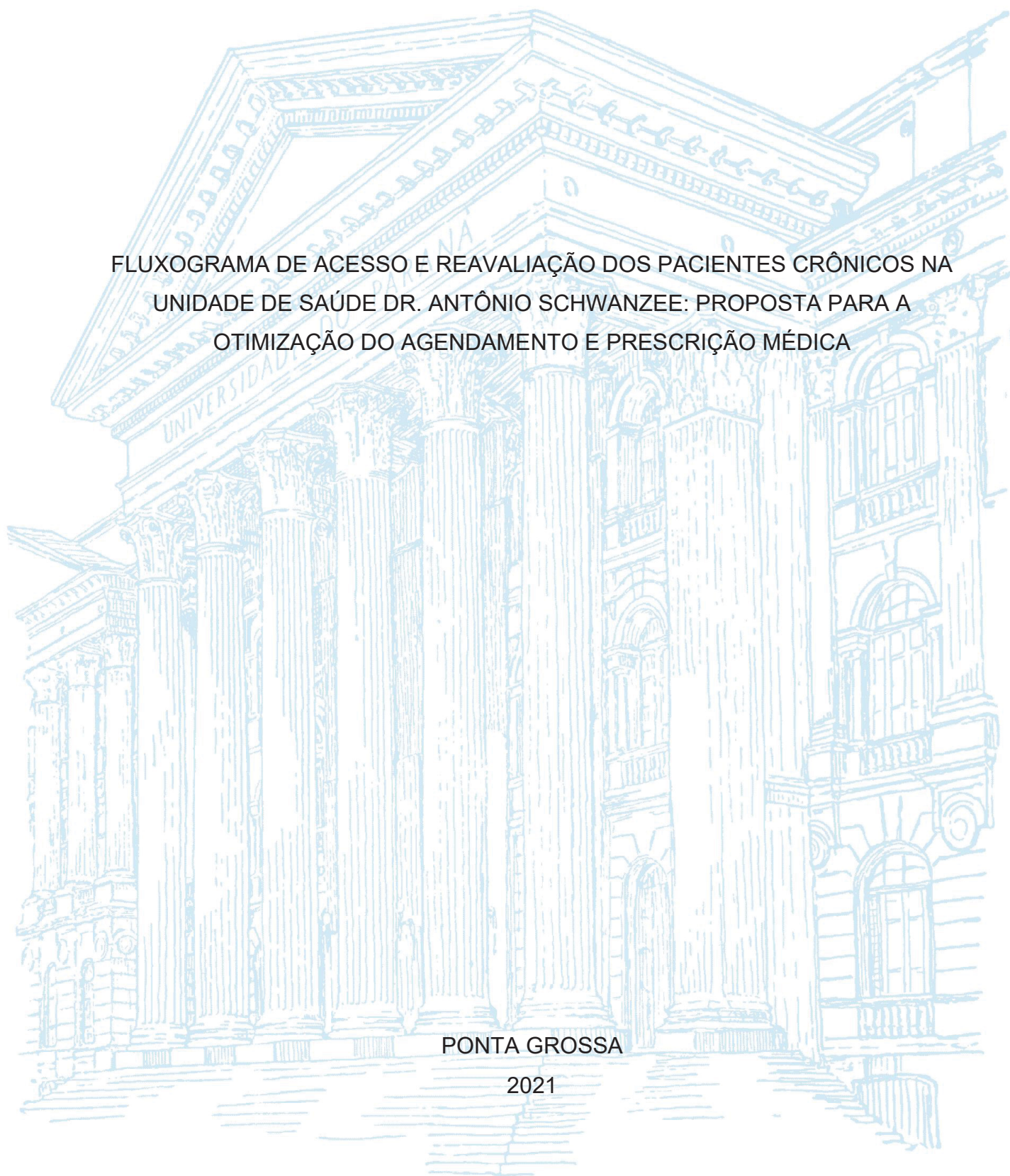
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PLINIO HENRIQUE DE CASTRO CEZARINO

FLUXOGRAMA DE ACESSO E REAVALIAÇÃO DOS PACIENTES CRÔNICOS NA
UNIDADE DE SAÚDE DR. ANTÔNIO SCHWANZEE: PROPOSTA PARA A
OTIMIZAÇÃO DO AGENDAMENTO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

PONTA GROSSA

2021



PLINIO HENRIQUE DE CASTRO CEZARINO

FLUXOGRAMA DE ACESSO E REAVALIAÇÃO DOS PACIENTES CRÔNICOS NA
UNIDADE DE SAÚDE DR. ANTÔNIO SCHWANZEE: PROPOSTA PARA A
OTIMIZAÇÃO DO AGENDAMENTO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Thais Fernanda Tortorelli Zarili

PONTA GROSSA

2021

À minha família, que mesmo a quilômetros de distância, me incentiva e apoia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas da Unidade de Saúde Antônio Schwanzee, pela parceria e auxílio no desenvolvimento desse trabalho e aplicação de suas ideias.

A duas pessoas especiais, Neudite e Clóvis, que me acolheram com casa, cama e café quando resolvi parar no interior do Paraná em busca de novos desafios.

