

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O ACESSO AVANÇADO E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE
ATENDIMENTOS MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

TIAGO BARRA VIDAL

Orientador: Prof. Dr. SOTERO SERRATE MENGUE

Porto Alegre, Agosto de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O ACESSO AVANÇADO E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE
ATENDIMENTOS MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tiago Barra Vidal

Orientador: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Barra Vidal, Tiago

ACESSO AVANÇADO E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE
ATENDIMENTOS MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE /
Tiago Barra Vidal. -- 2013.

86 f.

Orientador: Sotero Serrate Mengue.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. Marcações. 2. Agendamento de consultas. 3.
Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Medicina de Família e
Comunidade. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Serrate
Mengue, Sotero, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Professores externos ao PPG

Dr. Paulo Poli Neto, [Diretor de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR].

Professores do PPG

Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker, [Programa de Pós-graduação em Epidemiologia / Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, [Professor de Medicina Social / Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

“DO TODAY’S WORK TODAY”.

Mark Murray

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, João Parente Vidal e Deusarina Barra Vidal, fontes de amor e atenção.

Ao Prof. Dr. Erno Harzheim - “cunhado-irmão maior” – pela ajuda exemplo e conhecimento transmitidos.

Ao Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker, pela compreensão.

À Vivian de Oliveira Medeiros, pelas horas dispendidas no auxílio da construção do banco de dados desta dissertação.

Ao Mestre Paulo Vinicius Nascimento Fontanive, por tudo.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	7
Resumo	8
Abstract	9
1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	11
2.1 ACESSO X ACESSIBILIDADE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	11
2.2 O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	13
3.1.1 A Estratégia de Saúde da Família como Porta de Entrada dos Serviços de Saúde no Município de Florianópolis/SC	14
3.2 O ACESSO AVANÇADO	15
3.2.1 Agendamentos para o mesmo dia: quebrando o paradigma do acesso	15
3.2.2 Definindo o Tamanho Populacional - Número de pessoas por médico	17
3.2.3 Número de pessoas por médico delegando tarefas para outros profissionais de saúde	18
3.2.4 Número de médicos e enfermeiras em Atenção Primária à Saúde na Literatura Internacional e no Brasil.....	20
3.2.5 Relação do Número de Pacientes por General Practitioners na Europa e no Brasil.....	22
3.3 EXPERIÊNCIAS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA LITERATURA INTERNACIONAL	26
3.4 TRANSFORMANDO A PORTA DE ENTRADA DA APS EM AGENDAMENTO-DIA E “ACESSO AVANÇADO”	30
3.4.1 O uso do telefone como intervenção para organização e manejo da demanda em APS.....	31

3.4.2	Capacidade Instalada	33
3.4.2.1	Número de agendamentos	33
3.4.2.2	Agendamento para o mesmo dia x acesso avançado	33
3.5	CARGA DE TRABALHO MÉDICO EM APS NOS SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS	33
3.6	CARGA DE TRABALHO DO MÉDICO DE APS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	36
4	JUSTIFICATIVA	37
5	OBJETIVOS	38
5.1	OBJETIVO GERAL	38
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6	REFERÊNCIAS	39
7	ARTIGO 1 – O ACESSO AVANÇADO E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM APS	42
8	ARTIGO 2 – (RE)DEFININDO O TAMANHO POPULACIONAL EM APS NO BRASIL	59
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	85

ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AAPP	American Academy of Family Physicians
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMC	Allina Medical Clinic
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centers for Disease Control Prevention
EUA	Estado Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPC	British Medical Association's General Practitioners Committee
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Instituto de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NAMCS	National Ambulatory Care Survey
NCCSDO	National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization
NHS	National Health System
PCT	Primary Care Trust
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RCGP	Royal College of General Practitioners
RVU	Relative Value Units
SC	Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	União Européia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPSTF	US Preventive Services Task Force
VD	Visita Domiciliar

RESUMO

O Acesso Avançado (AA) é um sistema moderno de agendamento médico que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde. Diversos Sistemas Nacionais de Saúde no mundo, tais como Canadá e Inglaterra, por exemplo, implementaram o acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de melhorar o acesso das pessoas aos cuidados em saúde. O Acesso Avançado tem como objetivos diminuir o tempo de espera por uma consulta médica, diminuir o número de faltas às consultas médicas e aumentar o número de atendimentos médicos da população. Equipes de Saúde da Família, estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde como formas de orientação da Atenção Primária no Brasil têm utilizado esse novo sistema com tais objetivos. Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo de atenção a saúde escolhido pelo município como eixo central das ações de saúde a sua população, apresenta muitos centros de saúde com suas respectivas equipes de saúde da família com esse novo sistema de agendamento de consulta médicas. Esta dissertação de mestrado evidencia que o acesso avançado realizado por essas equipes de ESF atendem um número maior de consultas médicas anualmente em comparação com outras formas de agendamento médico, tais como o sistema com vagas - marcações semanais, quinzenais, mensais – e o modelo tradicional (este último sem limite temporal para as marcações de consultas).

Palavras-chave:

ABSTRACT

Advanced Access (AA) is a modern system of appointments and schedullings on medical visits, where people can see his own doctor on the same day they want or until 48 hours from the requested visit. Many National Health Systems, like Canada and England, for exemple, implemented the advanced access on Primary Health Care to enhance better access to medical care. The advanced access aims to reduce the time of waiting lists for medical care, decrease the no-show rates and can enhance number of medical visits. On Brazil, the Ministry of Health organizes the primary health care by the Family Health Team, which is composed by one General Practitioner, one Nurse Practitioner, two to three nursing technicians and four to six community health workers. Florianópolis, state capital of Santa Catarina, Brazil, has one of the most coverages of Family Health Tem workers on Brazil, and a plenty of Family Health Team has adoted the advanced aces on this city.

Therefore, this Professional Master on Epidemiology dissertation aims to analyse the Family Health Team who adoted the advanced access implemmentation comparing with others two forms of appointment, the carve-out model and tradicional model, performed by others Family Health Teams on the same city, beyond the number medical care visits on the 2011 year.

Keywords:

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “O Acesso Avançado e sua Relação com o Número de Atendimentos Médicos em Atenção Primária à Saúde” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 16 de agosto de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Dois artigos científicos.
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2 INTRODUÇÃO

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos é um dos fundamentos preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil. Ministério da Saúde, 2012). Para isso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). O decreto 7508 de 2011 que regulamenta a Lei 8080 de 1990 dispõe que o acesso aos serviços de saúde é ordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Para isso, faz-se necessário estabelecer mecanismos para assegurar a *acessibilidade* da população aos serviços de saúde.

2.1 ACESSO X ACESSIBILIDADE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Starfield (2002) afirma que “os termos *acesso* e *acessibilidade*^{*} são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua.”. A autora descreve *acessibilidade* como o elemento estrutural necessário para a atenção de primeiro contato. Sendo assim, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde. “Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.” Embora *acessibilidade* não seja uma característica exclusiva da atenção primária, uma vez que todos os pontos de atenção à saúde deveriam estar acessíveis, na APS esse conceito é fundamental pois ela é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde.

Donabedian, (1973 *apud* Starfield, 2002), distinguiu acessibilidade em duas dimensões: *sócio-organizacional e geográfica*. O sócio-organizacional inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham as pessoas para chegarem ao atendimento. A geográfica, por sua vez, envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

Millman (1993) refere que existem três barreiras primárias aos serviços de saúde: (1) barreiras estruturais, relacionadas ao número, tipo, concentração, localização, ou configuração organizacional dos serviços de saúde; (2) barreiras financeiras, que podem restringir o acesso limitando a capacidade dos pacientes a receber cuidados em saúde seja mediante pagamento destes serviços por eles próprios seja pelo sistema de saúde no qual são atendidos; (3) barreiras

^{*}Nesta dissertação de mestrado os termos *acesso* e *acessibilidade* serão utilizados como sinônimos.

ras pessoais e culturais, que podem restringir as pessoas a receber a atenção médica necessária seja de quem os procura seja de quem recebe as recomendações médicas.

2.2 O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Embora após a redefinição do Programa Saúde da Família (PSF) como Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, em 1998, o crescimento do acesso à saúde tenha sido considerado um dos principais benefícios advindos desta mudança até o momento (Kolling, 2008), diversos estudos sobre acesso apontaram este atributo essencial da APS como insuficiente no Brasil. Enquanto a PNAB disserta que “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011) é sabido que em outros países com forte orientação para APS a relação do número de pessoas por equipe de atenção primária é significativamente menor, facilitando o acesso destas populações aos cuidados em saúde neste ponto de atenção, ao contrário do que é preconizado atualmente no Brasil.

Por isso, faz-se necessário estabelecer estratégias com o fim de reorganizar o processo de trabalho das equipes de ESF para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e a forma de agendamento de consultas médicas é uma delas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Conforme descrito anteriormente, inúmeros estudos avaliaram se a ESF trouxe efetivamente melhora na ampliação e acesso à saúde da população.

Uma das formas de avaliação da ESF se deu mediante a aplicação do *Primary Care Assessment Tool - PCATool* - instrumento de Avaliação da Atenção Primária produzido por Starfield e colaboradores da *The John Hopkins Populations Care Policy Center* para medir a presença e a extensão de cada um dos atributos da APS. Este instrumento avalia os atributos essenciais da APS – acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação – e seus atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – através de questões sobre serviços de saúde respondidas por usuários, profissionais ou gestores. Diferentes aspectos de um atributo podem ser separados no processo de validação desse instrumento, tais como “acessibilidade” e “utilização” no caso do atributo “acesso”, por exemplo, refletindo assim os componentes “estrutura” e “processo” utilizados por Starfield seguindo o referencial de Donabedian na definição e avaliação de cada atributo dos serviços de saúde (Kolling, 2008).

No Brasil, diversos estudos que utilizaram o PCATool avaliaram o acesso – em especial a “acessibilidade” – como o atributo com pior desempenho. Macinko et al. (2004), ao aplicarem o PCATool versão *Facility/Provider Survey* adaptada e traduzida a profissionais da rede de APS, incluindo ESF e UBS, no município de Petrópolis (RJ), verificaram que o atributo acesso foi baixo em ambos os modelos (ESF e UBS). No estudo de Oliveira et al. (2007), em Porto Alegre (RS), é descrito que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita. Castro (2009), no estudo aplicando o PCATool em profissionais médicos e enfermeiras de serviços de saúde de Atenção Primária no município de Porto Alegre (RS), observou que o acesso de primeiro contato foi o atributo que recebeu os menores escores em todos os serviços de APS avaliados. Van Stralen et al. (2008), no estudo comparando a percepção de profissionais de saúde e usuários sobre APS na Região Centro-Oeste do Brasil, percebeu baixos valores de acesso, tanto na percepção dos profissionais quanto nas dos usuários, seja nos centros de saúde tradicionais, seja nos de Saúde da Família. Escorel et al. (2005) avaliaram a implantação em dez grandes centros urbanos sob a ótica dos profissionais e gestores e, em oito deles, também avaliou a o-

pinião de usuários amostrados aleatoriamente. O acesso foi descrito como problemáticos pelos usuários: entre 30-67% dos portadores de doenças crônicas relataram não receber qualquer tipo de atendimento; 12-20% dos que se referiam como hipertensos e 16-33% das crianças até dois anos não eram acompanhados.

3.1.1 A Estratégia de Saúde da Família como Porta de Entrada dos Serviços de Saúde no Município de Florianópolis/SC

Nos últimos anos, Florianópolis tem priorizado suas ações na Estratégia de Saúde da Família como eixo norteador de Atenção à Saúde no município. Em agosto de 2007, editou a portaria da Secretaria da Saúde nº 283/2007, estabelecendo a Política Municipal de Saúde centrada na Estratégia de Saúde da Família.

Conill et al. (2002) em um estudo qualitativo sobre a implementação do PSF em Florianópolis (SC) observou que a proporção das famílias atendidas e equipes do programa não era respeitada e, conseqüentemente, o acesso continuava sendo um problema à população. Giovannella et al. (2009), em seu estudo entrevistando profissionais de saúde, gestores e usuários no município de Florianópolis, disserta que a ESF implementada em Florianópolis está alicerçada na organização da demanda com o estabelecimento de prioridades para o atendimento, o que por vezes restringe o acesso às USF dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários, que são crianças até seis anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e portadores de diabetes e hipertensão arterial. Além disso, escreve que, na prática, o atendimento da demanda espontânea nas unidades é diversificado: para os grupos de risco agendam-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diário; outras ESF apresentam turnos ampliados com clínicos para o pronto-atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários; em outras, ainda, o acesso dessa população é mais restrito com atendimento apenas semanal. Contudo, 91% dos pacientes entrevistados na pesquisa consideravam a USF como de fácil acesso. Na avaliação dos profissionais das equipes de ESF, o PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município (89% dos médicos, 93% dos enfermeiros e 77% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e é acessível a toda população cadastrada (64% dos médicos, 97% dos enfermeiros, 75% dos auxiliares de enfermagem e 79% dos ACS). Apenas um terço dos médicos discordou desta afirmativa. Em relação à atenção integral prestada pela ESF, umas das ações mais bem avaliadas pelo conjunto de médicos e enfermeiras foi a garantia de acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada (65%). Entre as pessoas usuárias das ESF que foram entrevistadas, 28% tinham caso de adoe-

cimento em sua família nos últimos trinta dias e, destas, 73% referiram ter procurado um serviço de saúde, e 31% delas foram atendidas em uma ESF.

Sisson et al. (2011) no estudo quantitativo e qualitativo no município de Florianópolis entrevistou profissionais de APS das equipes de Saúde da Família do município e também realizou um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas, permitindo assim conhecer as experiências e a avaliação dos usuários em relação ao acesso e à utilização de serviços de atenção especializada, verificou que a ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. Embora o percentual de profissionais de nível superior das equipes de ESF informarem realizar atendimentos de urgência/emergência tenha sido alta, o tipo de organização formal do atendimento à demanda, com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais, embora facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe o acesso aos centros de saúde aos usuários não pertencentes esses grupos prioritários, dificultando a conformação do centro de saúde como serviço de primeiro contato. Embora 50% das famílias tenham indicado o centro de saúde como porta de entrada preferencial (Centro de Saúde – 30%; Equipe ESF – 19%) e 87% dos médicos e enfermeiros indicarem a ESF como serviço de primeiro contato das famílias, o acolhimento, mecanismo de organização das demandas da rede de APS de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, corroborando a um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como fonte de cuidado regular.

3.2 O ACESSO AVANÇADO

3.2.1 Agendamentos para o mesmo dia: quebrando o paradigma do acesso

Murray e Tantau (2000) descreve que em 1990, ao gerenciar o serviço de APS *Kayser Permanent* no nordeste da Califórnia, percebeu que tinha mais de 100 médicos e outros 400 funcionários para prover o cuidado de aproximadamente 250.000 pessoas adultas. O tempo médio de espera para atendimento era de 55 dias e a probabilidade de você consultas com seu médico de referência era menos de 47%. Logo, foi necessária a reconstrução do sistema de agendamento com foco chave na relação médico-paciente baseado em dois aspectos fundamentais: (1) *Continuidade* do cuidado, habilitando o sistema a proporcionar as pessoas a consultarem com seu médico de referência, melhorando a satisfação do usuário com o serviço de

saúde; (2) *Capacidade* da agenda de permitir ao usuário que ele seja atendido no mesmo dia, diminuindo o número de consultas pré-agendadas e aumentando o espaço da agenda para as demandas do paciente daquele dia. Dá-se a esse sistema de agendamento o(s) nome(s) de “acesso avançado” ou “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”, cuja única regra é: “Faça o trabalho de hoje, hoje”. Esse sistema permite as pessoas a buscarem seu médico de referência por quaisquer problemas de saúde, seja ela urgente, de rotina ou atividade preventiva. Em menos de um ano após a implementação do acesso avançado, o tempo de espera por uma consulta caiu de 55 dias pra 1 (um) dia apenas, aumentou a chance da pessoa em ser avaliada pelo seu médico de referência de 47% para 80% e melhorou tanto a satisfação dos usuários quanto dos profissionais do serviço de saúde. Além disso, observou-se a diminuição em 10% do número de consultas por pessoa ao ano. Existem três tipos de sistemas relacionados à continuidade do acesso: (1) *modelo tradicional*, onde a agenda já se encontra lotada em um determinado período de tempo, seja ele 1 semana, 15 dias, 1 mês ou 2 meses o que acarreta em sofrimento e sobrecarga profissional, uma vez que muitas vezes acabam ocorrendo casos urgentes no meio dessa agenda, dificultando a gestão da clínica por parte do médico. Logo, o médico, numa tentativa de (muitas vezes em vão) restringir essa demanda, acaba criando certos tipos de marcação complexos e restritivos, tais como, por exemplo, saúde da mulher, saúde do homem, retorno para diabéticos, retorno para hipertensos, consultas de rotina, etc. Murray e Tantau (2000) chama esse sistema de “Faço o trabalho do último mês hoje”. (2) O *Sistema com vagas*, descrito por Smoller (1992 apud Murray and Tantau, 2000) onde ele afirma que a cada 10.000 pacientes, a demanda por consultas médicas de urgência são de 55 na segunda-feira, 50 na terça-feira e 45 de quarta a sexta-feira. Logo, muitos médicos montam seu sistema de agendamento com base nessas informações. Por exemplo, se quatro médicos cuidam de 10.000 pessoas, na segunda-feira cada um deles reserva 14 vagas para essas consultas naquele dia ($14 \times 4 = 56$ vagas), e o resto vagas é agendada da forma tradicional. Murray e Tantau (2000) chama esse sistema de “Faça parte do trabalho de hoje, hoje.”. Embora esse sistema seja um agendamento tradicional melhorado, ele possui inúmeros problemas:

- a) Primeiramente, como esse sistema permite agendamentos prévios (por exemplo, de duas semanas atrás), pacientes com problemas não urgentes continuam sendo “empurrados” para o frente e, conseqüentemente, o trabalho continua sendo postergado.
- b) Em segundo lugar, esse sistema tende a criar um “terceiro tipo de agendamento”, pois algumas pessoas podem não necessitar de cuidados urgentes, mas também não podem esperar pela consulta agendada em determinada data.