Aos meus amigos de profissão (e de fora dela), com quem aprendo muito dia após dia.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem muitas das vezes seu acesso prejudicado devido à incompatibilidade entre a alta demanda populacional e a pouca oferta de vagas de consultas. Para agravar esse quadro, grande parte dessas vagas são usadas de forma indiscriminada pela população para a renovação de medicações contínuas de pacientes crônicos ou com polifarmácia. Há diversos modelos de acesso que podem ser implementados de modo a otimizar o fluxo de atendimento ao usuário. Um desses, o modelo de acesso avançado, combina consultas de demanda espontânea e consultas agendadas de acordo com critérios pré-definidos pela equipe, e serviu de base para a construção de um fluxograma de acesso à Unidade Básica de Saúde Antônio Schwanzee, em Ponta Grossa/PR, flexibilizando as consultas de demanda espontânea e reservando horários específicos para consultas agendadas que priorizavam pacientes com doenças crônicas descompensadas ou com polifarmácia. Esse modelo foi implantado em dezembro de 2020 e trouxe uma série de benefícios aos pacientes, como a diminuição do tempo máximo de espera para uma consulta agendada em até duas semanas, e contribuiu positivamente para a redução do número de casos de polifarmácia e seus malefícios, especialmente na população mais idosa. O novo modelo foi avaliado subjetivamente pelos usuários e elogiado em sua maioria.

Palavras-chave: Acesso avançado. Fluxograma. Polifarmácia.

ABSTRACT

Primary Health Care often has its access impaired due to the incompatibility between the population's high demand and the little offer of vacancy in the appointment book. To aggravate this situation, most of these vacancies are used indiscriminately by the population for the renewal of continuous medications for chronic or polypharmacy patients. There are several access models that can be implemented in order to optimize the flow of service to the end user. One of these, the advanced access model, combines spontaneous demand consultations and scheduled consultations according to criteria pre-defined by the team, and served as the basis for building a flowchart for access to the Antônio Schwanzee's Basic Health Unit, in Ponta Grossa / PR, making spontaneous demand appointments more flexible and reserving specific times for scheduled appointments that prioritized patients with decompensated chronic diseases or polypharmacy. This model was implemented in December 2020 and brought a series of benefits to patients, such as a reduction in the maximum waiting time for an appointment scheduled for up to two weeks, and contributed positively to reducing the number of cases of polypharmacy and its harm, especially in the older population. The new model was subjectively evaluated by users and mostly praised.

Keywords: Advanced access. Flowchart. Polypharmacy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3	JUSTIFICATIVA	14
4	OBJETIVOS	15
	OBJETIVO GERAL	15
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5	METODOLOGIA	16
	DESCRIÇÃO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO	16
	ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
	PLANO DE INTERVENÇÃO E RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS	19
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O bairro denominado “Chapada” dista cerca de seis quilômetros da região central do município de Ponta Grossa, no estado do Paraná. A ocupação do território se dá por loteamentos mais antigos, desde a constituição do bairro, formado por uma população prevalentemente mais idosa, além de uma parte mais moderna com novos loteamentos, em sua maioria, de casas populares com famílias de baixa renda que antes viviam em áreas de maior risco e vulnerabilidade da cidade.

Não é uma região de grande atenção para a administração municipal, dado o precário acesso, falta de mobiliário urbano público, escassez de praças, além de ruas e avenidas em mau estado de conservação - algumas ruas inclusive sem pavimentação. A unidade de saúde do bairro é denominada “Unidade de Saúde Dr. Antônio Schwanzee”, sendo uma das únicas na cidade que ainda não passou por nenhuma reforma desde a sua construção na década de 90, sendo muito pequena e limitada para o tamanho da população adscrita.

A unidade de saúde é formada por duas equipes, responsáveis por duas áreas de abrangência do bairro, classificadas por números – 48 e 49. Cada área possui um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde (ACS). Além desses, existe também a técnica administrativa, responsável pela parte operacional e administrativa da unidade, a zeladora, responsável pela limpeza e conservação da unidade, uma estagiária da farmácia, responsável pela entrega e organização dos medicamentos, e um dentista. Mais recentemente foram alocados três residentes multiprofissionais, sendo um residente de Fisioterapia, um de Odontologia e um de Veterinária.

Segundo os dados cadastrados no e-SUS, sistema gerido pelo Ministério da Saúde (MS) para organização do atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), a área 48 compõe-se de cerca de 3360 usuários cadastrados até dezembro de 2020, dos quais 1813 são mulheres e 1547 homens, mas devido à recente mudança de várias famílias no novo loteamento de casas populares, esse número tende a ser subestimado (BRASIL, 2020). De tempos em tempos, é realizada uma nova contagem na medida que as ACS vão cadastrando as novas famílias.

A comunidade da minha área é composta por 17% de crianças de 0-14 anos, 7% de adolescentes de 15-19 anos, 30% de adultos de 20-39 anos, 26% de pessoas de 40-59 anos e 20% da população acima de 60 anos de idade. Em relação à

escolaridade, cerca da metade (49%) da população não possui ensino médio completo e apenas 9% tem curso superior. Em relação a dados da situação no mercado de trabalho, 32% da população possui algum tipo de trabalho, 25% está desempregada ou não trabalha, 11% é aposentada e o restante (32%) não informaram a situação (BRASIL, 2020). A maior parte da comunidade é dependente dos serviços de saúde oferecidos pela unidade do bairro.

Ainda segundo dados do e-SUS, as doenças mais prevalentes registradas no sistema ou informadas pela população durante a entrevista cadastral são, em ordem decrescente: doenças crônicas – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 28% de prevalência na população; Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) com 7% de prevalência; doenças de saúde mental como Depressão e Ansiedade, com 9% de prevalência e doenças osteomusculares com 4% de prevalência (BRASIL, 2020).

O número de pessoas com doenças crônicas recebendo acompanhamento é bastante elevado, ainda mais quando grande parte dos usuários ativos é composto por pessoas adultas e idosas. Das 3360 pessoas cadastradas, cerca de 878 possuem condições crônicas (BRASIL, 2020). Além disso, destaca-se o alto índice de usuários de medicamentos de uso contínuo e controlado, que necessitam de novas prescrições periodicamente, geralmente a cada 60 dias.

A rotina do atendimento se dá com agendamentos de doze consultas no período da manhã das 8h às 12h e outras doze consultas no período das 13h às 17h, diariamente. Nas quintas-feiras no período da manhã ocorre o atendimento às gestantes, agendadas sempre de acordo com o protocolo municipal a depender da idade gestacional. Além das consultas agendadas, há consultas de “demanda espontânea”, onde o paciente é acolhido pela equipe de enfermagem e, dependendo do caso, é passado para o médico geralmente com queixas pontuais. Devido ao tamanho da unidade, não há procedimentos agendados como pequenas cirurgias ou suturas.

Como o acompanhamento de pacientes crônicos dependentes de medicações contínuas ou controlados é bastante expressivo, isso implica em diversas marcações de consultas para renovação dessas prescrições. Sendo a população assistida muito grande, o tempo de espera para consulta ultrapassa até três meses, ocasionando em uma sobrecarga de trabalho pela equipe, numa má otimização do agendamento e numa demora excessiva para retorno de pacientes que necessitam de acompanhamento mais frequente.

Além disso, ocorre que um elevado número de pacientes que fazem uso de medicamentos contínuos e que nunca passou por consulta de reavaliação para a definição da manutenção ou não do tratamento inicialmente preconizado. São muitos os casos de pacientes em uso de anti-hipertensivos, antidepressivos e ansiolíticos que nunca mais foram reavaliados e tem a prescrição apenas renovada periodicamente sem uma reconsulta. Somado a isso, há ainda o grande número de casos de “polifarmácia”, uma referência quando a lista de medicações de uso contínuo simultâneo ultrapassa geralmente mais de quatro itens por paciente.

A discussão de problemas agravantes e de ordem estrutural da unidade como a precariedade e falta de infraestrutura atual, ausência de equipe multiprofissional, ausência de sala de vacinação, limitação de tamanho da equipe, irregularidade de visitas domiciliares, além de diversos outros problemas não mencionados, também é muito importante, mas implica em mudanças e estratégias de ações que vão além do escopo de atuação da equipe, dependendo principalmente de investimentos por parte da gestão municipal e mudança na legislação local.

Faz-se necessário estabelecer um novo fluxo de marcação de consultas e atendimento na unidade, o que levará à diminuição do agendamento de consultas específicas para renovação de medicamentos contínuos e controlados, além da otimização da prescrição médica por paciente, sendo que este problema observado no serviço está sob a governabilidade da equipe, sendo passível de uma intervenção que possa ser executada. Esse novo fluxo seria capaz de abreviar o tempo de espera para novas consultas eletivas e reduzir a lista de medicações mal indicadas para os pacientes, especialmente aqueles com polifarmácia.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Dentre seus princípios e fundamentos, as características principais compreendem: ter um território definido para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde, com uma população definida e adscrita, de modo a garantir o vínculo da mesma; ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, garantindo acesso universal da população; integrar a promoção, prevenção e tratamento, ao mesmo tempo em que integra ações programáticas e de demanda espontânea e estimula a participação social (BRASIL, 2012).

Nesse sentido e de forma a satisfazer os princípios e fundamentos da PNAB, podemos afirmar que a qualidade da APS é influenciada diretamente pelo acesso do usuário, tanto às estruturas quanto aos processos de cuidado em tempo oportuno (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Ainda, segundo Salisbury e colaboradores (2007), os sistemas de saúde de alta qualidade no mundo visam garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno, porém alcançá-lo é um problema em muitos países.

Sendo a APS a porta de entrada preferencial, esta permite o acesso de indivíduos com os mais diversos problemas e necessidades. Além disso, deve ofertar uma atenção longitudinal (não direcionada para a enfermidade) para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e, como define a PNAB, compartilha diversas características com outros níveis de atenção à saúde, tais como: trabalho em equipe, responsabilidade pelo acesso, qualidade, custos, prevenção, tratamento e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Como a gama de usuários e sua totalidade é grande em número, Protasio (2017) conclui que mudanças organizacionais são necessárias para lidar com a questão do elevado tempo de espera por um atendimento na APS, além do que essa demora em ofertar o acesso acarreta em experiências negativas, muita das vezes evitáveis, aos usuários do sistema, gerando ainda angústia daqueles com doenças em

piora progressiva e contribuindo para o incremento do uso inapropriado dos serviços de urgência e emergência.

Assim, como defende Ryu e Lee (2017), melhorias especialmente no modelo de agendamento das consultas podem facilitar o acesso por parte dos usuários da APS, acarretando, segundo Knight e Lembke (2013), em melhores condições no próprio ambiente de trabalho, na qualidade do cuidado, na segurança do paciente, na satisfação da equipe de saúde, no acesso oportuno e na experiência do usuário.