- c) Em terceiro lugar, sempre há uma tensão entre as consultas de rotina e as de urgência. Quantas consultas de urgência um médico pode reservar para um determinado dia? 45 ou 55 numa segunda-feira? A precisão é importante porque como esse sistema reserva vagas, esses horários reservados podem não ser preenchidos, o que pode resultar em perdas de vagas para a população.
- d) Quarto, nesse sistema os funcionários tendem a dizer para os pacientes a retornarem noutro momento, o que dificulta a predição da demanda para os dias subsequentes, acarretando transtornos de marcação futuros.
- e) Por fim, a pressão dos usuários pode fazer com que se marquem pacientes não urgentes em horários de pacientes urgentes nos dias subsequentes, e essa lista de pessoas pode fazer com que se volte espontaneamente ao modelo tradicional, saturado.

(3) *Acesso Avançado*, sistema que é necessário os profissionais de saúde mudarem seus conceitos e não mais fazerem distinção entre as consultas de urgência e de rotina. Para isso, na segunda-feira, 65% a 75 % da agenda deve estar completamente aberta. Os horários já agendados estão reservados para as pessoas que não puderam ser atendidas na sexta-feira ou porque o médico deliberadamente os agendou como seguimento ou retorno. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é simplesmente oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. A demanda não é infinita, como muitos médicos acreditam. Mesmo em sistemas caóticos, a demanda populacional é igual ao número de pacientes normalmente vistos diariamente. Logo, quando o médico percebe que a disponibilidade da agenda e a demanda estão em equilíbrio, é, de fato, possível fazer o trabalho do dia no mesmo dia.

3.2.2 Definindo o Tamanho Populacional - Número de pessoas por médico

Murray et al. (2007) afirma que é necessário delimitar um número de pessoas para o médico dispor de um melhor cuidado para estes usuários, melhorando tanto o acesso do usuário ao seu profissional de referência quanto a sobrecarga de trabalho desses profissionais, chamando esse número de “*tamanho do painel*”, que é o número de pessoas por médico. Além disso, ele afirma que no *acesso avançado*, o médico de referência avalia exclusivamente a demanda do paciente na consulta requerida, não criando assim demandas aditivas ou retornos ou encaminhamentos desnecessários para o usuário, otimizando assim o tempo e, consequentemente, o número de consultas diárias. Definir o número de pessoas por médico é importante, pois, além de melhorar a relação médico-paciente, por melhorar a acessibilidade da pessoa ao seu médico e referência, ele define a carga de trabalho do profissional, é um preditor da de-

manda dos usuários, além de mostrar mais claramente se o problema de acesso se dá pelo desempenho dos profissionais. Por exemplo, se dois médicos têm a mesma relação de pessoas por médico, e um deles é mais procurado que o outro, pode-se então investigar o porquê desse profissional ser menos procurado. Além disso, pelo médico conseguir assegurar um melhor acesso e uma melhor continuidade de cuidados aos seus pacientes, a probabilidade de se obter melhores resultados em saúde de sua população assistida é maior. Para determinar o número de pacientes por médico é preferível avaliar o número de pessoas que consultaram nos últimos 18 meses (ao invés de 12 meses, pois se pode subestimar o ‘*tamanho do painel*’), com o seu profissional de referência. Os que consultaram com um médico apenas devem ficar com este médico. Os que consultaram com mais de um médico devem ficar com o profissional que lhe viu com mais frequência. Se o usuário foi visto por mais de um médico e todos com a mesma frequência, deve ficar com último médico que lhe consultou.

Para determinar o número de pacientes por médico é utilizada a seguinte fórmula: *Tamanho do painel x consultas por paciente por ano (demanda) = consultas médicas por dia x dias trabalhados por médico por ano (produção)*. Pelo *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS) de 2010 a média de consultas médicas nos EUA é 3,322. Deve-se ressaltar que número de consultas por dia não é simplesmente o número de vagas na agenda disponíveis nesse dia, pois esse modelo de acesso avançado é necessário otimizar o tempo, seja, por exemplo, utilizando o tempo de consulta dos pacientes que faltaram para consultar outros pacientes, seja diminuindo o tempo de consulta médica objetivando-a. Na variável *número de dias trabalhados pelo médico por ano* deve-se ficar atento no tempo realmente disponibilizado para consultas médicas ambulatoriais semanalmente. Então, as variáveis que podem afetar o número de pessoas por profissional são: número de pacientes atendidos por dia, número de dias disponibilizados para consulta médica ambulatorial por ano e número de consultas médicas por pessoa por ano. Pode-se, ainda, ajustar para idade e sexo, pois é sabido que mulheres, crianças e idosos consultam mais. Logo, avaliar os dados de gênero e a pirâmide etária é importante para melhor ajustar a relação número de pessoas por médico. Faz-se ainda a ressalva que esse modelo de cálculo não inclui a carga de doença da população assistida pois se sabe que pessoas doentes consultam mais que pessoas híginas.

3.2.3 Número de pessoas por médico delegando tarefas para outros profissionais de saúde

Altschuler et al. (2012) afirma que o médico de APS tem um número de pacientes

muito elevado para fornecer cuidados em saúde adequados e de alta qualidade, estimando que o médico despenderia 21,7 horas por dia, para prover cuidados aos seus pacientes agudos, crônicos e realizar atividades de promoção e preventivas de acordo com a *US Preventive Services Task Force* se tiver 2.500 pacientes sob sua responsabilidade. A média nos EUA é de 2.300 pacientes por médico. Sendo assim, é estimado 2484 horas por ano para cuidados de pacientes crônicos e 888 horas para pacientes com problemas agudos se o médico tiver 2500 sob seus cuidados. Pacientes nos EUA recebem apenas 55% das ações para doenças crônicas e preventivas nos serviços de saúde. Cinquenta por cento dos adultos tem ao menos 1 condição crônica nos EUA, 50% das pessoas com hipertensão não têm controles pressóricos adequados, 80% das pessoas com dislipidemia não têm controle lipídico adequado e 43% das pessoas com diabetes não alcançaram controle glicêmico adequado. Por esses fatores, Altschuler propõe três modelos alternativos de APS nos EUA, objetivando reduzir o número de pacientes por médico, através de equipes multidisciplinares em saúde. Utilizando as estimativas acima descritas, foi calculado o tempo por paciente por ano necessário para cada profissional da equipe de saúde dividindo o tempo total por ano para o cuidado de 2500 pessoas. As outras profissões das equipes eram enfermeiros, farmacêuticos, educadores em saúde e técnicos de enfermagem (“*medical assistants*”, em inglês). Das 2484 horas por ano de cuidado a pacientes crônicos, é gasto um terço do tempo com pacientes com bom controle e dois terços do tempo eram necessários para pacientes com maus controles de suas condições crônicas. Foi estimado que 75% dos pacientes com bom controle e 33% dos pacientes com maus controles poderiam ser delegados aos outros membros da equipe, não médicos, sendo um total de 47% delegado a outras categorias profissionais. Sendo assim, foram propostos três modelos:

- a) Modelo 1: 77% dos cuidados de prevenção e 47% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.
- b) Modelo 2: 60% dos cuidados de prevenção e 30% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.
- c) Modelo 3: 50% dos cuidados de prevenção e 25% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.

Tabela 1 - Estimativa do “Tamanho do painel” em diferentes modelos de Delegação de Tarefas para outros profissionais de saúde não médicos

Tipo de Cuidado	Modelo Não-Delegado (Painel=983)		Modelo Delegado1 (Painel=1947)		Modelo Delegado2 (Painel=1523)		Modelo Delegado3 (Painel=1387)	
	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)
Preventivo	0	0,71	77	0,16	60	0,28	50	0,35
Crônico	0	0,99	47	0,53	30	0,70	25	0,75
Agudo	0	0,36	0	0,36	0	0,36	0	0,36
Total	0	2,06	-	1,04	-	1,33	-	1,46

Fonte: adaptado de Altschuler et al., 2012.

Foi estimado que o médico trabalha, em média, 2025 horas por ano e 43 a 47,1 horas por semana por ano. Altschuler et al. (2012), estima que o tempo médio necessário por paciente por ano para cuidados de prevenção, doenças crônicas e agudas é, respectivamente, 0,71, 0,99 e 0,36 horas, totalizando 2,06 horas de serviço por ano por paciente. Logo, se o médico de cuidados primários trabalha 2025 horas por ano, 1 médico teria 983 pacientes no modelo médico-centrado, sem delegar atividades a outros profissionais de saúde, uma vez que, o total de horas trabalhadas por ano dividido pelo número de horas por paciente é igual ao número de pacientes por médico. Nos modelos com equipes multiprofissionais, 1 médico poderia se responsabilizar por: 1947 pacientes no modelo 1; 1523 pacientes no modelo 2 e 1387 pacientes no modelo 3.

3.2.4 Número de médicos e enfermeiras em Atenção Primária à Saúde na Literatura

Internacional e no Brasil

Masseria et al. (2009) descreveu sobre a Atenção Primária na Europa, e encontrou a relação de *General Practitioners* e *Nurses Practitioners* (enfermeiras generalistas especializadas em APS) por 100.000 habitantes nos inúmeros países europeus conforme pode-se observar na tabela abaixo:

Tabela 2 - Médicos Generalistas e Enfermeiras Generalistas por 100.000 habitantes na Europa¹.

	Médicos Generalistas por 100.000 ¹		Enfermeiras Generalistas por 100.000 ¹	
	1994	2006	1994	2006
Áustria	120.8	150.8	482.2	628.4
Bélgica	151.2	177.3 ⁿ	1063.3	1341 ^m
Bulgária	76.3	66.8	601.3	411.9
Croácia	75.9	66.4	411.9	526.0
Chipre	...	...	426.6	435.9
Rep. Tcheca	69.2	70.5	874.9	846.4
Dinamarca	74.5	77.5	894.2	961.3
Estônia	46.9	63.5	632.3	655.2
Finlândia	138.7	95.9	469.7	855.2
França	162.2	165.1	594.1	764.4
Alemanha	121.2	99.1	726.4 ^d	781.2
Grécia	...	...	255.3 ^z	326.8
Hungria	62.9	65.1	782.5	904.1
Irlanda	46.4	69.4	1149.8	1542.9
Itália	80.9	91.6	522.4	700.7
Letônia	3.0	56.1	640.3	541.9
Lituânia	38.9	76.6	947.4	741.5
Luxemburgo	77.3	92.5 ⁿ	680.0	1023.1 ⁿ
Malta	...	...	374.8 ^h	560.9
Holanda	45.6	51.9	902.5 ^z	1479.3
Noruega	75.3	75.3	1494.7	1553.6
Polônia	...	...	541.1	468.8
Portugal	61.9	56.1 ⁿ	319.8	481.4
Romênia	74.8	68.7	433.8	397.4
Eslováquia	37.1	43.3 ⁿ	706.5	631.7 ⁿ
Eslovênia	36.9	48.8	597.8	764.8
Espanha	71.8 ^m	73.8	429.5 ^a	743.7
Suécia	54.0	60.4	868.9	1083.4
Turquia	49.4	71.2	202.3	256.1
Reino Unido	59.5	67.3 ^m	...	...

¹OMS SAÚDE PARA TODOS, 2008.

^z fonte de dados 1992; ^a fonte de dados 1993; ^b fonte de dados 1995; ^c fonte de dados 1996; ^d fonte de dados 1997; ^e fonte de dados 1998; ^f fonte de dados 1999; ^g fonte de dados 2000; ^h fonte de dados 2001; ⁱ fonte de dados 2002; ^l fonte de dados 2003; ^m fonte de dados 2004; ⁿ fonte de dados 2005.

Fonte: Adaptado de Masseria et al., 2009.

No Brasil, tem-se, considerando a estimativa IBGE 2011 onde a população brasileira apresenta 193.946.886 habitantes, 1,11 médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade, de acordo com o número de Médicos de Família com cadastro ativo no site do Conselho Federal de Medicina.

3.2.5 Relação do Número de Pacientes por General Practitioners na Europa e no Brasil

Giovanella (2006), ao descrever a APS nos países da União Européia (UE), verifica que o ator principal da Atenção Primária é o médico generalista, ou “*family doctor*”, o que no Brasil corresponderia ao Médico de Família e Comunidade (MFC), sendo o profissional médico de primeiro contato em muitos países da UE. Contudo, a organização de muitos destes sistemas de saúde é diferente da do SUS e, embora a maioria deles tenha o MFC como porta de entrada na APS desses sistemas, ocorre, em alguns deles, variação em relação ao tipo de serviço e de profissional responsável pela primeiro contato dos pacientes, assim como também a relação do número de pacientes por médico é muito menor que as 3000 – 4000 pessoas por equipe de saúde da PNAB, além da elevada relação do percentual de generalistas do total de médicos, conforme visualizado nas 2 tabelas abaixo (Giovanella, 2006; Masseria et al., 2009):

Tabela 3 - Características dos serviços de primeiro contato nos países da União Européia.

Países	Profissional de Primeiro Contato	Unidade de APS	Papel de “Gatekeeper”	Inscrição de Pacientes	Número de Pacientes na lista dos Generalistas**
Serviço Nacional de Saúde					
Dinamarca	Generalista	Consultório de grupo	X	X	1.600
Espanha	Generalista	Centro de Saúde	X	X	2.500
Finlândia	Generalista	Centro de Saúde	Não (25%)	Não (1/3)	-
Grécia	Generalista	Centro de Saúde	Não	Não	-
Itália	Generalista ou Pediatra	Consultório Individual	X	X	1.030 (1.500)
Portugal	Generalista	Centro de Saúde	X	X	1.500
Reino Unido	Generalista	Consultório de grupo	X	X	1.850
Suécia	Generalista	Centro de Saúde	Não	Não (opcional)	Não (2.000)
Seguro Saúde					
Alemanha	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não (hosp.)	Não	-
Áustria	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não (hosp.)	Não	-
Bélgica	Generalista	Consultório Individual	Não	Não	-
França	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não	Não	-
Holanda	Generalista	Consultório em Grupo	X	X	2.350
Irlanda	Generalista	Consultório Individual	X	X*	-
Luxemburgo	Generalista ou Especialista	Consultório Individual	Não	Não	-

* Inscrição somente para pacientes de baixa renda;

** Médias de pacientes inscritos por generalista para Dinamarca, Itália, Portugal e Reino Unido; para Espanha e Holanda número máximo.

Fonte: Giovanella, 2006.

Tabela 4 - Organização da atenção ao primeiro contato.

País	Fontes de atenção ao primeiro contato	“Porta de entrada” ou “gate keeping”	Escolha do profissional da “porta de entrada”	Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar não-emergencial	Organização prática dominante	Número médio de pacientes por generalista	Envolvimento de outros profissionais da saúde
Áustria	Generalistas, ambulatórios, ambulatórios hospitalares; pediatras, ginecologistas, dentistas, oftalmologistas	Até certo ponto; mais para generalistas com contratos de seguro social	Sim (com algumas restrições)	Geralmente sim para generalistas com contratos de seguro social; caso contrário, não necessário para a maioria das especialidades	Sim	Principalmente práticas individuais, embora algumas funcionem em ambulatórios e algumas funcionem em ambulatórios hospitalares	800 (estimativa)	Generalistas trabalhando em formatos de grupo também trabalham geralmente ao lado de enfermeiras, especialistas e fisioterapeutas
Bélgica	Qualquer médico, atendimento hospitalar	Não	N/a	Não	Não	Principalmente individual (75%), prática em grupo (16%) e centros de atenção primária (9%)	588-1056	Em centros de atenção primária: funcionários administrativos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicoterapeutas ou outros trabalhadores de atenção primária (ex.: farmacêutico, fonoaudiólogo etc.)
República Tcheca	Generalistas, pediatras, ginecologistas, dentistas e atendimento emergencial	Sim (não plenamente aplicada)	Sim	Sim, mas os pacientes podem ignorar	Sim	Individual (80%)	1613 por adultos, 952 por crianças	Não
Dinamarca	Generalistas, centros de saúde	Sim	Sim (dentro da área de residência)	Grupo 1 (10 Km de casa): sim, para a maioria; Grupo 2 (livre escolha): não	Sim	Individual	1400-1500	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Inglaterra	Generalistas, centros de saúde	Sim	Sim (dentro da área de residência)	Sim, para todas as especialidades	Sim	Grupo (81%)	1200-2200	Enfermeiras, farmacêuticos
Estônia	Generalistas, oftalmologistas, dermatologistas, ginecologistas, psiquiatras, infectologista, dentistas, pneumologista (em caso de TB) e todo especialista necessário no caso de trauma	Parcialmente sim	Sim	Sim, para o mais especialista (pagamento extra)	Sim	Tanto prática individual quanto prática em grupo	1200-2000	Enfermeiras. De acordo com o Plano de Desenvolvimento da Atenção Primária de 2009, a prática de generalistas deverá ser integrada a parteiras, pediatras, especialistas em reabilitação, enfermeiras de saúde mental, etc.
Finlândia	Generalistas	Sim, no setor público	Sim	Sim, no setor público	Sim	Generalistas trabalham em centros de saúde municipais	1500-2000	Dependendo do tamanho e do tipo da municipalidade, os centros de saúde incluem generalistas, às vezes médicos especialistas, enfermeiras, enfermeiras de saúde pública, parteiras, dentistas, assistentes sociais

França	Generalistas, especialistas	Sim (85%)	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Individual	1000-1500	Pequeno envolvimento de outros profissionais
Alemanha	Generalistas, especialistas, policlínicas	Sim (8%)	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Individual (68%)	1500-2000	Enfermeiras, parteiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Itália	Generalistas, pediatras, e atendimento emergencial	Sim	Sim	Sim	Sim	Individual	1800 Generalistas 1000 pediatras	
Lituânia	Generalistas, especialista específico	Sim	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Prática em grupo (90%)	1800	Enfermeira de atenção primária à saúde, ginecologistas
Holanda	Generalistas (em centros de saúde)	Sim (100%)	Sim	Sim, para todas as especialidades	Sim	Individual (72%)	2250	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Polônia	Generalistas, pediatras, internistas	Não formalmente, mas através de mecanismos como estrutura de financiamento	Sim, pode mudar 2 vezes ao ano sem nenhuma cobrança adicional	Sim, com algumas exceções como ginecologistas, dermatologistas, psiquiatras e outros.	Sim	1.Prática individual 2.Prática em grupo 3.Unidades de atenção primária	4161	Práticas individuais tem de 1 a 2 serviços de suporte, geralmente incluindo uma enfermeira; práticas em grupo tem equipe maior, incluindo 2 a 3 enfermeiras e pessoal técnico-administrativo; centros de atenção primária dispõem de um amplo escopo de cuidados ambulatoriais e primários, possuindo grande equipe.
Romênia	Generalistas	Sim	Sim (só pode trocar depois de 6 meses)	Sim, para a maioria	Sim	Individual, com 1 enfermeira	1200-1500	Enfermeiras

Proporção de serviços que um paciente pode acessar diretamente sem um encaminhamento médico. Os serviços considerados incluem: generalista, emergência, dentista, pediatra, ginecologista, parteira, especialista ambulatorial, especialista hospitalar, enfermeira generalista, atendimento domiciliar, outros psicoterapeutas, psiquiatra, hospital, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e clínica de reabilitação.

Fonte: Masseria et al., 2009

Como comparação, os dados de 2011 do Brasil descrevem que nosso país apresenta 1,95 médicos por 1000 habitantes e 44,9% não tem especialidade alguma, ou seja, são “generalistas não especialistas”, ao contrário desses países com APS forte onde os profissionais deste ponto de atenção são todos “generalistas especialistas” (Savassi, 2011). Logo, há uma falta substancial de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, os “especialistas generalistas” no Brasil e, conseqüentemente, no SUS. Ao todo, são 2.163 especialistas em MFC registrados no Conselho Federal de Medicina com cadastro ativo (Conselho Federal de Medicina, 2013).

3.3 EXPERIÊNCIAS DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO NA LITERATURA INTERNACIONAL

Belardi et al. (2004), num serviço de residência de Medicina de Família no Canadá, comparou a implementação do acesso avançado com a forma tradicional de agendamentos em 15 meses em relação a: 1) taxas de abstenção (número de faltosos); 2) Continuidade (percentual de consultas com seu médico de referência); 3) Tempo de espera para se obter uma consulta de 15 ou 30 minutos, medido em dias; 4) Consultas perdidas pelos pacientes por não poderem esperar o tempo de agendamento e irem consultarem com outro médico - ‘*urgent care*’; 5) número de consultas médicas/turno; 6) número de pacientes por médico. Chamou-se de acesso avançado onde apenas 25% da agenda era de agendamentos prévios e 75% de agendamentos-dia, enquanto o agendamento tradicional (grupo controle) tinha 40-50% de agendamentos prévios e o restante de agendamentos-dia. A duração de tempo das consultas no acesso avançado era de 15 minutos por consulta, mas o médico podia manejar suas consultas de acordo com a condição clínica de seu paciente, por exemplo: tempo de consulta de rotina de HAS/DM eram de 15 minutos, e tempo de exame geriátrico eram de 30 minutos (2 consultas). O tempo médio para se obter uma consulta no acesso avançado foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$) menor, 5 dias, enquanto no modo tradicional foi de 21 dias. A Continuidade, o número de consultas médicas por turno e as taxas de abstenção não foram estatisticamente significativas entre as duas formas de agendamento, além de também não haver aumento ou diminuição do número de pacientes por médico após a implementação do acesso avançado.

Cameron et al. (2010), realizou um estudo com o objetivo de avaliar a implementação do acesso avançado em duas clínicas de atenção primária com atividades acadêmicas de ensino no Canadá (Halifax, Nova Escócia). Em 2006, (Bundy et al., 2005; The College of Family

Physicians of Canada, 2006) os registros do Colegiado de Médicos de Família Canadenses mostravam que o acesso as consultas-dia eram piores no Canadá em comparação aos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália. Em 2007 (National Physician Survey, 2007, 2008; Schoen et al., 2007), uma pesquisa Nacional perguntou aos Médicos de Família qual era o tempo de espera para o primeiro atendimento médico disponível ou quanto tempo as pessoas deveriam esperar por uma consulta médica devido a um problema agudo de saúde. Sessenta e cinco por cento dos médicos acreditavam que eram capazes de oferecer agendamentos para o mesmo dia, o que contrastava com a pesquisa do Fundo Nacional, onde apenas 22% dos adultos canadenses achavam que poderiam ser atendidos no mesmo dia pelo seu médico de família. Em 2008, outra pesquisa mostrou que 45% dos canadenses achavam que tinham que esperar muito tempo para realizar um consulta médica de rotina, e um terço dos idosos disseram que buscavam em serviços de emergência para resolver problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na atenção primária. Logo, como o acesso avançado visa reduzir os tempos de espera das pessoas a consultar com seu médico de referência limitando a proporção de pacientes pré-agendados, foi avaliado nesse estudo: (1) Terceiro horário disponível para consulta (*'third next available appointment'*), índice que mede o tempo médio, em dias, entre o dia em que a pessoa solicita a consulta médica e o terceiro horário disponível na agenda do médico para atender um novo paciente ou realizar exame de rotina ou consulta de retorno. Foi utilizado o “terceiro horário disponível” para consulta ao invés do “próximo horário da agenda disponível” por ser uma ponderação mais sensível da real disponibilidade de agendamento. Por exemplo, um horário de agendamento pode estar em aberto no momento da solicitação pelo cancelamento de uma outra consulta ou outro evento inesperado. Sendo assim, utilizando o “terceiro horário disponível”, elimina as chances destas ocorrências ao medir a disponibilidade da agenda. (2) Número de faltas às consulta médicas; (3) Número de consultas médicas. O Tempo de observação do estudo foi de nove meses. Os resultados apontaram uma redução substancial no tempo de espera por uma consulta médica, indicando melhora no acesso dos usuários. Além disso, houve diminuição no número de faltas às consultas. Não houve alteração no número de consultas médicas. O tempo espera para consultas caiu de 13,7 (dp=1,93) dias para 3,6 (0,78) dias para o mesmo período após a implementação do acesso avançado ($p < 0,0001$). O número de faltas caiu de 3,33% (0,76%) para 1,89% (0,32%) no acesso avançado, e o número de consultas não variou quando comparado a 2008 (21838 consultas) e 2009 (21819).

O'Hare e Corlett (2004) avaliaram o acesso avançado na *Allina Medical Clinic (AMC)*, em Minnesota, no ano de 1999. Responsável por 500.000 pacientes em quarenta serviços de

saúde que tinham entre quatro e oitenta médicos cada um deles, O'HARE observou a implementação do acesso avançado em 23 dos 40 serviços de saúde no período de três anos. As taxas de reembolso das “*Relative Value Units*” (RVUs), que são uma medida de valor utilizada no Medicare, o programa nacional de seguro social dos EUA, para reembolso de serviços médicos, foram maiores quando os pacientes consultavam com seu médico de referência de atenção primária, enquanto que as RVUs das consultas que não eram realizadas com médicos que não eram de atenção primária permaneceram iguais. Em 2000 houve aumento das RVUs de 12%, 15% em 2001 e 17% em 2002. Houve melhora da satisfação dos usuários com os serviços que utilizavam o acesso avançado, com escores maiores de pessoas que responderam “excelente” para as três perguntas realizadas: 1) Meu médico conhece minha história clínica (35.5% x 31.6%); 2) Tempo que o médico dispensou para a consulta da pessoa (35.7% x 31.4%); 3) Cordialidade dos funcionários da clínica (38.8% x 36.3%).

Em 2007, O *National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO)* publicou o relatório sobre a implementação do acesso avançado em *General Practice* (Salisbury et al., 2007) onde descreve o acesso avançado como o forma de agendamento médico onde o paciente é visto em até 2 (dois) dias úteis. Os médicos generalistas que optaram por esta forma de agendamento receberam incentivo financeiro objetivando melhorar o acesso em suas clínicas. O objetivo do relatório foi avaliar o impacto do acesso avançado na forma de agendamento, continuidade do cuidado, carga de trabalho, e demanda em outros pontos de atenção do NHS. Foi feito estudo comparativo entre 48 clínicas, escolhidas de 12 *Primary Care Trusts (PCTs)** onde metade delas tinham como forma de agendamento o acesso avançado e a outra metade não (controle). Dessas 48 clínicas, 8 foram selecionadas – 4 com acesso avançado e 4 não – para o estudo de caso com análise mais profunda utilizando uma aproximação etnográfica. Foi utilizada na amostra clínicas das 12 PCTs, registros de horários de agendamentos disponíveis e pacientes atendidos, continuidade da atenção também baseado no registro dos pacientes, avaliação aleatória na habilidade de marcação de consultas por telefone, amostra de pacientes atendidos nas clínicas por questionário, amostra de pacientes pelo correio que não realizaram cirurgia nos 12 meses anteriores, uma amostra do grupo de trabalho das clínicas, estudo qualitativo das 8 clínicas avaliadas, além de entrevistas com os facilitadores do acesso dos PCTs.

* *Primary Care Trusts (PCTs)* – Truste de Clínicas de Atenção Primária à Saúde que visavam a contratação de recursos humanos e insumos em saúde feitos diretamente pelos Médicos de Família responsáveis pelo Truste com financiamento do NHS.

Nos dois grupos, as equipes, tanto nas clínicas que provem acesso avançado quanto nas clínicas do controle relataram que a demanda é excessiva e por isso teria de ser limitada, ao invés da hipótese das clínicas com acesso avançado presumirem que o acesso avançado é mais previsível e manejável, assim como ambos os grupos pareciam ser desenhados para se ter um controle do acesso: enquanto nas clínicas do controle o problema era o tempo de espera por uma consulta médica, no acesso avançado a demanda era limitada pelo número de consultas médicas agendadas pelo telefone no início do dia, além da falta de flexibilidade de quando os agendamentos poderiam ser realizados. Foram identificados fatores que poderiam influenciar na forma de agendamentos das clínicas tais como fatores culturais da população local, espaço físico das clínicas, distância geográfica da população assistida. Alguns pacientes relataram estratégias a fim de burlar o sistema de acesso avançado quando suas percepções deste não iam de encontro às suas necessidades, embora relatassem como positivo a agilidade no acesso a consultas médicas, enquanto que nos controles expressaram sua frustração quanto ao tempo de espera pelas consultas. No acesso avançado, 57% das pessoas relataram conseguir agendamento médico para o mesmo dia, e 75% em dois dias úteis. Nos controles 32% dos pacientes eram visto no mesmo dia e 57% nem dois dias úteis. Não houve diferença na continuidade do cuidado comparando os grupos. Durante o período analisado, o número de consultas médicas e de agendamentos aumentou nos dois grupos, não havendo diferença estatística significativa na carga de trabalho assim como no número de faltosos e no número de pacientes atendidos em outros pontos de atenção do NHS. Por fim, não houve aumento de satisfação tanto dos usuários quanto da equipe nos dois modelos de atenção, além da percepção de diferentes grupos preferirem um ou outro modelo de acordo com suas necessidades em saúde, agudas ou crônicas.

Rose (2011) publicou uma revisão sistemática sobre o acesso avançado. Foram utilizados estudos controlados e não controlados de implementação do acesso avançado em APS em inglês e foram elegíveis se eles especificavam o método e a descrição dos dados de desfecho. Logo, os 2 revisores avaliaram os riscos para vieses utilizando a *Cochrane Effective Practice* e a *Organization of Care Group Risk of Bias*. Os dados foram extraídos independentemente em duplicata. Para análise dos dados foram utilizados 28 artigos descrevendo 24 estudos pelos critérios de eleição. Todos os estudos que avaliaram o tempo para agendamento utilizando o “terceiro horário disponível” (conforme o mesmo critério utilizado por Cameron et al. (2010) em seu estudo descrito anteriormente) mostraram diminuição de tempo para agendar consultas médicas (variação da diminuição: 1,1 – 32 dias), mas somente dois alcançaram um tempo para obtenção de consulta médica em menos de 48 horas da solicitação da con-

sulta (25%). Cinco dos oito estudos conseguiram diminuir o tempo para obtenção de consulta médica, também utilizando o “terceiro horário disponível”, para menos de 5 dias (63%). Além do tempo de espera para uma consulta médica, o único desfecho frequentemente utilizado nos estudos foi a taxa de faltosos, relatados em 11 estudos. Houve melhora significativa nessa taxa de faltosos (que não compareceram à consulta agendada) em 5 deles, onde todos eles tinham taxas anteriores à implementação do acesso avançado maiores que 15% (16%-43%). Além disso, três destes 5 estudos atendiam a populações de baixo nível socioeconômico. Houve variação na satisfação dos usuários (não houve mudança da satisfação após a implementação). Inúmeras pesquisas com pessoas do Reino Unido mostram que a marcação com agendamento em um horário conveniente para a pessoa é mais importante que a velocidade no acesso, a não ser que as pessoas tenham algum evento agudo. Também não houve alteração na taxa de imunizações de crianças, embora a implementação não seja um método robusto para avaliação deste desfecho. Sete estudos apontaram para um impacto no aumento de consultas médicas, no aumento da produtividade médica e na sua remuneração. Dois estudos relataram diminuição na continuidade do cuidado. Contudo, enquanto em um desses a médica que atendia no grupo do acesso avançado foi para a maternidade durante o breve tempo do período de 4 meses do estudo analisado, fato que pode ter potencializado esse achado, no outro estudo, em um serviço de residência médica, os agendamentos irregulares realizados pelos funcionários levavam a fragmentação da continuidade do cuidado pois as marcações de consulta realmente necessárias de consultas acabavam não podendo ser pré-agendadas. A revisão sistemática também mostra que, em alguns estudos, o acesso avançado pode não alterar ou pouco melhorar o seguimento de pessoas com doenças crônicas (diabetes). Por fim, a implementação do acesso avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia em detrimento de outros princípios, tais como o método centrado na pessoa, ou seja, é importante se ter uma expectativa realista de seus potenciais benefícios.

3.4 TRANSFORMANDO A PORTA DE ENTRADA DA APS EM AGENDAMENTO-DIA E “ACESSO AVANÇADO”

A *Primary Care Foundation* (Carson et al., 2009) concluiu sobre a necessidade de rearranjo no acesso e na reavaliação sobre as formas de agendamento e até mesmo da composição das equipes de saúde na Inglaterra. O Relatório faz dez recomendações a serem implementadas nas clínicas de APS britânicas, objetivando reduzir o número de internações por

condições sensíveis à APS e conseqüentemente, diminuir os custos do *National Health System* (NHS). Dentre elas, as clínicas de APS deveriam:

- a) atender a demanda do paciente da maneira que eles escolherem para acessar o serviço de saúde, seja por telefone ou pessoalmente;
- b) adequar a capacidade à demanda – ambos de acordo com a forma de acesso ao serviço – telefone ou consulta presencial – e identificar os diferentes tipos de demanda para ou atender o problema no mesmo dia ou agendar para breve;
- c) realizar agendamentos suficientes para suprir a demanda dos pacientes. Os médicos de família deveriam rever o número de agendamentos disponíveis semanalmente, dentre todos os grupos de atenção, incluindo consultas por telefone, afim de garantir o acesso a necessidade de seus usuários. A capacidade deveria ser suficiente para suprir a demanda previsível sem necessidade de recorrer a agendamentos-extra não planejados;
- d) estimar na agenda horários para consultas o mesmo dia – incluindo outras opções como consultas por telefone ou outras respostas para a demanda do paciente – que já deve estar relacionada ao padrão da demanda. O relatório estima dois terços da agenda médica para *acesso avançado* (em até 48h) e um terço para agendamento para o mesmo dia.
- e) Garantir que todos os casos que necessitem de atenção urgente sejam com segurança identificados pela equipe, seja por telefone ou pessoalmente, e que este processo seja bem compreendido.
- f) Estabelecer prazos para avaliação e intervenção, dando maior atenção aos casos que requererem visita domiciliar (VD), pois as chances destes casos tendem a ser mais agudos ou complexos.
- g) Ter uma equipe de saúde dedicada e capacitada para atendimentos clínicos em APS, tanto os médicos de família (“*general practitioners*”), com as enfermeiras (“*nurse practitioners*”).

3.4.1 O uso do telefone como intervenção para organização e manejo da demanda em APS

O relatório ressalta que o uso do telefone pela equipe de saúde melhora consideravelmente a organização do serviço de saúde. Ela é mais efetiva quando é ofertada ao usuário a

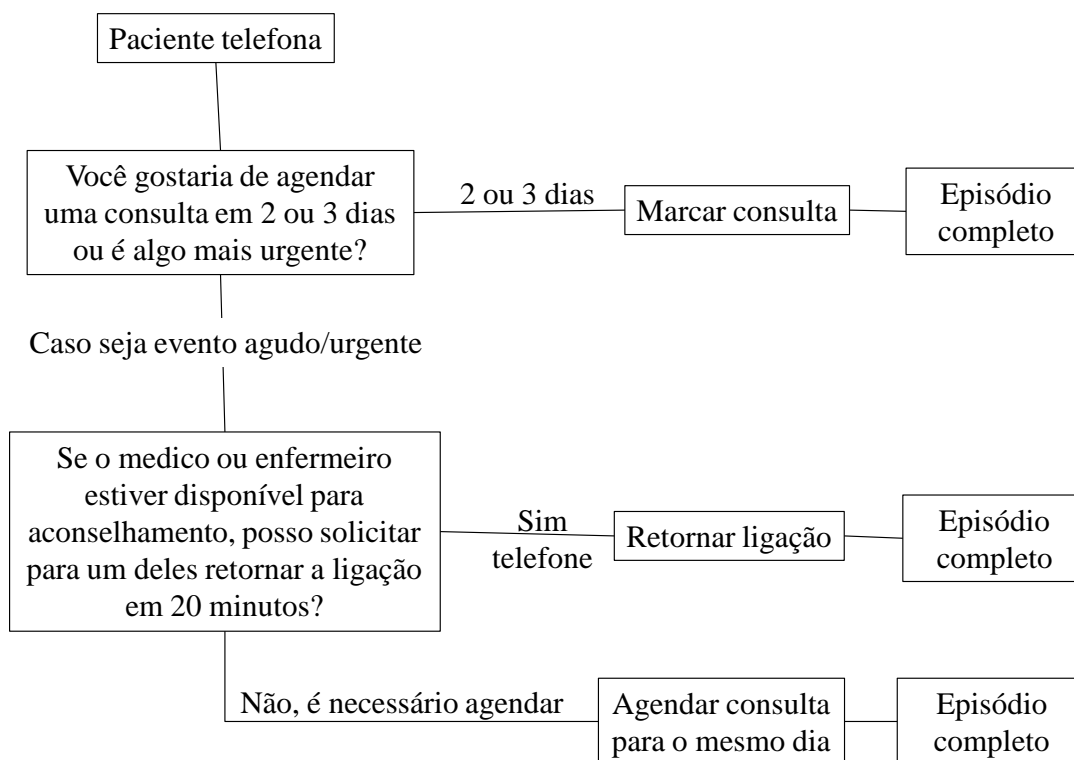
opção de consultar frente a frente com o clínico, pois em cinquenta por cento das vezes os pacientes tem que ir ao serviço de saúde consultar.