Há diversos tipos de agendamento e modelos de acesso que podem ser implementados em UBS desde o “tradicional” até o chamado “acesso avançado” (KNIGHT; LEMBKE, 2013). Esse último, segundo trabalho de Murray e Tantau (2000), constitui-se em uma intervenção mais comum e econômica para reduzir o tempo de espera no agendamento de consultas na APS, caracterizando-se por consultas rápidas, com um prazo de até dois dias úteis para ocorrerem, sem distinção entre as chamadas consultas de demanda espontânea das chamadas consultas de demanda programada.

Um quadro que compara os modelos de acesso avançado com o tradicional pode ser encontrado abaixo:

QUADRO 1 – COMPARATIVO DOS MODELOS DE ACESSO AVANÇADO E TRADICIONAL

MODELO DE ACESSO AVANÇADO	MODELO DE ACESSO TRADICIONAL
Aproximadamente 65%-90% das consultas médicas diárias são reservadas para demanda espontânea. A maioria das consultas programadas (agendamentos prévios) resulta de acúmulos positivos de trabalho, representando os pacientes que não querem a consulta naquele dia e os que são agendados pelo médico após avaliação de critérios clínicos e sociais. O tempo de espera máximo por uma consulta é de dois dias úteis.	Todas as consultas médicas diárias são pré-agendadas (agenda supersaturada). Não há reserva de vagas para demanda espontânea, que são encaixadas entre os atendimentos, gerando duplicidade de agendamentos em um mesmo horário (<i>double-booking</i>). Nesse modelo a média do tempo de espera por uma consulta eletiva é bastante variável, por vezes sendo maior que trinta dias.

FONTE: Adaptado de Vidal et al. (2019).

Além do acesso, a qualidade de uma boa APS também está diretamente ligada à segurança do paciente, entendida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado. Essa segurança pressupõe o necessário equilíbrio entre benefícios e danos que acompanham todo processo, a fim de proporcionar ao indivíduo o mais completo bem estar (BRASIL, 2013; DONABEDIAN, 2003).

Um dos fatores que impacta na segurança é a prescrição de medicações de uso contínuo. O uso de múltiplos medicamentos, ou polifarmácia, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos. Segundo Carvalho e

colaboradores (2012), o aumento desse parâmetro em idosos é determinado por algumas questões, dentre elas a maior disponibilidade de fármacos no mercado e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes mellitus. Essas doenças requerem na maioria das vezes a associação de vários medicamentos para seu manejo.

Segundo Medeiros e colaboradores (2011), a prática da polifarmácia está relacionada com diversas consequências especialmente para a população idosa, tais como: a elevação da probabilidade de ocasionar reações adversas, interações medicamentosas malélicas, problemas relacionados a medicamentos, toxicidade cumulativa e erros na administração e tomada das medicações. Além disso, quando maior o número de medicamentos utilizados, maior a complexidade da posologia e a dificuldade na aderência ao tratamento proposto.

Assim, a prescrição dos medicamentos contínuos, seja para as doenças crônicas ou de saúde mental, deve ser sempre revista pelos médicos generalistas durante as consultas de rotina, focando cada vez mais na “personalização” do plano terapêutico de acordo com as comorbidades dos pacientes. Além disso, é essencial o monitoramento e registro da ocorrência de interações medicamentosas altamente prejudiciais no intuito de minimizar os danos e qualificar o uso dos fármacos (GUTHRIE et al., 2015).

Por fim, como conclui Secoli e colaboradores (2012), os protocolos e diretrizes para o manejo das doenças crônicas mais prevalentes devem contemplar, além das indicações de tratamento, recomendações sobre situações onde a “desprescrição” pode ser adotada em benefício dos pacientes.

3 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a escolha do problema advém da rotina diária de trabalho na unidade de saúde em que se observa, além da má eficiência do fluxo atual de agendamento de consultas, a medicalização mal indicada ou excessiva dos pacientes.

Em se tratando de condições crônicas, em que o plano terapêutico é definido não visando a cura da doença, mas em seu controle, uma vez que se consiga organizar o atendimento sem a necessidade de ocupar vagas para consultas médicas desnecessárias, facilitar o acesso às prescrições controladas e reavaliar periodicamente a lista de medicamentos contínuos do paciente crônico, cria-se tempo e espaço para o atendimento aos demais usuários da unidade, além da possibilidade de ampliação de atendimento para outros grupos específicos para a prevenção de outras doenças também custosas ao sistema de saúde.

Isso tudo vai ao encontro aos interesses da equipe, que deseja fazer um bom trabalho, além de que provoca uma série de melhorias no funcionamento diário da unidade, como uma melhor utilização do seu espaço físico já limitado e beneficia o usuário, que consegue marcar sua consulta em um tempo mais hábil e ao retorno para um acompanhamento secundário.

Sendo a unidade de saúde aberta e de livre acesso para a população, organizar a agenda e otimizar a prescrição de medicamentos é essencial para a melhoria do trabalho da APS, focado na saúde e prevenção de agravos.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Elaborar um novo fluxograma para o acesso e reavaliação dos pacientes crônicos dependentes de medicações contínuas, visando a redução do número de consultas agendadas para renovação dessas medicações e otimização da prescrição médica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar o perfil clínico dos pacientes crônicos da unidade de saúde, quantificando-os em grandes grupos de doenças como Hipertensão e Diabetes, e doenças relacionadas à saúde mental;
- b) criar um fluxograma de agendamento de consultas, de maneira a separar consultas exclusivas para renovação de prescrições de medicamentos contínuos daquelas eletivas, em que o paciente apresenta queixas ou necessita de avaliação adicional;
- c) reavaliar a lista de prescrição dos pacientes crônicos, otimizando-a continuamente durante as consultas, com base nos protocolos clínicos de tratamento mais atuais disponíveis.