Em um centro de saúde britânico dois profissionais de saúde realizam atendimento telefônico entre 08:30-10:00h, e, quase imediatamente, as filas das pessoas que demandavam agendamento de consulta médica-dia desapareceram. Logo, é fundamental ter profissionais disponíveis para esta tarefa.

Contudo, a equipe deve assegurar que esse processo realmente minimize picos evitáveis na demanda. Logo, deve-se avaliar o padrão da demanda telefônica e ter certeza de que o número de linhas telefônicas e do número de pessoas da equipe de saúde que realizem este tipo de atendimento estejam adequados para o número de pacientes que procurem por esta oferta de serviço. Não há evidências se as consultas telefônicas realizadas pelo médicos ou pela enfermeira são mais ou menos efetivas.

Exemplo:

Figura 1 – Fluxograma de atendimento por telefone



Fonte: Carson et al., 2009

3.4.2 Capacidade Instalada

3.4.2.1 Número de agendamentos

A pesquisa do NHS *“Trends in Consultation Rates in General Practice 1995/1996 to 2008/2009: Analysis of the QResearch® database”* aponta que o número de consultas por pessoa por ano seja de 5.5 (interquartil 4.8-6.2). Aproximadamente um terço dos médicos de família que responderam a pesquisa tem menos que a capacidade esperada, enquanto dois terços tem mais pacientes que a capacidade esperada. A extensão desta variação é impressionante. Enquanto muitos médicos aparentemente ofertam 125% ou mais da taxa de consultas nacional, outros ofertam menos que 80% dessa mesma taxa.

3.4.2.2 Agendamento para o mesmo dia x acesso avançado

Após a implementação do acesso avançado pelo NHS, muitas clínicas generalistas optaram por aumentar em um terço da capacidade total instalada. Entretanto, isto parece ter se tornado contra-produtivo, uma vez que os pacientes que desejam fazer uma revisão de uma condição crônica ou episódica são forçados a também a fazer agendamento para o mesmo dia, o que acaba dificultando o acesso para esses usuários, levando a um ambiente estressante tanto para pacientes quanto para os funcionários. Logo, este balanço irá depender da maneira que cada médico de família, individualmente, trabalha. Contudo, nesse estudo se evidenciou que o agendamento para o mesmo dia é mais efetivo onde um terço da agenda do médico é reservada para este fim, e os outros dois terços da agenda são para os outros pacientes – no NHS, na forma de acesso avançado – para os de avaliação de rotina ou programáticos. Cabe a ressalva que nesse modelo se inclui a capacidade de resolutividade da enfermeira e outras formas de acesso, como o telefônico, por exemplo - para suprir a demanda do serviço de saúde.

3.5 CARGA DE TRABALHO MÉDICO EM APS NOS SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

Koch et al. (2011), conduziu um estudo comparando o Sistema Nacional de Saúde da Alemanha com sistemas nacionais de saúde de outros países através da percepção dos médicos dos locais onde atuam sobre o dia a dia de trabalho da profissão, assim como a percepção deles em relação aos seus sistemas nacionais de saúde. Foram entrevistados 10.320 médicos - médicos que atuam na APS, médicos generalistas, internistas que proviam cuidados primários

em saúde e pediatras – de 11 países: Austrália, Alemanha, Canadá, França, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. Destes, somente a Holanda e a Noruega (60% e 56%, respectivamente) consideraram o seu Sistema Nacional de Saúde funcionando bem. Na Alemanha, 82% dos médicos respondentes relataram que é fundamental a necessidade de mudança de seu sistema de saúde. A tabela abaixo ilustra a carga de trabalho dos médicos de atenção primária nesses países:

Tabela 5 - Carga de trabalho dos médicos de APS com seus pacientes nos 11 países (2009)

	Alemanha	Austrália	Canadá	França	Itália	Holanda	Nova Zelândia	Noruega	Suécia	Reino Unido	EUA
Trabalho Médio Semanal (Horas) - com contato pessoal	50.8 70%	40.5 87%	42.5 75%	48.6 82%	37.5 75%	44.4 69%	41 83%	40.5 67%	37.8 66%	42.2 68%	47.6 76%
Média de Pacientes Tratados por Semana	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Horas de Trabalho na Semana	50	40	40	50	40	45	40	40	40	40	46
([mediana, quartil inferior, quartil superior]) - com contato pessoal	[45,60] 70%	[38,50] 87%	[32,50] 75%	[40,60] 82%	[30,45] 75%	[34,50] 69%	[38,48] 83%	[33,48] 67%	[32,43] 66%	[35,50] 68%	[40,60] 76%
Número de Pacientes tratados por semana ([mediana, quartil inferior, quartil superior])	250 (150, 300)	125 (110,150)	110 (70,150)	101 (81,136)	150 (120,200)	120 (90,150)	120 (100,130)	80 (60,100)	50 (40,64)	120 (90,150)	100 (65,120)
Tempo de contato com cada paciente em minutos ([mediana, quartil inferior, quartil superior])	9,1 (6,4;13,4)	17,0 (14,9;19,2)	16,8 (12,1;23,3)	22,2 (16,9;29,5)	10,3 (7,2;15,0)	15,0 (12,2;18,0)	17,4 (15,4;19,8)	20,6 (16,0;26,0)	2,8 (24,0;36,0)	13,3 (10,8;16,8)	22,5 (17,0;29,7)

Fonte: Koch et al., 2011.

3.6 CARGA DE TRABALHO DO MÉDICO DE APS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Santos (2012), em seu parecer consulta nº 009/2012 junto ao Conselho Regional de Medicina do Pará – processo consulta nº 437/2012 relata que há inexistência de normatização sobre o número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico, seja nos postos de saúde seja nos ambulatórios do SUS. Nesse parecer é descrito a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul nº 007/2011 que, seu artigo 2º, descreve que “No atendimento de paciente com BAIXO RISCO DE MORTE, que necessitam avaliação diagnóstica e tratamento medicamentoso, deverá ser observada a relação de um médico para o atendimento máximo de até 14 (quatorze) pacientes por turno de quatro horas”. A resolução nº 17/1987 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro em seu artigo nº13 recomenda que “... na assistência ambulatorial devam ser atendidos 12 (doze) pacientes no máximo, em jornada de 4 (quatro) horas, respeitadas as limitações em números menores, conforme as especialidades. A resolução nº 01/2005 do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco em seu artigo nº1, parágrafo I, disserta que “Para consultas ambulatoriais o limite referido no caput deste artigo, é o de até 14 pacientes, atendidos por médico, em 4 (quatro) horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro do ditames de padrões éticos.”

Arroyo (2007), em sua pesquisa sobre a qualidade dos serviços de assistência à saúde e o tempo da consulta médica, observou que o tempo médio de consultas variou entre 8 e 52 minutos nas Instituições Públicas analisadas, enquanto que, nos serviços privados avaliados, o tempo médio entre 13 e 26 minutos.

Almeida (1991), avaliou o tempo de trabalho médico nas consultas em três unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto/SP. Observou-se um turno de trabalho de 4 horas (240 minutos) de nove médicos. Nesse período, foram realizadas 128 consultas médicas – 58 de pediatria, 43 de clínica e 27 de ginecologia. O tempo médio de consultas por médico foi de 10 minutos e 2 segundos e a média do número de consultas por médico foi de 14,22 consultas nesse período. Como o tempo dos nove médicos equivalem a 2160 minutos nessas 4 horas, constatou-se que 721 minutos não foram trabalhados, totalizando 33,37% do tempo de jornada de trabalho contratado analisado.

4 JUSTIFICATIVA

Observando o número de pessoas por médico na literatura internacional, o sistema de agendamento médico – o *acesso avançado* – e o número de consultas realizadas em diversos países, faz-se necessário avaliar tanto o número de pessoas por equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil. Ministério da Saúde, 2012) de 3000 pessoas por equipe num máximo de 4000 quanto as formas heterogêneas de agendamento médico realizadas na Atenção Primária do SUS. Logo, a proposta de estudo dessa dissertação de mestrado é avaliar se a acessibilidade organizacional, na forma de agendamento médico, tem influência no número de pessoas atendidas e no número de consultas médicas atendidas por ano por ESF considerando características demográficas, assistenciais e organizacionais, além de avaliar a relação do número de pessoas por equipe de ESF.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Identificar se o acesso avançado promove o aumento do número de consultas médicas e de pessoas atendidas em comparação com outras formas de agendamento médico entre as equipes de ESF na Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar se há relação entre as diferentes formas de agendamento das equipes de ESF (avançado, semanal, quinzenal, mensal e tradicional) em relação ao número de pessoas atendidas anualmente.
- b) Identificar se há relação entre as formas de agendamento das equipes de ESF (avançado, semanal, quinzenal, mensal e tradicional) e ao número de consultas médicas atendidas pelo médico anualmente.
- c) Identificar se há relação entre as variáveis sociodemográficas - população total, por gênero e faixa etária, e número de pessoas em Áreas de Interesse Social (AIS) - e as diferentes formas de agendamento das equipes de ESF e o número de consulta médicas e de pessoas atendidas pelo médico por ano.
- d) Verificar qual a proporção que as consultas programáticas representam do total de atendimentos médicos por ano, pelos seguintes CID10 utilizados nas consultas:
 - Puericultura: Z00, Z00.0, Z00.1 e Z00.2;
 - Pré-Natal: Z34; Z35;
 - Hipertensos: I10; I11; I12; I13; I15;
 - Diabéticos: E10; E11; E12; E13; E14.

6 REFERÊNCIAS

- Almeida MC. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto [Tese (Livre-Docência)]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1991.
- Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation. *Ann Fam Med*. 2012 Jan 9;10(5):396–400.
- Arroyo CS. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica [Internet] [Tese (Doutorado em Administração)]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2007 [cited 2013 Oct 1]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-04052007-182713/>
- Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med*. 2004 May;36(5):341–5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2488 de 21 de Outubro de 2011. Diário Oficial da União. Sect. 1 Oct 24, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Portal da Saúde. 2013 [cited 2012 Apr 1]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080
- Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics*. 2005 Jul;116(1):82–7.
- Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician*. 2010 Sep;56(9):906–11.
- Carson D, Clay H, Stern R, McIntosh K. Urgent Care - a practical guide to transforming same-day care in general practice. Lewes: Primary Care Foundation; 2009.
- Castro RCL de. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2009 [cited 2013 Aug 8]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/18766>
- Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. saúde pública*. 2002;18(supl):191–202.
- Conselho Federal de Medicina. Busca de médicos [ativos e especialistas em Medicina de Família e Comunidade por todas as unidades federativas do Brasil] [Internet]. Portal Médico. 2013 [cited 2013 Aug 8]. Available from: http://portal.cfm.org.br/index.php?medicosNome=&medicosCRM=&medicosUF=&medicosSituacao=A&medicosTipoInscricao=&medicosEspecialidade=74&buscaEfetuada=true&option=com_medicos#buscaMedicos
- Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Magalhães R, Senna M de CM. Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados. 2nd ed. Brasília: MS; 2005.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 May;22(5):951–63.

- Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM de. Estudo de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos: Relatório final Florianópolis. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
- Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Apr;108(15):255–61.
- Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2008 [cited 2012 Sep 20]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>
- Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* 2004 Dec;19(4):303–17.
- Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe: Policy brief. London: European Commission; 2009.
- Millman M, editor. Access to health care in America. Washington: National Academies Press; 1993.
- Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag.* 2007 Apr;14(4):44–51.
- Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000 Sep;7(8):45–50.
- National Physician Survey. 2007 National Results by Province [Internet]. 2007 Survey Results. 2007 [cited 2010 Jul 22]. Available from: <http://nationalphysiciansurvey.ca/surveys/2007-survey/2007-results/>
- National Physician Survey. Same-day care for patients with urgent problems. *Can Fam Physician.* 2008 Mar;54(3):418.
- O'Hare CD, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. *Fam Pract Manag.* 2004 Feb;11(2):35–8.
- Oliveira MMC de. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2007 [cited 2012 Sep 20]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/12649>
- Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch. Intern. Med.* 2011 Jul 11;171(13):1150–9.
- Salisbury C, Banks J, Goodall S, Baxter H, Montgomery A, Pope C, et al. An evaluation of Advanced Access in general practice: final report. Bristol: NHS; 2007.
- Santos A da C. Parecer N° 009/2012 - CRM/PA - Processo consulta n° 437/2012 [Internet]. 2012. Available from: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2012/9_2012.pdf
- Savassi LCM. Demografia médica (CFM) [Internet]. *Medicina de Família.* 2011 [cited 2013 Aug 12]. Available from: <http://medicinadefamiliabr.blogspot.com.br/2011/12/demografia-medica-cfm.html>
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood).* 2007 Dec;26(6):w717–734.
- Sisson MC, Andrade SR de, Giovanella L, Almeida PF de, Fausto MCR, Souza CRP de. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade.* 2011 Dec;20(4):991–1004.

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

Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 5];24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

The College of Family Physicians of Canada. When the clock starts ticking: wait times in primary care. Discussion paper [Internet]. Mississauga: CFPC; 2006 [cited 2010 Jul 22]. Available from: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Wait_Times_Oct06_Eng.pdf

7 ARTIGO 1 – O ACESSO AVANÇADO E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM APS

O Acesso Avançado e sua Relação com o Número de atendimentos Médicos em Atenção Primária à Saúde

Advanced Access and Medical Visits on Primary Health Care: a quantitative study

Tiago Barra Vidal, Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao Periódico: BMC Public Health

O Acesso Avançado e sua Relação com o Número de Atendimentos Médicos em Atenção Primária à Saúde

Advanced Access and Medical Visits on Primary Health Care: a quantitative study

Tiago Barra Vidal¹, Sotero Serrate Mengue, Erno Harzheim, Paulo Vinicius do Nascimento Fontanive, Lisiane Hauser

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre, RS – Brasil

Autor para correspondência:

Tiago Barra Vidal

Estrada Dom João Becker, 862. Bairro: Ingleses do Rio Vermelho. CEP: 88058-600

Florianópolis, SC – Brasil

E-mail: tbvidal@hotmail.com

RESUMO

As Equipes da Estratégia de Saúde da Família são a forma prioritária da organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Contudo, embora todas possuam uma mesma configuração estrutural mínima – 1 Médico, 1 Enfermeira, 2 a 3 técnicos de Enfermagem e 4 a 6 Agentes de Saúde – preconizada Pela Política Nacional de Atenção Básica, elas possuem características organizacionais distintas, principalmente no que tange a forma de agendamento médico. Logo, faz-se necessário avaliar as diferentes formas de agendamento médico a fim de estabelecer mecanismos para assegurar uma melhor acessibilidade da população aos seus serviços de saúde. O acesso avançado é um sistema moderno de agendamento de consultas que objetiva o contato do usuário com seu profissional de referência em até 2 (dois) dias úteis. Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo de atenção a saúde escolhido pelo município como eixo central das ações de saúde a sua população e apresenta muitos centros de saúde com suas respectivas equipes com esse novo sistema de agendamento de consultas médicas. O estudo deste artigo mostra que o acesso avançado realizado por essas equipes de ESF atendem um número maior de consultas médicas anualmente em comparação com outras formas de agendamento médico, tais como o sistema com vagas - agendamentos semanais, quinzenais, mensais - e o modelo tradicional (este último sem limite temporal para as marcações de consultas).

Palavras-Chave: Marcações; Agendamento de Consultas; Acesso aos Serviços de Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The teams of the Family Health Strategy is a priority of the organization of primary health care in Brazil. However, although all of these teams are composed by one General Practitioner, one nurse practitioner, two to three nursing technicians and four to six community health workers, recommended by the National Policy for Primary Care, they have different organizational characteristics, especially regarding how to medical scheduling. Therefore, it is necessary to evaluate the different ways of scheduling doctor to establish mechanisms to ensure better accessibility of the population to their health services. Advanced Access (AA) is a modern system of appointments and scheduling's on medical visits, where people can see his own doctor until 48 hours from the requested visit. Florianópolis, state capital of Santa Catarina, Brazil, has one of the most coverages of Family Health Teams on Brazil, and a plenty of Family Health Team has adopted the advanced access on this city. Therefore, this article shows the Family Health Team who adopted the advanced access implementation comparing with others two forms of appointment, the carve-out model and traditional model, performed by others Family Health Teams on the same city, had a greater number of medical visits on the 2011 year.

Keywords: Appointments and Schedules; Health Services Accessibility/organization & administration; Family Practice/organization & administration; Primary Health Care/organization & administration.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, Florianópolis tem priorizado suas ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo norteador da Atenção à Saúde no município. Em agosto de 2007, através da portaria da Secretaria da Saúde (SMS) nº 283/2007,[1] estabeleceu a Política Municipal de Saúde centrada na Estratégia de Saúde da Família.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Florianópolis já apresentava em dezembro do ano de 2011 uma cobertura populacional de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 89,27%,[2] ou seja, uma abrangência de atendimento de 376.050 pessoas das 420.540 pessoas do município, com 109 ESF implantadas e 120 credenciadas pelo ministério da Saúde, muitas com Médicos de Família e Comunidade (MFC) em suas equipes como responsáveis pelo atendimento médico à população na Atenção Primária à Saúde (APS) municipal. Além disso, a Prefeitura Municipal de Florianópolis apresenta um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – o Programa Docente Assistencial - visando o desenvolvimento de programas de formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS).[3]

Contudo, estudos sobre a ESF em Florianópolis apontaram o Acesso – atributo essencial da APS – como ainda insuficiente no município. Conill et al.[4] em seu estudo qualitativo sobre a implementação da ESF em Florianópolis (SC) observou que a proporção da famílias atendidas e equipes do programa não era respeitada e, conseqüentemente, o acesso continuava sendo um problema à população. É importante lembrar que Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 disserta que “...Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição”. [5]

Giovanella et al.,[6] em seu estudo entrevistando profissionais de saúde, gestores e usuários no município de Florianópolis, relata que a ESF implementada em Florianópolis está alicerçada na organização da demanda com o estabelecimento de prioridades para o atendimento, o que por vezes restringe o acesso às ESF dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários, que são crianças até seis anos, gestantes, idosos (a partir dos 60 anos) e portadores de diabetes e hipertensão arterial. Além disso, disserta que o atendimento da demanda espontânea nos Centros de Saúde é heterogêneo: para os grupos de risco agendam-se consultas e atende-se demanda espontânea por meio do acolhimento diário; outras ESF apresentam turnos ampliados com clínicos para o pronto-atendimento da demanda espontânea de grupos não prioritários; em outras, ainda, o acesso dessa população é mais restrito com atendimento apenas

semanal. Entre as pessoas usuárias das ESF que foram entrevistadas, 28% tinham caso de adoecimento em sua família nos últimos trinta dias e, destas, 73% referiram ter procurado um serviço de saúde, e 31% delas foram atendidas em uma ESF.

Sisson et al.[7] no estudo quantitativo e qualitativo no município de Florianópolis entrevistou profissionais de APS das equipes de Saúde da Família do município e também realizou um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas, permitindo assim conhecer as experiências e a avaliação dos usuários em relação ao acesso e à utilização de serviços de atenção especializada, verificou que a ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. Embora o percentual de profissionais de nível superior das equipes de ESF informarem realizar atendimentos de urgência/emergência tenha sido alta, o tipo de organização formal do atendimento à demanda, com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais, embora facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe o acesso aos centros de saúde aos usuários não pertencentes esses grupos prioritários, dificultando a conformação do centro de saúde como serviço de primeiro contato. Embora 50% das famílias tenham indicado o centro de saúde como porta de entrada preferencial (Centro de Saúde – 30%; Equipe ESF – 19%), o acolhimento, mecanismo de organização das demandas da rede de APS de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, corroborando a um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como fonte de cuidado regular.

Sendo assim, faz-se necessário reorganizar o acesso da população na APS de Florianópolis. Uma das formas de se reorganizar o acesso em relação às consultas médicas no município se dá mediante o conceito de Acesso Avançado (AA), sistema de agendamento médico que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde.

Murray et al.[8] descreve três sistemas de agendamento relacionados à continuidade do acesso:

(1) *Modelo Tradicional*: muito utilizado em serviços privados de saúde. A agenda já se encontra lotada em um determinado período de tempo, seja 1 semana, 15 dias, 1 ou 2 meses, etc. ocasionando sofrimento e sobrecarga profissional, uma vez que muitas vezes acabam ocorrendo casos urgentes no meio dessa agenda, dificultando a gestão da clínica por parte do médico.

(2) *Sistema com vagas*: descrito por Smoller[9] onde muitos médicos montam seu sis-

tema de agendamento com um número “X” de vagas por um determinado período de tempo, seja ele semanal, quinzenal, mensal, etc., de acordo com o número vagas disponíveis na agenda nesse período.

(3) *Acesso Avançado*: sistema onde é necessário que os profissionais de saúde mudem seus conceitos e não façam mais distinção entre consultas de urgência e rotina. Para isso, na segunda-feira, 65% a 75 % da agenda deve estar completamente aberta. Os horários já agendados estão reservados para as pessoas que não puderam ser atendidas na sexta-feira ou porque o médico deliberadamente os agendou como seguimento ou retorno. Quando as pessoas chegam ao serviço de saúde, a consulta é simplesmente oferecida para o mesmo dia, independente do motivo da consulta. Além disso, pelo médico conseguir assegurar um melhor acesso e uma melhor continuidade de cuidados aos seus pacientes, a probabilidade de se obter melhores resultados em saúde de sua população assistida é maior. Murray et al.[8] observou ainda em seu estudo a diminuição em 10% do número de consultas por pessoa por ano.

Sendo assim, frente a necessidade de ampliar acesso e analisar diferentes estratégias de organização dos serviços, o objetivo deste estudo é comparar as diferentes formas de agendamento médico nas equipes de ESF do município, com intuito de perceber mais claramente qual a melhor forma de se garantir um maior atendimento médico em APS à população.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Identificar se o acesso avançado promove o aumento do número de consultas médicas e de pessoas atendidas em comparação com outras formas de agendamento médico entre as equipes de ESF na Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis.

Objetivos Específicos

- Identificar se há relação entre as diferentes formas de agendamento das equipes de ESF (avançado, semanal, quinzenal, mensal, tradicional) em relação ao número de pessoas atendidas anualmente.
- Identificar se há relação entre as formas de agendamento das equipes de ESF (avançado, semanal, quinzenal, mensal, tradicional) e ao número de consultas médicas atendidas pelo médico anualmente.
- Identificar se há relação entre as variáveis sociodemográficas - população total, por gênero e faixa etária, e número de pessoas em Áreas de Interesse Social (AIS) - e as

diferentes formas de agendamento das equipes de ESF e o número de consulta médicas e de pessoas atendidas pelo médico por ano.

- Verificar qual a proporção que as consultas programáticas representam do total de atendimentos médicos por ano, pelos seguintes CID10 utilizados nas consultas:
 - Puericultura: Z00, Z00.0, Z00.1 e Z00.2;
 - Pré-Natal: Z34; Z35;
 - Hipertensos: I10; I11; I12; I13; I15;
 - Diabéticos: E10; E11; E12; E13; E14.

METODOLOGIA

O estudo tem um delineamento transversal, realizado no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil. Foi utilizada fonte de dados secundários provenientes do INFOSAÚDE – sistema informatizado de saúde utilizado pela SMS – do período de 1 (um) ano – 01/01/2011 a 31/12/2011. Foram incluídas no estudo todas as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se encontravam informatizadas no município desde janeiro de 2011, o que correspondeu a 97 ESF dos 38 Centros de Saúde avaliados. Por conseguinte, foram excluídas do estudo todas as equipes de ESF que se informatizaram após janeiro de 2011 ou que ainda não tinham sido construídas ou reformadas após esse período. Os dados referentes ao número de pessoas residentes em Áreas de Interesse Social (AIS) foram obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde da SMS/Florianópolis. Os dados referentes às formas de agendamento médico foram obtidos mediante contato telefônico do mestrando com servidores dos centros de saúde das ESF do município que sabiam como era o sistema de agendamento médico da ESF em questão no período estudado. Os sistemas de agendamento foram subdivididos em: 1) Acesso avançado; 2) Sistema com vagas semanal e quinzenal; 3) Sistema de agendamento com vagas mensal e modelo tradicional, a fim de homogeneizar o número de equipes de ESF entre os grupos. Foi ponderado também no estudo o tempo em que algumas equipes de ESF ficaram sem médico no período analisado. A planilha de dados foi contruída em Microsoft Office Excel 2011 e, para a análise estatística, foi utilizado o software SPSS versão 18. A unidade de análise deste estudo são as Equipes de Saúde da Família que apresentavam sistema de prontuário informatizado no período de janeiro a dezembro de 2011. As variáveis utilizadas foram:

- I) *Demográficas*: população adscrita por ESF, número de pessoas moradoras em *Áreas de Interesse Social*³, número de pessoas por gênero e faixa etária de 0 a 1 ano, de 1 a 5 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 19 anos, de 20 a 24 anos, de 25 a 49 anos, de 50 a 59 anos, 60 a 64 anos, de 65 a 69 anos e mais de 70 anos segundo dados do IBGE[11], que, posteriormente, foram reagrupadas para a análise multivariável, em 0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 59 ano e 60 anos ou mais.
- II) *Assistenciais*: número de consultas de puericultura atendidas pelo Médico de Família e Comunidade (MFC) e pelo pediatra do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) do município, número de consultas de pré-natal atendidas pelo MFC, proporção de hipertensos e diabéticos estimados na população atendidos pelo médico em 1 ano, proporção de consultas programáticas em 1 ano, número de consultas médicas em 1 ano, número de pessoas atendidas em 1 ano, proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano, proporção do número de consultas médicas pela população adscrita, número de consultas médicas por pessoa atendida em 1 ano. A prevalência de Hipertensos estimadas na população utilizada neste estudo foi de 30%, conforme estudo de Picon et al[12] e a de diabéticos 11% conforme o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus [13].
- III) *Organizacionais*: formas de agendamento médico, comparando o acesso avançado com outras formas de agendamento médico: semanal/quinzenal e mensal/tradicional, oferta de terceiro turno pelos serviços.

Para a análise dos dados realizou-se, inicialmente, a análise descritiva apresentando-se a frequência absoluta, o percentual, a média e o desvio-padrão. Nas análises bivariadas, para comparação entre os tipos de agendamento, foram utilizados o teste Qui-Quadrado, a análise de variância, o teste de comparação múltipla de Tukey e o teste Kruskal-Wallis.

A análise de regressão linear múltipla foi utilizada para verificar a relação entre a forma de agendamento médico, o fator em estudo, e as variáveis de desfecho: número de pessoas atendidas em um ano por ESF e número de consultas médicas em um ano por ESF; sendo ajustada por características demográficas, assistenciais e organizacionais das equipes de ESF. Para o ajuste dos modelos foram realizadas análises univariáveis entre as variáveis indepen-

³ *Áreas de Interesse Social*, áreas de risco e/ou carentes (AIS): são critérios utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde junto a Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental e a Assessoria Técnica de Geoprocessamento do município (2007) para classificar essas áreas como AIS: *Baixa Renda familiar, Precariedade Habitacional e da Rede de Infraestrutura, Precariedade Ambiental e Áreas de Risco, Precariedade na Posse da Terra e de Equipamentos e Serviços Urbanos*[3]

dentos e o desfecho sendo apresentado como medida de efeito os coeficientes B e seus respectivos intervalos de confiança (IC). As variáveis que apresentaram valor-p inferior a 0,20 foram eleitas a compor o modelo multivariável, no qual permaneceram apenas as variáveis com valor-p < 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

Embora tratar-se de fonte de dados secundários do INFOSAÚDE e serem de livre acesso para qualquer funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que utilize esse programa, o autor encaminhou para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que não percebeu quaisquer empecilhos éticos ou legais para a coleta da base de dados deste estudo, dando parecer favorável sob o ofício de nº 04/2013.

RESULTADOS

Foram avaliadas 312.460 consultas médicas realizadas e 120.227 pessoas atendidas nas 97 ESF no ano de 2011 no município de Florianópolis.

Na Tabela 1, observa-se que a população média adscrita por ESF é de 3.756,9 pessoas. Nas ESF com acesso avançado, a média populacional é de 3.174,2, enquanto que nas ESF com sistema com vagas semanal/quinzenal é de 3.407,7 e mensal/tradicional 4.557,8 pessoas por ESF.

Com relação ao número de consultas médicas por ESF, a média geral foi de 3.244,1 consultas no ano de 2011. No acesso avançado, o número de consultas médicas foi de 3.925,4 e nas outras formas de agendamento, semanal/quinzenal e mensal/tradicional foram, respectivamente, 2.944,8 e 2.887,4 consultas médicas ao ano, sendo estatisticamente significativo o maior número de consultas médicas/ano no acesso avançado, $p < 0,001$.

A média geral do número de consultas médicas por pessoa em 1 ano nas 97 ESF foi de 2,6. No acesso avançado, foi, em média, 2,9, sendo estatisticamente significativo quando comparado aos agendamentos semanal/quinzenal, 2,5, e mensal/tradicional, 2,4, $p < 0,001$, assim como a proporção do número de consultas médicas pela população adscrita por ESF sendo, em média, no acesso avançado, 1,4, quando comparado aos agendamentos semanal/quinzenal, 1,0, e o agendamento mensal/tradicional, 0,8, com $p = 0,001$. A média geral da proporção do número de consultas médicas pela população adscrita por ESF foi 1,1.

O número de atendimentos de puericultura por Médicos de Família no acesso avançado foi, em média, 4.464, também sendo estatisticamente significativo quando comparado as outras formas de agendamento médico, $p < 0,003$. A proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano nas ESF é, em média, maior nas equipes de ESF que promovem aces-

so avançado, 46,5, quando comparado com as ESF com agendamento mensal ou tradicional, 23,5, mas não quando comparado com o agendamento semanal/quinzenal, 42,1, com $p < 0,021$.

Na Tabela 2 tem-se os resultados do modelo multivariável para o número de pessoas atendidas pelo médico no ano de 2011. Embora não tenha sido encontrada significância estatística para tipo de agendamento médico no modelo multivariável, percebe-se que o acesso avançado atende 129,30 e 124,56 pessoas a mais quando comparado, respectivamente, ao agendamento semanal/quinzenal e mensal/tradicional. Verificou-se também que o aumento em 1% na Proporção de Hipertensos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF, promove o aumento de 9,64 pessoas atendidas, $p < 0,001$; IC 95% (5,69; 13,69). Já em relação ao perfil organizacional, verificou-se que equipes com terceiro turno de atendimento médico (das 18 horas às 22 horas) apresentam, em média, 137,25 pessoas atendidas a mais do que equipes com ausência desse turno.

Na Tabela 3 têm-se os resultados do modelo multivariável para o número de consultas médicas das 97 ESF no ano de 2011. O modelo multivariável indica que equipes com agendamento semanal/quinzenal e mensal/tradicional atendem, respectivamente 914,53, valor- $p < 0,001$; IC95% (-1349,28; -398,65) e 873,97, valor- $p < 0,001$; IC95% (-1241,14; -181,47) consultas médicas a menos quando comparadas as equipes de ESF com acesso avançado.

O modelo multivariável também evidencia que o aumento de 1 consulta médica de Pré-natal promove o aumento de 4,32 consultas médicas ao ano, $p = 0,006$; IC95% (1,23; 7,41) assim como o aumento em 1% na Proporção de hipertensos estimados atendidos em 1 ano pelo MFC promove o aumento de 21,47 consultas médicas ao ano, $p = 0,001$; IC95% (8,81; 34,12).

Homens, mulheres, crianças, adultos e idosos e proporção de consultas programáticas mostraram-se negativamente associados com o número de consultas médicas em um ano, sugerindo a redução no número de consultas quando uma pessoa destes perfis é atendida. Em contrapartida, número de pessoas por ESF moradora em AIS, ESF com terceiro turno, número de consultas médicas de puericultura e proporção de diabéticos estimados na população em 1 ano por ESF mostraram-se positivamente relacionadas com o número de consultas atendidas indicando o aumento no número de consultas quando uma pessoa destes grupos analisados é atendida.

DISCUSSÃO

Equipes de Saúde da Família que utilizam como sistema de agendamento médico o

Acesso Avançado promoveram um aumento expressivo no número de consultas médicas no ano de 2011 quando comparados às equipes de ESF que utilizaram outros sistemas de agendamento – com vagas Semanal e Quinzenal e com vagas Mensal/modelo Tradicional.

Enquanto homens, mulheres, adultos e idosos e a proporção de consultas programáticas em 1 ano por ESF estiveram associados com um menor número de consultas médicas em um ano, ESF com terceiro turno, número de consultas médicas de puericultura e pré-natal com o MFC, proporção de hipertensos e diabéticos estimados em 1 ano por ESF estiveram relacionadas com um maior número de consultas médicas atendidas.

O aumento substancial de aproximadamente 1000 consultas em 1 ano nas equipes de ESF que realizam acesso avançado em relação as outras formas de agendamento médico confirmam os estudos da Mallard et al.[14] e Kennedy et al.[15] onde descrevem um aumento no número de consultas médicas neste sistema de AA em relação aos outros modelos de agendamento. Entretanto, cabe ressaltar que a revisão sistemática de Rose et al.[16] também mostra que o acesso avançado pode não alterar ou pouco melhorar o seguimento de pessoas com doenças crônicas, tais como diabetes, por exemplo.

O número de consultas por pessoa foi maior e estatisticamente significativo no acesso avançado em relação aos outros modelos de agendamento, diferente do estudo de Murray et al.[8], onde percebeu a diminuição em 10% do número de consultas por pessoa no ano no AA.

Os dados da pesquisa sugerem que o Acesso Avançado pode ser uma maneira de aprimorar um dos atributos essenciais, e talvez o principal da APS – o Acesso – em Florianópolis/SC, atributo este percebido como deficiente nos trabalhos de Conill et al., Giovanella et al., Sisson et al. [4, 6, 7].

Contudo, não houve diferença no número de pessoas atendidas no ano de 2011 entre as três formas de agendamento. Esse dado leva a discussão que se o AA promove um aumento do número de consultas médicas mas o número de pessoas atendidas não é alterado será que não se está fazendo “mais do mesmo”, ou seja, se realiza mais consultas médicas das mesmas pessoas, incorrendo na “Lei dos Cuidados Inversos” descrita por Hart em 1971, isto é, se oferta mais consultas para que menos precisa[17].

Dentre as limitações de do estudo, encontram-se o fato da pesquisa possuir como variável socioeconômica Áreas de Interesse Social (AIS) ao invés de renda per capita e taxas de escolaridade, por exemplo, variáveis mais fidedignas de perfil socioeconômico, assim como mais amplamente utilizadas em estudos. Contudo, como as distribuições geográficas dos Centros de Saúde e, conseqüentemente, das ESF, não são exatamente iguais aos setores censitários

rios do IBGE, não foi possível mensurar desta forma. Outra limitação do estudo foi não apresentar, nas diferentes formas de agendamento médico, a taxa de faltosos das 97 ESF e a diminuição do tempo de espera para se obter uma consulta médica no período analisado. A seleção dos Códigos Internacionais de Doença (CID10) para as consultas programáticas pode ter ocasionado um viés de aferição deste dado – embora o estudo tenha tentado abranger todos os principais CID10 destas consultas – pois muitos profissionais podem, às vezes, não registrar um desses CID10 utilizados na pesquisa ao final da consulta, de acordo com sua avaliação da consulta médica realizada.

A não mensuração da resolutividade das consultas médicas analisadas no município de Florianópolis no ano de 2011 também pode ser considerada uma limitação, pois quanto maior for o grau de resolutividade das consultas médicas, menor será a necessidade do número de consultas por pessoa para resolver seus problemas de saúde.

CONCLUSÃO

O elevado número de consultas médicas realizadas a mais no acesso avançado, aproximadamente 1000 consultas médicas/ano, comparado com as outras formas de agendamento médico, permite aos gestores repensarem o modelo de marcações de consultas médicas em APS. Contudo, vale lembrar que não houve aumento do número de pessoas atendidas e há pequeno ou não há benefício para o cuidado de doenças crônicas.

A implementação do acesso avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia e num maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios, tais como o método centrado na pessoa, por exemplo, ou seja, é importante se ter uma expectativa realista de seus benefícios.

Além disso, deve-se considerar a capacidade instalada – número de pacientes por médico/equipe – nas equipes de ESF municipais a fim de não sobrecarregar e ocasionar desgaste e alta rotatividade dos profissionais de saúde deste ponto de atenção fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde, uma vez que o elevado número de pessoas por ESF preconizado pela PNAB já praticamente inviabiliza a realização de um trabalho de qualidade em APS.