5 METODOLOGIA

DESCRIÇÃO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Para se atingir o objetivo proposto, deve-se partir do estabelecimento de um novo fluxograma de agendamento e marcação de consultas médicas, que definirá o fluxo de pacientes na unidade de saúde, propondo um atendimento mais inteligente e otimizado aos pacientes crônicos.

Antes, porém, é necessário identificar o perfil clínico desses pacientes e quantificá-los em grandes grupos de doenças crônicas, que são patologias que naturalmente implicarão diversos retornos para obtenção de prescrição médica para medicações contínuas e controladas. Para essa identificação, poderão ser usados os próprios relatórios gerados pelo e-SUS que permitem classificar o perfil clínico do usuário de acordo com a lista de problemas cadastrada pela equipe. Uma outra forma de fazer essa identificação seria com o auxílio das próprias ACS, em que, baseando-se no conhecimento que elas têm sobre a área e a comunidade, os pacientes que necessitam de consultas teriam seus prontuários separados para uma eventual análise e agendamento periódico de consultas visando o acompanhamento do quadro crônico.

Uma vez elaborada essa classificação, passa-se a fase de construção de um novo fluxograma de agendamento de consultas que levará em consideração um modelo de acesso misto, com consultas de demanda espontânea e demanda programada, utilizando-se para isso a queixa principal do paciente e a necessidade de agendamento. Em se tratando de uma consulta relacionada à condição de doença crônica, esse paciente já sinalizado será agendado num período do dia específico para agendamentos. Outros usuários da unidade terão acesso e serão classificados por ordem de atendimento segundo a queixa e classificação de risco, sendo direcionados para o atendimento com o médico ou enfermeira ou ainda terão sua consulta agendada para outro momento.

Os grupos de pacientes com doenças crônicas e doenças de saúde mental que já fazem uso de polifarmácia terão durante as consultas uma abordagem mais racional quanto às medicações de uso contínuo, visando a otimização e redução da mesma (quando possível). O intuito disso é a redução cada vez maior da polifarmácia nesses grupos de usuários. Esses pacientes também serão encaminhados para grupos de palestras educativas sobre sua condição clínica realizadas periodicamente, à princípio

mensalmente durante o horário de funcionamento da unidade. Ao longo do tempo, o paciente crônico será reavaliado e terá sua prescrição otimizada, levando-se em conta seu estado de saúde atual e os protocolos de tratamento mais atualizados disponíveis.

Para que tudo ocorra da melhor maneira possível, será essencial o papel de cada componente da equipe da unidade – técnica administrativa, enfermeiro, ACS e médico, que atuarão de maneira integrada e conjunta no sentido de organizar o novo fluxo de acesso. A discussão e revisão dos processos poderão ser discutidos nas reuniões de equipes sempre que necessário.

ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

QUADRO 2 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O PROBLEMA PRIORIZADO

Problema priorizado		Excesso de consultas agendadas por pacientes crônicos visando a renovação de prescrição de medicamentos contínuos e polifarmácia			
Ações	Indicadores	Parâmetros	Finalidade	Natureza	
1ª) Reservar um período mensal ou bimestral para constituição de grupos de pacientes com doenças crônicas (como Hipertensão, Diabetes, Saúde Mental) para orientações sobre seu quadro clínico e o novo fluxo de agendamento	Quantidade de pacientes crônicos dependentes de medicação contínua	Porcentagem da presença dos pacientes convidados para as reuniões	Conhecimento: perfil clínico da população, orientação dos doentes crônicos sobre o novo fluxo de agendamento de consultas	Pesquisa avaliativa: avaliar o perfil clínico da comunidade e adesão ao novo fluxo de agendamento de consultas para renovação de medicações de uso contínuo	
2ª) Criar uma “fila de receitas”, de modo que possa ser utilizada como controle das prescrições contínuas e controladas para os pacientes já compensados, a serem refeitas e retiradas pelos usuários ou ACS	Quantidade de receitas contínuas solicitadas / refeitas	Porcentagem de pacientes que aderiram ao novo modelo de entrega das receitas	Decisão: a mudança do formato de entrega das receitas está sendo aceito pela comunidade?	Normativa: avaliar os impactos do novo processo de retirada das receitas para medicações contínuas na unidade, sem a necessidade de agendamento de consulta para esse fim	
3ª) Otimizar o agendamento das consultas dos pacientes crônicos, de modo a acompanhar a evolução destes para com a adesão ao tratamento estabelecido ou otimização / mudança da terapêutica indicada	Quantidade de pacientes com polifarmácia	Porcentagem da quantidade de pacientes em que foi possível a redução da polifarmácia	Gerência: aprimorar os agendamentos das consultas, visando reduzir ao máximo consultas para renovações de medicações em pacientes compensados e otimizar o tratamento daqueles ainda em compensação clínica	Normativa: analisar como a otimização do agendamento de consultas diminuiu a quantidade de consultas agendadas somente para renovação de receitas	

FONTE: O autor (2021).