REFERÊNCIAS

1. Florianópolis. Secretaria de Saúde: *Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007*. 2007.
2. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**
[http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php]

3. **Rede Docente Assistencial: Apresentação**
[<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial+++apresentacao>]
4. Conill EM: **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** *Cad saúde pública* 2002, **18**(supl):191–202.
5. Brasil. Ministério da Saúde: *Portaria N° 2488 de 21 de Outubro de 2011.* 2011.
6. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM de: *Estudo de Caso Sobre Implementação Da Estratégia Saúde Da Família Em Quatro Grandes Centros Urbanos: Relatório Final Florianópolis.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
7. Sisson MC, Andrade SR de, Giovanella L, Almeida PF de, Fausto MCR, Souza CRP de: **Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial.** *Saúde e Sociedade* 2011, **20**:991–1004.
8. Murray M, Tantau C: **Same-day appointments: exploding the access paradigm.** *Fam Pract Manag* 2000, **7**:45–50.
9. Smoller M: **Telephone calls and appointment requests. Predictability in an unpredictable world.** *HMO Pract* 1992, **6**:25–29.
10. Murray M, Davies M, Boushon B: **Panel size: how many patients can one doctor manage?** *Fam Pract Manag* 2007, **14**:44–51.
11. **Florianópolis**
[http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2010_index.php]
12. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC: **Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis.** *PLoS ONE* 2012, **7**:e48255.
13. Brasil. Ministério da Saúde: *Diabetes Mellitus.* Brasília: MS; 2006. [Seria A. Normas e Manuais Técnicos, vol. 16]
14. Mallard SD, Leakeas T, Duncan WJ, Fleenor ME, Sinsky RJ: **Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study.** *J Public Health Manag Pract* 2004, **10**:148–155.
15. Kennedy JG, Hsu JT: **Implementation of an open access scheduling system in a residency training program.** *Fam Med* 2003, **35**:666–670.
16. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI: **Advanced access scheduling outcomes: a systematic review.** *Arch Intern Med* 2011, **171**:1150–1159.
17. Hart JT: **The Inverse Care Law.** *The Lancet* 1971, **297**:405–412.

Tabela 1: Distribuição das características demográficas, organizacionais e assistenciais das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Florianópolis (SC), 2011.

Variáveis	Tipos de agendamento				Valor-p
	Geral	Acesso Avançado	Semanal/Quinzenal	Men-sal/Tradicional	
	Média(dp)/n(%) n=97	Média(dp)/n(%) n=31	Média(dp)/n(%) n=32	Média(dp)/n(%) n=34	
Características Demográficas (IBGE)					
População adscrita por ESF	3.756,9 (1.998,4)	3.174,2 (994,5)	3.470,7 (1.605,7)	4.557,8 (2.690,3)	
Faixa etária					
0 a 09 anos	39.041 (11,1)	12.750 (13,2)	10.726 (10,1)	15.564 (10,5)	
10 a 19 anos	51.627 (14,7)	16.055 (16,6)	14.927 (14,0)	20.644 (13,9)	
20 a 59 anos	219.679 (62,5)	59.112 (61,2)	68.254 (64,0)	92.313 (62,1)	
60 ou mais	41.359 (11,8)	8.623 (8,9)	12.704 (11,9)	20.033 (13,5)	
Sexo					
Masculino	168.965 (48,0)	47.004 (48,7)	51.367 (48,2)	70.594 (47,5)	
Feminino	182.720 (52,0)	49.514 (51,3)	55.252 (51,8)	77.954 (52,5)	
Média do número de pessoas por ESF moradora em Área de Interesse Social	758,9 (1.003,2)	866,5 (936,9)	467,4 (748,3)	938,5 (1.222,4)	
Características assistenciais					
Numero de consultas de Puericultura com o MFC em 1 ano	10.168 (60,7)	4.464 (71,6)	2.827 (55,6)	2.877 (52,9)	0,003 ^s
Número de consultas com o Pediatra em 1 ano	6.591 (39,3)	1.767 (21,4)	2.262 (44,4)	2.562 (47,1)	0,406 ^s
Número de Consultas Médicas de Pré-Natal com o MFC em 1 ano	8.460 (100,0)	3.064 (36,2)	2.622 (31,0)	2.773(32,8)	0,562 ^s
Proporção de Hipertensos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ¹	28,7 (15,5)	30,0 (10,8)	30,9 (18,2)	25,3 (16,4)	0,117 ^s
Proporção de Diabéticos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ²	29,4 (18,9)	32,9 (17,4)	32,1 (22,3)	32,5 (20,0)	0,091 [#]
Proporção de consultas programáticas em 1 ano por ESF ³	22,4 (6,7)	21,5 (7,2)	22,9 (6,9)	22,9 (6,1)	0,511 ^s
Proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano	40,3 (20,0)	46,5 (18,8)	42,1 (22,5)	23,5 (15,6)	0,021 ^s
Número de consultas médicas em 1 ano	3.244,1 (1.159,6)	3.925,4 (1.130,1)	2.944,8 (1.071,0)	2.887,4 (1.005,5)	<0,001 _s
Número de pessoas atendidas pelo médico em 1 ano	1.283,5 (330,4)	1.329,3 (263,3)	1.200,7 (359,1)	1.204,6 (352,5)	0,225 [#]
Numero de consultas médicas por pessoa atendida em 1 ano ⁴	2,6 (0,6)	2,9 (0,5)	2,5 (0,8)	2,4 (0,4)	<0,001 _s
Proporção do Número de consultas médicas pela população adscrita por ESF	1,1 (0,6)	1,4 (0,7)	1,0 (0,5)	0,8 (0,5)	0,001 ^s
Características Organizacionais					
Terceiro turno					
Sim	12 (12,4)	6 (19,4)	6 (18,8)	0 (0,0)	
Não	85 (87,6)	25 (80,6)	26 (81,2)	34 (100)	0,034 ^{&}

1 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 30% da população com mais 30 anos

2 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 11% da população com mais 30 anos

3 Consultas Programáticas são as consultas de Puericultura, Pré-Natal, Hipertensos e Diabéticos por CID10

4 Razão do número de consultas médicas pelo número de pessoas atendidas pelo médico em 1 ano

^s Associado ao teste Kruskal Wallis

[#] Associado a análise de variância

[&] Associado a estatística de teste qui-quadrado

Tabela 2: Características associadas ao número de pessoas atendidas nas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Florianópolis (SC), 2011.

Variáveis	Modelo Univariável			Modelo Multivariável		
	B	IC (95%)	Valor-p	B	IC (95%)	Valor-
Características Demográficas						
Número de pessoas por ESF moradora em Área de Interesse Social	0.01	(-0,06; 0,07)	0.815			
População IBGE						
0 a 09 anos	0.28	(-0,11; 0,68)	0.150	0.56	(0,16; 0,96)	0.006
10 a 19 anos	0.11	(-0,18; 0,40)	0.475			
20 a 59 anos	-0.02	(-0,07; 0,03)	0.433			
60 ou mais	-0.18	(-0,33; -0,02)	0.027			
Sexo						
Masculino	-0.02	(-0,10; 0,05)	0.537			
Feminino	-0.03	(-0,09; 0,03)	0.385			
Características assistenciais						
Numero de consultas de Puericultura com o MFC em 1 ano	2.50	(0,29; 4,72)	0.027			
Número de consultas Médicas de Pré-Natal com o MFC em 1 ano	1.64	(0,65; 2,64)	0.001	1.23	(0,31; 2,15)	0.009
Proporção de Hipertensos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ¹	7.50	(3,50; 11,50)	<0.001	9.64	(5,69; 13,59)	<0.001
Proporção de Diabéticos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ²	4.86	(1,50; 8,23)	0.005			
Proporção de consultas programáticas em 1 ano por ESF ³	-6.38	(-16,54; 3,78)	0.219			
Características Organizativas						
Terceiro turno						
Sim	137.25	(-58,62; 333,12)	0.170			
Não	0.00					
Forma de agendamento						
Acesso Avançado	0.00			0.00		
Semanal/Quinzenal	-129.30	(-288,14; 29,53)	0.111	-73.65	(-212,28; 64,98)	0.298
Mensal/Tradicional	-124.56	(-282,20; 33,08)	0.121	-96.66	(-234,98; 41,65)	0.171

1 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 30% da população com mais 30 anos

2 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 11% da população com mais 30 anos

3 Consultas Programáticas são as consultas de Puericultura, Pré-Natal, Hipertensos e Diabéticos por CID10

Tabela 3: Características associadas ao número de consultas das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Florianópolis (SC), 2011.

Variáveis	Modelo Univariável			Modelo Multivariável		
	B	IC (95%)	Valor-	B	IC (95%)	Valor-
Características Demográficas						
Número de pessoas por ESF moradora em Área de Interesse Social	0.04	(-0,19; 0,27)	0.726			
População IBGE						
0 a 09 anos	-0.17	(-1,56; 1,23)	0.815			
10 a 19 anos	-0.57	(-1,59; 0,44)	0.266			
20 a 59 anos	-0.21	(-0,38; -0,04)	0.018			
60 ou mais	-0.87	(-1,40; -0,33)	0.001			
Sexo						
Masculino	-0.29	(-0,54; -0,04)	0.022			
Feminino	-0.24	(-0,45; -0,04)	0.018			
Características assistenciais						
Numero de consultas de Puericultura com o MFC em 1 ano	10.88	(4,10; 17,67)	0.002			
Número de consultas Médicas de Pré-Natal com o MFC em 1 ano	5.15	(1,62; 8,68)	0.004	4.32	(1,23; 7,41)	0.006
Proporção de Hipertensos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ¹	23.17	(8,93; 37,42)	0.001	21.47	(8,81; 34,12)	0.001
Proporção de Diabéticos estimados na população que consultaram em 1 ano por ESF ²	15.81	(3,94; 27,68)	0.009			
Proporção de consultas programáticas em 1 ano por ESF ³	-39.43	(-70,58; -8,28)	0.013			
Características Organizativas						
Terceiro turno						
Sim	872.64	(201,24; 1544,05)	0.011			
Não	0.00					
Forma de agendamento						
Acesso Avançado	0.00			0.00		
Semanal/Quinzenal	-974.20	(-1490,35; -458,06)	<0,001	-914.53	(-1349,28; -398,65)	<0,001
Mensal/Tradicional	-1042.94	(-1555,22; -530,66)	<0,001	-873.97	(-1241,14; -181,47)	<0,001

1 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 30% da população com mais 30 anos

2 Para cálculo da população de hipertensos estimados foram considerados os seguintes parâmetros: 11% da população com mais 30 anos

3 Consultas Programáticas são as consultas de Puericultura, Pré-Natal, Hipertensos e Diabéticos por CID10

8 ARTIGO 2 – (RE)DEFININDO O TAMANHO POPULACIONAL EM APS NO BRASIL

(Re)Definindo o Tamanho Populacional em Atenção Primária à Saúde no Brasil

(Re)Defining the Panel Size on Primary Health Care in Brazil

Tiago Barra Vidal, Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao Periódico: Cadernos de Saúde Pública

(Re)Definindo o Tamanho Populacional em Atenção Primária à Saúde no Brasil

(Re)Defining the Panel Size on Primary Health Care in Brazil

Tiago Barra Vidal¹, Sotero Serrate Mengue, Paulo Vinícius do Nascimento Fontanive, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Lisiane Hauser

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre, RS – Brasil

Autor para correspondência:

Tiago Barra Vidal

Estrada Dom João Becker, 862. Bairro: Ingleses do Rio Vermelho. CEP: 88058-600

Florianópolis, SC – Brasil

E-mail: tbvidal@hotmail.com

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica determina que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Entretanto, os países que apresentam Sistemas Nacionais de Saúde com forte orientação para Atenção Primária à Saúde apresentam uma relação menor de pessoas por médico em sua população, possibilitando um maior acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Acessibilidade; Acesso aos Serviços de Saúde; Medicina de Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The National Policy for Primary Care determines that each Family Health Team shall be responsible for, at most 4000 people, the recommended average of 3000 people, respecting fairness criteria for this definition. However, the countries with national health systems with strong focus on primary health care have a lower ratio of people per doctor in the population, allowing users greater access to health services.

Keywords: Health Services Accessibility/organization & administration; Family Practice/organization & administration; Primary Health Care/organization & administration.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica¹ disserta que “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição”. Entretanto, é sabido que em outros países com forte orientação para Atenção Primária à Saúde (APS) a relação do número de pessoas por equipe de APS é significativamente menor, facilitando o acesso destas populações aos cuidados em saúde neste ponto de atenção, ao contrário do que ocorre atualmente no Brasil.

Masseria et al.² descreve a APS nos países da Europa. Embora a organização de muitos destes Sistemas de Saúde seja diferente da do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria deles têm o Médico Generalista – Especialidade que corresponde ao Médico de Família e Comunidade (MFC) no Brasil - como porta de entrada na APS de seus sistemas. Na tabela 1, pode-se observar características desses modelos de atenção, bem como o número de pacientes por MFC, muito menor que as 3000 – 4000 pessoas por equipe de saúde da PNAB, com exceção da Polônia, que apresenta 4161 pessoas por MFC.

O número de *consultas médicas por dia* em APS em outros Sistemas Nacionais de Saúde internacionais é distinto. Koch et al.,³ conduziu um estudo comparando o Sistema Nacional de Saúde da Alemanha com Sistemas Nacionais de Saúde de outros países através da percepção dos médicos dos locais onde atuam sobre o dia a dia de trabalho da profissão, assim como a percepção deles em relação aos seus sistemas nacionais de saúde. Foram entrevistados 10.320 médicos - médicos que atuam na APS, médicos generalistas, internistas que proviam cuidados primários em saúde e pediatras – de 11 países: Austrália, Alemanha, Canadá, França, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. A tabela 2 ilustra a carga de trabalho dos médicos de atenção primária nesses países:

Por sua vez, Santos,⁴ no Brasil, em seu parecer consulta n° 009/2012 junto ao Conselho Regional de Medicina do Pará – processo consulta n° 437/2012 - relata a inexistência de normatização sobre o número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico, seja nos postos de saúde seja nos ambulatórios do SUS. Nesse parecer é descrito a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul n° 007/2011 que, seu artigo 2°, descreve que “ No atendimento de paciente com BAIXO RISCO DE MORTE, que necessitam avaliação diagnóstica e tratamento medicamentoso, deverá ser observada a relação de um médico para o atendimento máximo de até 14 (quatorze) pacientes por turno de quatro horas”. A resolução n° 17/1987 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro em seu artigo

nº13 recomenda que “... na assistência ambulatorial devam ser atendidos 12 (doze) pacientes no máximo, em jornada de 4 (quatro) horas, respeitadas as limitações em números menores, conforme as especialidades. A resolução nº 01/2005 do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco em seu artigo nº1, parágrafo I, disserta que “Para consultas ambulatoriais o limite referido no caput deste artigo, é o de até 14 pacientes, atendidos por médico, em 4 (quatro) horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro do ditames de padrões éticos.”

Embora após a redefinição do Programa Saúde da Família como Estratégia de Saúde (ESF) pelo Ministério da Saúde, em 1998, tenha proporcionado um crescimento do acesso à saúde,⁵ é necessário ainda discutir uma melhor relação população-equipe na Atenção Primária à Saúde no Brasil haja vista que diversos estudos que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool - PCATool* - instrumento de Avaliação da Atenção Primária produzido por Starfield e colaboradores da *The John Hopkins Populations Care Policy Center* para medir a presença e a extensão de cada um dos atributos da APS avaliaram o acesso como o atributo de pior desempenho.

Macinko et al.,⁶ ao aplicarem o PCATool versão *Facility/Provider Survey* a profissionais da rede de APS no município de Petrópolis (RJ), verificaram que o atributo acesso foi baixo. No estudo de Oliveira et al.,⁷ em Porto Alegre (RS), é descrito que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita. Van Stralen,⁸ no estudo comparando a percepção de profissionais de saúde e usuários sobre APS na Região Centro-Oeste do Brasil, percebeu baixos valores de acesso, tanto na percepção dos profissionais quanto nas dos usuários. Caprio et al.,⁹ no estudo aplicando o PCATool em profissionais médicos e enfermeiras de serviços de saúde de Atenção Primária no município de Porto Alegre (RS), observou que o acesso de primeiro contato foi o atributo que recebeu os menores escores nos serviços de APS avaliados.

Outros pesquisadores também avaliaram o acesso em APS como insuficiente no país. Escorel et al.,¹⁰ avaliaram a implantação em dez grandes centros urbanos sob a ótica dos profissionais e gestores e o acesso foi descrito como problemáticos pelos usuários: entre 30-67% dos portadores de doenças crônicas relataram não receber qualquer tipo de atendimento e 16-33% das crianças até dois anos não eram acompanhadas. Conill et al.¹¹ em um estudo qualitativo sobre a implementação do PSF em Florianópolis (SC) observou que a proporção da famílias atendidas e equipes do programa não era respeitada e, conseqüentemente, o acesso continuava sendo um problema à população. Sisson¹² no estudo quantitativo e qualitativo no muni-

cípio de Florianópolis entrevistou profissionais de APS das equipes de Saúde da Família do município e também realizou um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas, permitindo assim conhecer as experiências e a avaliação dos usuários em relação ao acesso e à utilização de serviços de atenção especializada, verificou que a ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. Embora o percentual de profissionais de nível superior das equipes de ESF informarem realizar atendimentos de urgência/emergência tenha sido alta, o tipo de organização formal do atendimento à demanda, com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais, embora facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe o acesso aos centros de saúde aos usuários não pertencentes esses grupos prioritários, dificultando a conformação do centro de saúde como serviço de primeiro contato. Embora 50% das famílias tenham indicado o centro de saúde como porta de entrada preferencial (Centro de Saúde – 30%; Equipe ESF – 19%) e 87% dos médicos e enfermeiros indicarem a ESF como serviço de primeiro contato das famílias, o acolhimento, mecanismo de organização das demandas da rede de APS de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, corroborando a um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como fonte de cuidado regular. Conseqüentemente, faz-se necessário delimitar um número de pessoas por equipe a fim de sistematizar um melhor acesso do usuário ao seu profissional de referência.

OBJETIVOS

Geral

- Delimitar uma relação população-equipe mais adequada para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde em APS no Brasil.

Específicos

- Avaliar a Carga de Trabalho do Médico de APS no município de Florianópolis/SC.
- Verificar qual a proporção que as consultas programáticas representam do total de atendimentos médicos por ano, pelos seguintes CID10 utilizados nas consultas:
 - Puericultura: Z00, Z00.0, Z00.1 e Z00.2;

- Pré-Natal: Z34; Z35;
- Hipertensos: I10; I11; I12; I13; I15;
- Diabéticos: E10; E11; E12; E13; E14.

- Propor modelos de atenção delegando, percentualmente, os cuidados às consultas programáticas – Puericultura, Pré-Natal, Hipertensos e Diabéticos – a outros profissionais de saúde, não-médicos, a fim de desenvolver um trabalho mais eficiente em APS.

METODOLOGIA

Murray et al.¹³ descreve uma fórmula do número de pessoas por médico, denominada “*tamanho do painel*”. Com ela, visa melhorar a relação médico-paciente, por melhorar a acessibilidade da pessoa ao seu médico de referência, além de definir a carga de trabalho desse profissional, se tornando um *preditor de demanda* dos usuários, pois pode mostrar mais claramente se o problema de acesso está se dando pelo desempenho profissional. Por exemplo, se dois médicos têm a mesma relação de pessoas por médico, e um deles é mais procurado que o outro, pode-se então investigar o porquê desse profissional ser menos procurado. Além disso, pelo médico conseguir assegurar um melhor acesso e uma melhor continuidade de cuidados aos seus pacientes, a probabilidade de se obter melhores resultados em saúde de sua população assistida é maior. Para isso, avalia-se o número de pessoas que consultaram nos últimos 18 meses (ao invés de 12 meses, pois se pode subestimar o ‘*tamanho do painel*’), com o seu profissional de referência, conforme a fórmula abaixo:

$$\text{Tamanho do painel} \times \text{Consultas por paciente por ano (demanda)} = \text{Consultas médicas por dia} \times \text{Dias trabalhados por médico por ano (produção)}$$

O *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS)¹⁴ relata que a média de consultas médicas por pessoa nos EUA é 3,322. A pesquisa do NHS “*Trends in Consultation Rates in General Practice 1995/1996 to 2008/2009: Analysis of the QResearch® database*”¹⁵ aponta que o número de consultas por pessoa por ano na Inglaterra seja de 5.5 (interquartil 4.8-6.2). Já a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde – RIPSa – mostra que o número de consultas médicas por habitante no Sistema Único de Saúde no SUS no ano de 2005 é de 2,5.¹⁶

Na variável *número de dias trabalhados pelo médico por ano* deve-se ficar atento no tempo realmente disponibilizado para consultas médicas ambulatoriais semanalmente. Então, as variáveis que podem afetar o número de pessoas por profissional são: número de pacientes atendidos por dia, número de dias disponibilizados para consulta médica ambulatorial por ano e número de consultas médicas por pessoa por ano.

Pode-se, também, propor um número de pessoas por médico delegando tarefas para outros profissionais de saúde, uma vez que no Brasil se trabalha em APS com Equipes Multidisciplinares de Saúde – as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2-3 Técnicos de Enfermagem e 4-6 Agentes Comunitários de Saúde – com ou sem Equipes de Saúde Bucal, compostas por 1 Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal com ou sem Técnico em Saúde Bucal (dependendo da modalidade) – além de ainda pode contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, dependendo da modalidade, a fim de compartilhar práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado.¹⁷ As equipes do NASF de acordo com a modalidade são:

- NASF 1 (composto por no mínimo cinco das seguintes profissões de nível superior): Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra, vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família;¹⁷
- NASF 2 (composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes): Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional, vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família.¹⁷

Sendo assim, Altschuler et al.,¹⁸ propôs três modelos alternativos de APS nos EUA, objetivando reduzir o número de pacientes por médico, através de equipes multidisciplinares em saúde, uma vez que no modelo médico-centrado o médico de APS tem um número de pacientes muito elevado para fornecer cuidados em saúde adequados e de alta qualidade, estimando que nesse modelo o médico despenderia 21,7 horas por dia, para prover cuidados aos seus pacientes agudos, crônicos e realizar atividades de promoção e preventivas de acordo com a *US Preventive Services Task Force* se tivesse 2.500 pacientes sob sua responsabilidade.

A média nos EUA é de 2.300 pacientes por médico. Estima-se 2484 horas por ano para cuidados de pacientes crônicos e 888 horas para pacientes com problemas agudos se o mé-

dico tiver 2500 sob seus cuidados. Pacientes nos EUA recebem apenas 55% das ações para doenças crônicas e preventivas nos serviços de saúde. Cinquenta por cento dos adultos tem ao menos 1 condição crônica nos EUA, 50% das pessoas com hipertensão não têm controles pressóricos adequados, 80% das pessoas com dislipidemia não têm controle lipídico adequado e 43% das pessoas com diabetes não alcançaram controle glicêmico adequado.

Utilizando as estimativas acima descritas, foi calculado o tempo por paciente por ano necessário para cada profissional da equipe de saúde dividindo o tempo total por ano para o cuidado de 2500 pessoas. As outras profissões das equipes eram enfermeiros, farmacêuticos, educadores em saúde e técnicos de enfermagem (“*medical assistants*”, em inglês). Das 2484 horas por ano de cuidado a pacientes crônicos, é gasto um terço do tempo com pacientes com bom controle e dois terços do tempo eram necessários para pacientes com maus controles de suas condições crônicas. Foi estimado que 75% dos pacientes com bons controles e 33% dos pacientes com maus controles poderiam ser delegados aos outros membros da equipe, não médicos, sendo um total de 47% delegado a outras categorias profissionais. Sendo assim, foram propostos três modelos:

1) Modelo 1: 77% dos cuidados de prevenção e 47% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.

2) Modelo 2: 60% dos cuidados de prevenção e 30% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.

3) Modelo 3: 50% dos cuidados de prevenção e 25% do tempo dos cuidados à pacientes crônicos delegados aos outros profissionais da equipe.

Foi estimado que o médico trabalha, em média, 2025 horas por ano e 43 a 47,1 horas por semana por ano. Altschuler,¹⁸ estima que o tempo médio necessário por paciente por ano para cuidados de prevenção, doenças crônicas e agudas é, respectivamente, 0,71, 0,99 e 0,36 horas, totalizando 2,06 horas de serviço por ano por paciente. Logo, se o médico de cuidados primários trabalha 2025 horas por ano, 1 médico teria 983 pacientes no modelo médico-centrado, sem delegar atividades a outros profissionais de saúde, uma vez que, o total de horas trabalhadas por ano dividido pelo número de horas por paciente é igual ao número de pacientes por médico. Nos modelos com equipes multiprofissionais, 1 médico poderia se responsabilizar por: 1947 pacientes no modelo 1; 1523 pacientes no modelo 2 e 1387 pacientes no modelo 3.

Florianópolis/SC como balizador da Relação População-Equipe em APS

Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, apresenta o terceiro melhor *Índice de Desempenho do SUS*,¹⁹ ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no país, entre as capitais brasileiras, com a nota de 6,67, ficando atrás apenas de Curitiba/PR (6,96) e Vitória/ES (7,08). Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Florianópolis apresentava em dezembro do ano de 2011 uma cobertura populacional de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 89,27%, ou seja, uma abrangência de atendimento de 376.050 pessoas das 420.540 pessoas do município, com 109 ESF implantadas e 120 credenciadas pelo ministério da Saúde.²⁰ Em agosto de 2007, a portaria da Secretaria da Saúde nº 283/2007,²¹ estabeleceu a Política Municipal de Saúde centrada na Estratégia de Saúde da Família.

Florianópolis apresenta um sistema informatizado em saúde – InfoSaúde – possibilitando o agendamento de consultas e acompanhamento do paciente através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), registrando informações de saúde do usuário como a evolução, ficha de pré-natal, da criança, do idoso, controle de hipertensos e diabéticos, tabela do Código Internacional de Doenças (CID), etc., possibilitando profissionais e gestores de saúde extraírem relatórios gerenciais e indicadores em saúde. As consultas médicas no PEP são agendadas de 20 em 20 minutos por médico na Atenção Primária do município. Logo, em cada turno de 20 horas de trabalho médico tem 12 “vagas” para consulta. Caso se tenha mais de 12 pacientes em um turno de trabalho para serem atendidos, se coloca essas pessoas num campo denominado “urgência”, como ilustra a figura abaixo:

Figura 2. Prontuário eletrônico: agenda.



Fonte: Castro.²²

Logo, esse sistema nos permite inferir a relação população-Equipe de Saúde da Família mais adequada para o município.

O presente estudo tem um delineamento transversal, realizado no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil. Foi utilizada fonte de dados secundários provenientes do InfoSaude – do período de 1 (um) ano – 01/01/2011 a 31/12/2011. Foram incluídas no estudo todas as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se encontravam informatizadas no município desde janeiro de 2011, o que correspondeu a 97 ESF de 38 Centros de Saúde de Florianópolis existentes no período do estudo. Foram excluídas do estudo todas as ESF que se informatizaram após janeiro de 2011 ou que ainda não tinham sido construídas ou reformadas após esse período. Os dados referentes ao número de pessoas residentes em Áreas de Interesse Social (AIS) foram obtidos junto ao Departamento de Geoprocessamento em Saúde da SMS/Florianópolis. A planilha de dados foi contruída em Microsoft Office Excel 2011 e, para a análise estatística, foi utilizado o software SPSS versão 18. A unidade de análise são as Equipes de Saúde da Família e as variáveis utilizadas foram:

I) *Demográficas* - população adscrita por ESF, número de pessoas moradoras em *Áreas de Interesse Social*⁴, número de pessoas por gênero e faixa etária de 0 a 9 anos, 10 a 19 anos, de 20 a 24 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais, segundo dados do IBGE.²³

II) *Assistenciais*: Número de consultas de Puericultura atendidas pelo Médico de Família e Comunidade (MFC) e pelo pediatra do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) do município em 1 ano, número de consultas médicas de Pré-Natal em 1 ano, número de consultas médicas de Hipertensos e Diabéticos com o MFC em 1 ano, proporção de consultas programáticas em 1 (um) ano, número de consultas médicas em 1 ano, número de pessoas atendidas pelo médico em 1 ano, proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano, número de consultas médicas pela população adscrita, número de consultas médicas por pessoa atendida em 1 ano. A prevalência de Hipertensos estimadas na população utilizada neste estudo foi de 30%, conforme estudo de Picon et al.²⁴ e a de diabéticos 11% conforme o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus.²⁵

Para a análise dos dados realizou-se a análise descritiva apresentando-se a frequência absoluta, o percentual, a média e o desvio-padrão.

ASPECTOS ÉTICOS

Embora tratar-se de fonte de dados secundários do INFOSAÚDE e serem de livre acesso para qualquer funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que utilize esse programa, o autor encaminhou para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que não percebeu quaisquer empecilhos éticos ou legais para a coleta da base de dados deste estudo, dando parecer favorável sob o ofício de nº 04/2013.

RESULTADOS

Foram avaliadas 312.460 consultas médicas realizadas e 120.227 pessoas atendidas nas 97 ESF no ano de 2011 no município de Florianópolis.

Na Tabela 4, observa-se que a população média adscrita por ESF é, em média, 3.756,9 pessoas. A média geral da proporção da população adscrita por Equipe de Saúde da Família

⁴ *Áreas de Interesse Social*, áreas de risco e/ou carentes (AIS): para classificar essas áreas como AIS a Secretaria Municipal de Saúde junto a Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental e a Assessoria Técnica de Geoprocessamento do município (2007) utiliza os seguintes critérios: *Baixa Renda familiar, Precariedade Habitacional e da Rede de Infraestrutura, Precariedade Ambiental e Áreas de Risco, Precariedade na Posse da Terra e de Equipamentos e Serviços Urbanos*²²

que consultou em 1 ano foi de 40,3%. Com relação ao número de consultas médicas por ESF, a média geral foi de 3.244,1 consultas no ano de 2011.

A média geral do número de consultas médicas por pessoa em 1 ano nas 97 ESF foi de 2,6. Já a média geral da proporção do número de consultas médicas pela população adscrita por ESF foi 1,1. A Proporção de Consultas Programáticas em 1 ano por ESF foi de 22,4%.

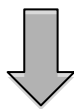
DISCUSSÃO

Verifica-se que o número de consultas médicas por ESF, foi, em média, 3.244,1 consultas no ano de 2011.

Se pensar que foram atendidas em 1 ano 3.244,1 consultas médicas e que cada médico servidor público municipal em APS trabalha 11 meses do ano (pois todo servidor público municipal tem 1 mês de férias) tem-se que cada médico de APS atende, em média, 294,91 consultas médicas por mês ou ainda 13,40 consultas por dia considerando o mês com 22 dias úteis. Embora esse número de consultas médicas por dia seja subestimado - pois é uma média e os médicos de APS tem outras atividades em seus 10 (dez) turnos de trabalho de 4 horas durante sua jornada de 40 horas semanais preconizada pela PNAB, tais como visitas domiciliares, trabalho com grupos populacionais específicos em atividades de prevenção e promoção (gestantes, idosos, hipertensos, etc.), reuniões de equipe e atividades de docência, com consequente aumento do número de consultas médicas por dia por condensar esse número em menos turnos trabalho – não se pode refutar esse cálculo, independente de quantos turnos por semana estejam disponíveis para atendimento médico clínico-ambulatorial, pois o número de consultas médicas por mês continuará sendo os mesmos 294,91 considerando 22 dias úteis por mês. Portanto, essa reflexão permite manter esse número de 13,40 consultas médicas por dia pois outras atribuições dadas aos médicos de família durante seus turnos de trabalho que não sejam atendimento médico individual permanecerão enquanto forem prerrogativas legais da PNAB.¹

A média geral do número de consultas médicas por pessoa em 1 ano nas 97 ESF foi de 2,6 e, se o médico trabalha 22 dias úteis no mês durante 11 meses, ele trabalha, em média, 242 dias ao ano. Portanto, se formos utilizar a fórmula de Murray et al.¹³

$$\text{Tamanho do painel} \times \text{Consultas por paciente por ano (demanda)} = \text{Consultas médicas por dia} \times \text{Dias trabalhados por médico por ano (produção)}$$



$$\text{Tamanho do painel} \times 2,6 = 13,40 \times 242 = \mathbf{1247,23 \text{ pessoas}}$$

Tem-se um tamanho do painel, ou da relação população-médico/equipe de ESF em Florianópolis de **1247, 23 pessoas**. Isso ainda utilizando 242 dias trabalhados ao ano sem descontar feriados e datas comemorativas que poderiam diminuir ainda mais o tamanho do painel, e 2,6 consultas médicas por pessoa que consultaram por dia, ou invés de 1,1 consultas médicas por pessoa por população adscrita, o que também diminuiria o tamanho do painel, pois também cabe ressaltar que a proporção da população adscrita por Equipe de Saúde da Família que consultou em 1 ano foi de 40,3%, dado semelhante ao encontrado no estudo de Oliveira⁷ onde, conforme foi descrito anteriormente, que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita.

Essa proporção da população por área adscrita pode ser considerada porque o cálculo do painel de Murray et al.¹³ é para uma *lista de pacientes por médico* e não por território como no Brasil, ou seja, considera-se que 100% das pessoas desta lista estão aptas a consultar seu profissional de referência e não apenas 40,3% dela, como no caso do cálculo do painel deste estudo. Sendo assim, no Brasil, poderia-se ainda ajustar a fórmula de Murray da seguinte forma:

$$\text{Tamanho do painel} \times \text{Consultas por paciente por ano (demanda)} = \text{Consultas médicas por dia} \times \text{Dias trabalhados por médico por ano (produção)} \times \theta$$

O coeficiente θ seria a proporção da população por área adscrita que efetivamente consulta no serviço de saúde, pois, se formos considerar que TODA a população da área adscrita da ESF teria-se que ter uma relação população-médico/equipe de ESF muito menor.

Pode-se, ainda, ajustar a fórmula por sexo e idade, pois é sabido que mulheres, crianças e idosos consultam mais. Logo, é importante avaliar os dados de gênero e a pirâmide etária é importante para melhor ajustar a relação número de pessoas por médico. Faz-se ainda a ressalva que esse modelo de cálculo não inclui a carga de doença da população assistida pois

se sabe que pessoas doentes consultam mais que pessoas hígdas.

Florianópolis atendeu, no ano de 2011, quase a metade do número de consultas proposta pela maioria dos Conselhos Regionais de Medicina do Brasil, tais como os do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco e, comparando ainda com os resultados do estudo de Koch et al.,³ a média semanal de atendimento médico em APS no município de Florianópolis, 67,02, só é maior a média de pacientes tratados por semana na Suécia, 53, dos 11 países avaliados. Portanto, se Florianópolis quiser manter esse padrão de atendimentos médicos anualmente, e garantir 100% ao invés de 40,3% da proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano, deve-se ter 3,01 Equipes de Saúde da Família a mais por território.

Contudo, uma das formas de se tentar atender menos consultas médicas programáticas (22,4% do total de consultas médicas) e ampliar o acesso a grupos não prioritários nas ESF, problema constatado por Conill¹¹ e Sisson,¹² é delegando, um maior número de atendimentos destas consultas clínico-ambulatoriais a outros profissionais de nível superior da ESF ou do NASF. Conforme já descrito anteriormente, Altschuler¹⁸ propôs três modelos com equipes multiprofissionais delegando cuidados preventivos e crônicos a estes profissionais de saúde objetivando, no caso do estudo, um maior tamanho do painel populacional assistido. Logo, pode-se fazer uma analogia deste estudo e propor um modelo de em APS delegando 75%, 66% e 50% das consultas médicas programáticas aos outros profissionais com vistas a ampliar o acesso aos grupos não prioritários. Sendo assim, se 22,4% de consultas médicas programáticas correspondem a 726,67 consultas e se delegasse 75%, 66% e 50%, teria-se respectivamente:

- Modelo 1: Delegando 75% destas consultas programáticas para outros membros da ESF ou NASF, teria-se 545,00 consultas médicas a mais para os grupos não-prioritários.
- Modelo 2: Delegando 66% destas consultas programáticas para outros membros da ESF ou NASF, teria-se 479,60 consultas médicas a mais para os grupos não-prioritários.
- Modelo 3: Delegando 50% destas consultas programáticas para outros membros da ESF ou NASF, teria-se 363,33 consultas médicas a mais para os grupos não-prioritários.