PLANO DE INTERVENÇÃO E RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS

QUADRO 3 – PLANO DE INTERVENÇÃO DETALHADO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo / amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Identificar o perfil clínico dos pacientes crónicos da unidade e as medicações continuas em uso	Resgate da base de dados de prontuários da unidade de saúde / Comunicação via ACS / Novas consultas	2 meses	Técnica administrativa, ACS, enfermeiro, médico	Doentes crónicos dependentes de medicações continuas e controladas	Out/2020 – Nov/2020	-	-
Criar e implantar um novo fluxograma de acesso	Discutir o novo fluxo em reuniões de equipe	2 meses	Técnica administrativa, ACS, enfermeiro, médico	Todos os pacientes atendidos na UBS	Nov/2020 – Dez/2020	Fluxograma	Unidade de saúde / WhatsApp via ACS
Otimização da prescrição médica dos pacientes crónicos	Reavaliar a necessidade dos medicamentos continuos com base nos protocolos clínicos mais atuais disponíveis	Continuamente	Médico e enfermeiro	Doentes crónicos dependentes de medicações continuas e controladas	Continuamente	-	-

FONTE: O autor (2021).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O novo fluxograma de acesso à unidade foi construído baseando-se em um modelo misto de acesso, alocando metade de cada período de atendimento (matutino e vespertino) para consultas de demanda espontânea e a outra metade para consultas agendadas. Assim, para facilitar a visualização, o fluxograma foi dividido em duas partes. (FIGURA 1).

A implantação deu-se gradativamente após reuniões feitas com as equipes da unidade, tanto da área 48 quanto da área 49, objetivando a uniformização do atendimento de toda a UBS.

Durante os dois meses iniciais, as ACS realizaram um levantamento cada qual em sua respectiva área de abrangência utilizando dados gerados pelo e-SUS, que já classificava os pacientes portadores de doenças crônicas – especialmente HAS e DM2 –, e transferiram os prontuários desses pacientes para uma fila específica de modo a serem analisados no decorrer dos dias de trabalho pelas enfermeiras e médicos da unidade, que decidiam sobre o agendamento de consultas para essa população específica. Quando exames de acompanhamento estavam indicados, eles já eram solicitados e marcados até duas semanas antes da consulta para obtenção de tempo hábil para coleta e processamento do resultado pelo laboratório da cidade.

Cerca de um mês antes da implantação, foram criados canais de comunicação no *WhatsApp* pelas ACS, adicionando todos os assistidos que possuíam número de telefone no cadastro. Esses canais foram posteriormente utilizados para informar a população sobre o novo modelo de acesso, além de orientações gerais, rotinas da unidade, avisos da Secretaria Municipal de Saúde, entre outros assuntos. Uma vez em meio à pandemia, os canais de informação no *WhatsApp* também foram utilizados para orientações específicas sobre a doença.

Devido a pandemia da COVID-19, algumas unidades do município foram transformadas em unidades de saúde referência para pacientes com sintomas respiratórios. Como a nossa unidade não foi uma dessas, foi possível implantar o modelo sem grandes dificuldades ou necessidade de adaptação, pois somente pacientes sem sintomas respiratórios ou típicos de COVID-19 é que eram acolhidos. Para evitar aglomeração, o espaço destinado para consultas de demanda espontânea foi limitado à seis pacientes por período, sendo esses divididos entre enfermeira e médico, a depender da queixa e necessidade de avaliação.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE ACESSO DA UNIDADE DE SAÚDE DR. ANTÔNIO SCHWANZEE

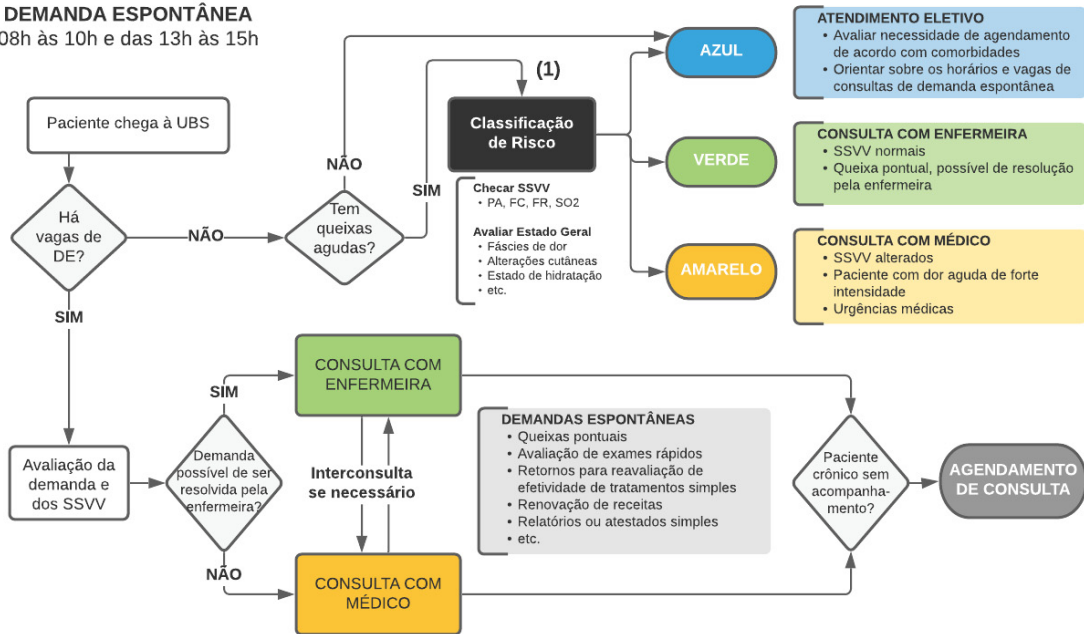


PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 UBS Antônio Schwanzee

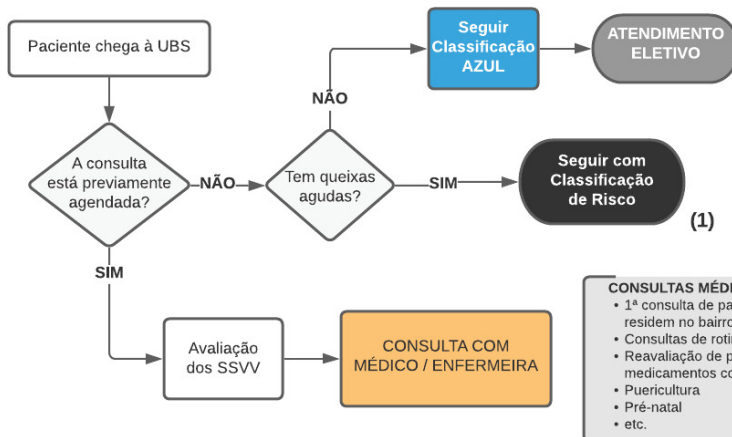


FLUXOGRAMA DE ACESSO NA UNIDADE DE SAÚDE "DR. ANTÔNIO SCHWANZEE"

DEMANDA ESPONTÂNEA
 08h às 10h e das 13h às 15h



CONSULTAS AGENDADAS
 10h às 12h e das 15h às 17h



LEGENDAS

- DE: Demanda Espontânea
- FC: Frequência Cardíaca
- FR: Frequência Respiratória
- PA: Pressão Arterial
- SO2: Saturação de Oxigênio
- SSVV: Sinais Vitais
- UBS: Unidade Básica de Saúde

Fonte: O autor (2021).

As consultas de demanda espontânea ocorreram nos períodos das 08h às 10h e das 13h às 15h, diariamente. Aos pacientes foram entregues senhas de acordo com a ordem de chegada à unidade, limitado inicialmente a seis, conforme já mencionado. Esse número foi aumentado posteriormente para oito senhas, tendo em vista o aumento do número de pessoas que buscava o atendimento sob demanda diariamente. Os que eram acolhidos após o término das senhas eram orientados a buscar atendimento no período da tarde ou nos demais dias da semana.

Os pacientes que chegavam após o término das senhas, mas que apresentavam alguma queixa aguda como dor ou febre eram inicialmente avaliados pela técnica de enfermagem que aferia os sinais vitais e a partir de um protocolo prévio e discutido em reunião fazia a “classificação de risco” do paciente, classificando-o em três cores: azul, verde ou amarelo. Os pacientes classificados como azul não apresentavam alterações de sinais vitais, sinais de dor aguda ou febre e eram orientados a retornar em outros períodos de demanda espontânea ou ainda, caso fossem pacientes com comorbidades crônicas, tinham seus prontuários separados para posterior avaliação e necessidade de agendamento de consulta. Pacientes classificados como verde apresentavam queixas agudas consideradas mais urgentes, mas não apresentavam alterações de sinais vitais ou de estado geral, sendo encaminhados para consulta com a enfermeira. Por fim, pacientes classificados como amarelo eram considerados pacientes com queixas urgentes, apresentando alterações de sinais vitais ou de estado geral que necessitavam de atendimento médico mais imediato.

Independentemente de ser paciente sob demanda ou encaixes de urgências, todos os pacientes que passavam por consultas com a enfermeira ou médico já eram avaliados quanto a suas comorbidades e, caso fosse necessário, era agendada consulta ou solicitados exames de rotina para acompanhamento desses casos.

As consultas agendadas ocorriam nos períodos das 10h às 12h e das 15h às 17h. No período matutino optou-se por concentrar na agenda do médico consultas de pacientes crônicos ou que necessitavam de acompanhamento rotineiro de suas comorbidades – HAS, DM2 e doenças de saúde mental –, separando o período vespertino para consultas agendadas de puericultura e pré-natal. Na agenda da enfermeira foram concentradas consultas para ações de prevenção em saúde da mulher, aberturas de pré-natal e puericultura até 2 anos. Foram agendadas cerca de 4

consultas em cada período e mantendo concomitantemente o atendimento às urgências segundo classificação de risco.

Receitas de medicações contínuas continuavam a serem refeitas durante as próprias consultas e aqueles pacientes crônicos já avaliados foram orientados a solicitarem suas medicações até duas semanas antes do término dos mesmos, evitando consultas de demanda ou agendamentos somente para esse fim. Durante todas as consultas para atendimento de pacientes crônicos a lista de medicações era revisada e a polifarmácia era, de acordo com os protocolos clínicos mais atuais, reduzida ou eliminada.

No mês de dezembro de 2020, quando o fluxograma foi implantado, ocorreu um total de 180 consultas médicas de demanda espontânea somando-se consultas de urgências após classificação de risco, além de 118 agendamentos. Desses agendamentos, 64 foram de pacientes com doenças crônicas, 52 pré-natais e duas puericulturas.

Fora criada uma “pasta de receitas a serem refeitas” que vem sendo alimentada após o paciente ter passado por consulta médica e ter sua prescrição reavaliada ou ajustada. Os mesmos já eram orientados durante as consultas sobre o funcionamento dessa pasta a fim de não comparecerem posteriormente em consultas de demanda sem queixas apenas para solicitar seus medicamentos contínuos.

O tempo médio de espera para uma consulta agendada, desde quando o paciente procurava a unidade, era acolhido e tinha seu caso encaminhado à fila de prontuários para avaliação do agendamento, foi de cerca de duas semanas. Esse prazo era menor quando não havia necessidade de solicitação de exames para avaliação do paciente.

Também se observou uma redução expressiva no número de consultas para um mesmo paciente, quando este buscava a unidade frequentemente ou agendava periodicamente consultas quando a agenda era aberta para marcação. Isso deverá ficar mais notável na medida em que o fluxograma for seguido na unidade. A organização dos horários específicos para as consultas também diminuiu o fluxo de pessoas dentro da unidade, que antes era lotada praticamente durante todo o período em que estava em funcionamento.

Dos 64 pacientes com doenças crônicas atendidos por meio de agendamento, um total de 12 (18,75%) com idade superior a 60 anos tiveram suas medicações de uso contínuo reduzidas aplicando protocolos clínicos de tratamento de doenças

ambulatoriais crônicas. As medicações mais “desprescritas” foram, em ordem decrescente, as estatinas (principalmente a Sinvastatina), os anti-hipertensivos (principalmente Furosemida e Espironolactona) e o Ácido Acetilsalicílico.

Foi solicitado às ACS que a partir da segunda semana de implantação do novo fluxograma, pedissem seus assistidos uma avaliação do novo modelo de acesso. Como não foi aplicado um questionário objetivo, as respostas abertas foram em sua maioria positivas quanto ao novo modelo, principalmente em relação ao tempo de espera mais reduzido no agendamento e ao acesso à unidade que se tornou mais flexível. Posteriormente poderá ser aplicado um questionário de forma a obter um *feedback* mais fidedigno e passível de ser tabulado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de acesso avançado quando bem implantado e adaptado, de acordo com a realidade local em que se situa a unidade de saúde, torna-se uma importante ferramenta para a melhoria do agendamento e acesso à APS. Com um custo zero de implantação, pode promover mudanças benéficas tanto para o usuário final que busca o atendimento e entrada no sistema de saúde, quanto para a equipe da UBS, que mantém um trabalho mais organizado e eficiente.

As consultas agendadas para prazos muito longos, ultrapassando facilmente o período de três a quatro meses, que antes eram motivo de reclamação por boa parcela da população, agora podem ser organizadas e agendadas para poucos dias ou semanas, dependendo do caso. Para o paciente com doenças crônicas, que necessita de atenção e manejo mais contínuo de seu plano terapêutico até a estabilização do seu quadro, isso contribui para o sucesso na adesão, prevenção de agravos e redução de danos.

Nas consultas de demanda espontânea, onde antes o foco estava apenas na resolução das queixas pontuais, o cuidado em saúde com o paciente torna-se mais abrangente, pela facilidade na marcação de retornos específicos para a avaliação mais detalhada de questões não abordadas com profundidade durante aqueles encontros e que, muitas das vezes, são mais importantes do que a própria queixa que levou a busca pelo atendimento inicialmente.

Além disso, consultas antes agendadas apenas para a renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo, deixam de existir e as receitas podem ser refeitas de maneira mais prática de acordo com o quadro clínico do paciente e das medicações sendo usadas. A prática da polifarmácia é desestimulada, na medida em que os pacientes crônicos são avaliados e tem as suas prescrições otimizadas de acordo com os protocolos de doenças crônicas ambulatoriais mais atuais.

O trabalho na APS é muito complexo, com inúmeras variáveis sociais, culturais e econômicas que, juntas, definem o sucesso ou o fracasso dos objetivos da atenção básica. Organizar o serviço visando o bem estar e segurança do usuário final, de modo a evitar conflitos entre aquelas inúmeras variáveis torna-se primordial para aumentar o acesso e a melhoria das medidas de prevenção e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 2 abr. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 4 fev. 2021.

_____. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/esus#:~:text=O%20e%2DSUS%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria,Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20em%20n%C3%ADvel%20nacional.&text=A%20estrat%C3%A9gia%20e%2DSUS%20APS,busca%20de%20um%20SUS%20eletr%C3%B4nico>. Acesso em: 10 dez. 2020

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611–1625, 1 dez. 2000.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo- Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 817–827, 2012.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

GUTHRIE, B. et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. **BMC Medicine**, v. 13, n. 1, p. 74, 7 abr. 2015.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, v. 42, n. 3, p. 152, 2013.

MEDEIROS, E. F. F. et al. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3139–3149, 2011.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45, 2000.

PROTASIO, A. P. L. et al. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

RYU, J.; LEE, T. H. **The Waiting Game — Why Providers May Fail to Reduce Wait Times**. n-perspective. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1704478>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SALISBURY, C. et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. **British Journal of General Practice**, v. 57, n. 541, p. 608–614, 2007.

SECOLI, S. R. et al. Interações medicamentosas em pacientes coronariopatas. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 1, p. 11–8, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 38–38, 16 maio 2019.