Isso corresponderia de 1,84 a 1,23 meses de trabalho médico clínico-ambulatorial a mais por mês, considerando a média 294,91 consultas médicas por mês no ano de 2011, que poderiam ser utilizados para o cuidado de pessoas com problemas agudos e/ou de pessoas com doenças crônicas agudizadas.

Dentre as limitações de do estudo, encontram-se o fato da pesquisa possuir Áreas de Interesse Social (AIS) ao invés de renda per capita e taxas de escolaridade, por exemplo, variáveis mais fidedignas de perfil socioeconômico e mais amplamente utilizadas em pesquisas. Entretanto, como as distribuições geográficas dos Centros de Saúde e, conseqüentemente, das equipes de ESF, não correspondam exatamente aos setores censitários do IBGE, não foi possível avaliar desta forma.

A seleção dos Códigos Internacionais de Doença (CID10) para as consultas programáticas pode ter ocasionado um viés de aferição deste dado. Embora o presente estudo tenha tentado abranger todos os principais CID10 utilizados nas consultas programáticas –muitos profissionais podem, às vezes, não registrar um desses CID10 utilizados na pesquisa ao final da consulta, de acordo com avaliação empírica de sua consulta médica realizada.

Por fim, outra limitação que pode ser considerada foi o estudo não mensurar a resolutividade das consultas médicas analisadas no município de Florianópolis no ano de 2011, pois quanto maior for o grau de resolutividade das consultas, menor será a necessidade do número de consultas por pessoa para resolver seus problemas de saúde e, conseqüentemente, maior será o tamanho do painel por equipe.

CONCLUSÃO

Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, apresenta o terceiro melhor *Índice de Desempenho do SUS* (IDSUS 2012) e tem em uma média populacional de população adscrita de 3756,9 pessoas, dentro do que a Política Nacional de Atenção Básica recomenda - 3000 a 4000 pessoas por ESF. Contudo, a proporção da população adscrita que utiliza os serviços de APS do município é de apenas 40,3% e tem um número consultas médicas por pessoa atendida, 2,6, menor quando comparado aos Sistemas de Saúde Inglês e Estadunidense, por exemplo (5,55 e 3,32, respectivamente). Se formos considerar o número consultas médicas por pessoa por população adscrita esse número é ainda menor - 1,1.

Sendo assim, faz-se necessário diminuir essa relação população-equipe preconizada pela PNAB, haja vista que países com Sistemas Nacionais de Saúde com Forte orientação em APS, além de se trabalhar por lista de pacientes e não por território, tem-se com um número muito menor de pessoas, em média - 1500 – 2000 pessoas por equipe de APS.

Contudo, deve-se atentar ao número de consultas médicas por dia nas equipes de ESF do município. Reorganizar o processo de trabalho, delegar o cuidado às consultas programáti-

cas e pessoas com doenças crônicas aos outros profissionais de saúde das ESF e/ou do NASF talvez seja uma estratégia razoável para se obter um maior cuidado as reais necessidades em saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2488 de 21 de Outubro de 2011. Diário Oficial da União. Seq. 1 out 24, 2011.
2. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe: Policy brief. London: European Commission; 2009.
3. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int.* abril de 2011;108(15):255–61. recuperadode10.3238/arztebl.2011.0255
4. Santos A da C. Parecer N° 009/2012 - CRM/PA - Processo consulta n° 437/2012 [Internet]. 2012. Recuperado de: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2012/9_2012.pdf
5. Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS □: estudo de linha de base [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2008 [citado 20 de setembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>
6. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* dezembro de 2004;19(4):303–17. recuperadode10.1002/hpm.766
7. Oliveira MMC de. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2007 [citado 20 de setembro de 2012]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/12649>
8. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 5 de outubro de 2013];24. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Castro RCL de. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto □: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre [Internet] [Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2009 [citado 8 de agosto de 2013]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/18766>

10. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Magalhães R, Senna M de CM. Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados. 2^o ed. Brasília: MS; 2005.
11. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. saúde pública. 2002;18(supl):191–202.
12. Sisson MC, Andrade SR de, Giovanella L, Almeida PF de, Fausto MCR, Souza CRP de. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Saúde e Sociedade. dezembro de 2011;20(4):991–1004. recuperadode10.1590/S0104-12902011000400016
13. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? Fam Pract Manag. abril de 2007;14(4):44–51.
14. Ambulatory and Hospital Care Statistics Branch. National Ambulatory Medical Care Survey: 2010 Summary Tables [Internet]. CDC; 2013 [citado 9 de março de 2013]. Recuperado de: http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2010_namcs_web_tables.pdf
15. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y. Trends in Consultation Rates in General Practice 1995/1996 to 2008/2009: Analysis of the QResearch® database: Final Report to the NHS Information Centre and Department of Health. London: NHS; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Número de consultas médicas (SUS) por habitante: F.1 - 2009 [Internet]. Características dos Indicadores: fichas de qualificação. 2009 [citado 5 de outubro de 2013]. Recuperado de: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=F.1&lang=pt&version=ed4>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: NASF [Internet]. Atenção Básica: Saúde da Família. 2010 [citado 13 de setembro de 2013]. Recuperado de: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>
18. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation. Ann Fam Med. 9 de janeiro de 2012;10(5):396–400. recuperadode10.1370/afm.1400
19. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Portal da Saúde. 2013 [citado 1 de abril de 2012]. Recuperado de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080
20. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família [Internet]. Atenção Básica: Saúde da Família. 2013 [citado 5 de outubro de 2013]. Recuperado de: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
21. Florianópolis. Secretaria de Saúde. Portaria/SS/GAB/N^o 283/2007. ago 6, 2007.
22. Castro F. Informática Médica no VI Seminário Internacional de Atenção Básica [Internet]. Informática Médica no PSF. 2012 [citado 15 de outubro de 2013]. Recuperado de: <http://infomedpsf.files.wordpress.com/2012/08/infosaude2.png>

23. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Florianópolis [Internet]. População 2010. 2010 [citado 15 de outubro de 2013]. Recuperado de:
http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2010_index.php
24. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. PLoS ONE. 31 de outubro de 2012;7(10):e48255. recuperadode10.1371/journal.pone.0048255
25. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: MS; 2006 [citado 20 de agosto de 2013]. Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF

Tabela 6 - Organização da atenção ao primeiro contato.

País	Fontes de atenção ao primeiro contato	“Porta de entrada” ou “gate keeping”	Escolha do profissional da “porta de entrada”	Necessário encaminhamento para os serviços especializados	Necessário encaminhamento para atendimento hospitalar não-emergencial	Organização prática dominante	Número médio de pacientes por generalista	Envolvimento de outros profissionais da saúde
Áustria	Generalistas, ambulatórios, ambulatórios hospitalares; pediatras, ginecologistas, dentistas, oftalmologistas	Até certo ponto; mais para generalistas com contratos de seguro social	Sim (com algumas restrições)	Geralmente sim para generalistas com contratos de seguro social; caso contrário, não necessário para a maioria das especialidades	Sim	Principalmente práticas individuais, embora algumas funcionem em ambulatórios e algumas funcionem em ambulatórios hospitalares	800 (estimativa)	Generalistas trabalhando em formatos de grupo também trabalham geralmente ao lado de enfermeiras, especialistas e fisioterapeutas
Bélgica	Qualquer médico, atendimento hospitalar	Não	N/a	Não	Não	Principalmente individual (75%), prática em grupo (16%) e centros de atenção primária (9%)	588-1056	Em centros de atenção primária: funcionários administrativos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicoterapeutas ou outros trabalhadores de atenção primária (ex.: farmacêutico, fonoaudiólogo etc.)
República Tcheca	Generalistas, pediatras, ginecologistas, dentistas e atendimento emergencial	Sim (não plenamente aplicada)	Sim	Sim, mas os pacientes podem ignorar	Sim	Individual (80%)	1613 por adultos, 952 por crianças	Não
Dinamarca	Generalistas, centros de saúde	Sim	Sim (dentro da área de residência)	Grupo 1 (10 Km de casa): sim, para a maioria; Grupo 2 (livre escolha): não	Sim	Individual	1400-1500	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Inglaterra	Generalistas, centros de saúde	Sim	Sim (dentro da área de residência)	Sim, para todas as especialidades	Sim	Grupo (81%)	1200-2200	Enfermeiras, farmacêuticos
Estônia	Generalistas, oftalmologistas, dermatologistas, ginecologistas, psiquiatras, infectologista, dentistas, pneumologista (em caso de TB) e todo especialista necessário no caso de trauma	Parcialmente sim	Sim	Sim, para o mais especialista (pagamento extra)	Sim	Tanto prática individual quanto prática em grupo	1200-2000	Enfermeiras. De acordo com o Plano de Desenvolvimento da Atenção Primária de 2009, a prática de generalistas deverá ser integrada a parteiras, pediatras, especialistas em reabilitação, enfermeiras de saúde mental, etc.
Finlândia	Generalistas	Sim, no setor público	Sim	Sim, no setor público	Sim	Generalistas trabalham em centros de saúde municipais	1500-2000	Dependendo do tamanho e do tipo da municipalidade, os centros de saúde incluem generalistas, às vezes médicos especialistas, enfermeiras,

França	Generalistas, especialistas	Sim (85%)	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Individual	1000-1500	enfermeiras de saúde pública, parteiras, dentistas, assistentes sociais Pequeno envolvimento de outros profissionais
Alemanha	Generalistas, especialistas, policlínicas	Sim (8%)	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Individual (68%)	1500-2000	Enfermeiras, parteiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Itália	Generalistas, pediatras, e atendimento emergencial	Sim	Sim	Sim	Sim	Individual	1800 Generalistas 1000 pediatras	
Lituânia	Generalistas, especialista específico	Sim	Sim	Sim, para algumas especialidades.	Sim	Prática em grupo (90%)	1800	Enfermeira de atenção primária à saúde, ginecologistas
Holanda	Generalistas (em centros de saúde)	Sim (100%)	Sim	Sim, para todas as especialidades	Sim	Individual (72%)	2250	Enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas
Polônia	Generalistas, pediatras, internistas	Não formalmente, mas através de mecanismos como estrutura de financiamento	Sim, pode mudar 2 vezes ao ano sem nenhuma cobrança adicional	Sim, com algumas exceções como ginecologistas, dermatologistas, psiquiatras e outros.	Sim	1.Prática individual 2.Prática em grupo 3.Unidades de atenção primária	4161	Práticas individuais tem de 1 a 2 serviços de suporte, geralmente incluindo uma enfermeira; práticas em grupo tem equipe maior, incluindo 2 a 3 enfermeiras e pessoal técnico-administrativo; centros de atenção primária dispõem de um amplo escopo de cuidados ambulatoriais e primários, possuindo grande equipe.
Romênia	Generalistas	Sim	Sim (só pode trocar depois de 6 meses)	Sim, para a maioria	Sim	Individual, com 1 enfermeira	1200-1500	Enfermeiras

Proporção de serviços que um paciente pode acessar diretamente sem um encaminhamento médico. Os serviços considerados incluem: generalista, emergência, dentista, pediatra, ginecologista, parteira, especialista ambulatorial, especialista hospitalar, enfermeira generalista, atendimento domiciliar, outros psicoterapeutas, psiquiatra, hospital, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e clínica de reabilitação.

Fonte: Masseria²

Tabela 7 - Carga de trabalho dos médicos de APS com seus pacientes nos 11 países (2009)

	Alemanha	Austrália	Canadá	França	Itália	Holanda	Nova Zelândia	Noruega	Suécia	Reino Unido	EUA
Trabalho Médio Semanal (Horas) - com contato pessoal	50.8 70%	40.5 87%	42.5 75%	48.6 82%	37.5 75%	44.4 69%	41 83%	40.5 67%	37.8 66%	42.2 68%	47.6 76%
Média de Pacientes Tratados por Semana	242	128	124	110	171	123	116	81	53	130	96
Horas de Trabalho na Semana	50	40	40	50	40	45	40	40	40	40	46
(mediana, quartil inferior, quartil superior) - com contato pessoal	[45,60] 70%	[38,50] 87%	[32,50] 75%	[40,60] 82%	[30,45] 75%	[34,50] 69%	[38,48] 83%	[33,48] 67%	[32,43] 66%	[35,50] 68%	[40,60] 76%
Número de Pacientes tratados por semana (mediana, quartil inferior, quartil superior)	250 (150, 300)	125 (110,150)	110 (70,150)	101 (81,136)	150 (120,200)	120 (90,150)	120 (100,130)	80 (60,100)	50 (40,64)	120 (90,150)	100 (65,120)
Tempo de contato com cada paciente em minutos (mediana, quartil inferior, quartil superior)	9,1 (6,4;13,4)	17,0 (14,9;19,2)	16,8 (12,1;23,3)	22,2 (16,9;29,5)	10,3 (7,2;15,0)	15,0 (12,2;18,0)	17,4 (15,4;19,8)	20,6 (16,0;26,0)	2,8 (24,0;36,0)	13,3 (10,8;16,8)	22,5 (17,0;29,7)

Fonte: Koch³

Tabela 8. Estimativa do “Tamanho do painel” em diferentes modelos de Delegação de Tarefas para outros profissionais de saúde não médicos

Tipo de Cuidado	Modelo Não-Delegado		Modelo Delegado1		Modelo Delegado2		Modelo Delegado3	
	(Painel=983)		(Painel=1947)		(Painel=1523)		(Painel=1387)	
	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)	Tempo delegado (%)	Horas por (paciente/ano)
Preventivo	0	0,71	77	0,16	60	0,28	50	0,35
Crônico	0	0,99	47	0,53	30	0,70	25	0,75
Agudo	0	0,36	0	0,36	0	0,36	0	0,36
Total	0	2,06	-	1,04	-	1,33	-	1,46

Fonte: Altschuler¹⁸

Tabela 9. Distribuição das características demográficas e assistenciais das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Florianópolis (SC), 2011

Variáveis	Geral
	Média(dp)/n(%) n=97
Características Demográficas (IBGE)	
População adscrita por ESF	3.756,9 (1.998,4)
Faixa etária	
0 a 09 anos	39.041 (11,1)
10 a 19 anos	51.627 (14,7)
20 a 59 anos	219.679 (62,5)
60 ou mais	41.359 (11,8)
Sexo	
Masculino	168.965 (48,0)
Feminino	182.720 (52,0)
Média do número de pessoas por ESF moradora em Área de Interesse Social	758,9 (1.003,2)
Características assistenciais	
Proporção de consultas programáticas em 1 ano por ESF ¹	22,4 (6,7)
Proporção da população adscrita por ESF que consultou em 1 ano	40,3 (20,0)
Número de consultas médicas em 1 ano	3.244,1 (1.159,6)
Número de pessoas atendidas pelo médico em 1 ano	1.283,5 (330,4)
Numero de consultas médicas por pessoa atendida em 1 ano ²	2,6 (0,6)
Proporção do Número de consultas médicas pela população adscrita por ESF	1,1 (0,6)

¹ Consultas Programáticas são as consultas de Puericultura, Pré-Natal, Hipertensos e Diabéticos por CID10

² Razão do número de consultas médicas pelo número de pessoas atendidas pelo médico em 1 ano

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elevado número de consultas médicas realizadas a mais no acesso avançado, aproximadamente 1000 consultas médicas/ano, comparado com as outras formas de agendamento médico, permite aos gestores repensarem o modelo de marcações de consultas médicas em APS.

Contudo, o não aumento do número de pessoas atendidas e o benefício quase nulo para o cuidado de doenças crônicas, leva a discussão que se o AA promove um aumento do número de consultas médicas e o número de pessoas atendidas não é alterado não se estaria realizando mais consultas médicas das mesmas pessoas, incorrendo na “Lei dos Cuidados Inversos” descrita por Hart em 1971, ofertando-se mais consultas para que menos precisa. Portanto, é sempre importante se ter uma expectativa realista de seus benefícios uma vez que a implementação do acesso avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia e num maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios.

Por sua vez, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, embora apresente o terceiro melhor *Índice de Desempenho do SUS* (Brasil. Ministério da Saúde, 2013) tem uma proporção da população adscrita que utiliza os serviços de APS do município de apenas 40,3% e, considerando esse dado, tem um número consultas médicas por pessoa por população adscrita baixo – 1,1 – quando comparado aos Sistema de Saúde Inglês e Estadunidense, por exemplo (respectivamente, 5,55 e 3,32 respectivamente).

Logo, embora Florianópolis tenha uma populacional dentro do que a Política Nacional de Atenção Básica recomenda (3756,9 pessoas-equipe), é mandatário diminuir essa relação de 3000 a 4000 pessoas preconizada, pois o estudo mostra que os países com Sistemas Nacionais de Saúde com forte orientação em APS, além de se trabalhar por lista de pacientes e não por território, eles têm um número, em média, muito menor de pessoas - 1500 – 2000 pessoas por equipe de APS - proporcionando uma maior acesso por parte da população aos cuidados em saúde nesses países.

Trabalhar tentando gerir o cuidado de 4000 pessoas é praticamente, para não dizer totalmente, inexecutável. Além disso, é sabido que, em muitos municípios do país, nem esse limite legal de 4000 pessoas não é respeitado, aumentando em muito a sobrecarga profissional.

Por fim, embora deva-se atentar ao número de consultas médicas por dia nas equipes de ESF e se reorganize o processo de trabalho visando otimizar a APS no país, como, por exemplo, delegando o cuidado das consultas programáticas e pessoas com doenças crônicas a outros profissionais de saúde das ESF e/ou do NASF a fim de se obter um maior cuidado as

reais necessidades em saúde da população, o tamanho populacional inadequado proposto pela PNAB impede mesmo os bons profissionais de saúde com formação orientada para APS realizarem um trabalho de qualidade.

Enquanto no Brasil não se radicalizar e investir realmente em Atenção Primária à Saúde, teremos sempre dois serviços de saúde: o que ofertamos para a população e o que realmente buscamos quando nós ou algum familiar estiver enfermo.

ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Integração Ensino Serviço

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 04/2013

Florianópolis, 18 de março de 2013

Para: Tiago Barra Vidal
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezado Senhor,

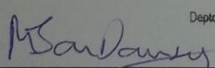
Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "Formas de agendamento médico e a sua relação com o número de usuários atendidos em Atenção Primária à Saúde", enviado por V^{as} S^{as} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391593.

Atenciosamente,

Maria Francisca dos Santos Dausy

Depto. de Integração Ensino e Serviços
Matrícula 158406
SMS - PMF



Maria Francisca dos Santos Dausy

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde