

Redução da espera para consulta com neurologista após reorganização da atenção à saúde na Região Norte do Distrito Federal

Reduction of waiting for consultation with neurologist after reorganization of health care in the Northern Region of the Federal District

Adriana Ferreira Barros Areal¹
Alcir Galdino de Oliveira Filho²
Cláudia Mendes Feres³
Danielle Raulino de Souza Andrade²
Fred Henrik Viana²
Luiz Antônio Bretones Filho⁴
Juliana Oliveira Soares²
Luana Milhomem²
Marcelo Pellizzaro D. Afonso²

¹Médica Neurologista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. neurologiagrme@gmail.com

²Médicos de Família e Comunidade, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

³Psicóloga – Especialista em saúde – Secretaria de Estado de Saúde do DF

⁴Médico Neurologista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

RESUMO

Objetivo: avaliar o efeito da implementação do sistema de estratificação e regulação de consultas, capacitação de servidores, apoio matricial e gestão das filas de espera no tempo para consulta com neurologista.

Método: por meio do gerenciamento das listas de espera, analisou-se a origem e o motivo para os encaminhamentos entre 2014 e 2017. Com a disponibilização de neurologista na gestão, realizou-se contrarreferências, capacitações e matriciamento.

Resultados: houve redução de 95% da fila de espera.

Conclusão: criou-se elo funcional entre os pontos da rede de atenção à saúde, crucial para garantir a fluidez do processo, contribuindo para uma assistência mais efetiva, eficaz e eficiente.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Atenção Primária a Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Matriciamento; Neurologia

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effect of the implementation of the system of stratification and regulation of consultations, training of servers, support matrix and management of waiting queues in time for consultation with neurologist.

Method: Through the management of the waiting lists, the origin and the reason for the referrals between 2014 and 2017 were analyzed. With the availability of neurologist in the management, counterreferences, capacitations and matriciamento were realized.

Results: There was a 95% reduction in the waiting list.

Conclusion: a functional link was established between the points of the health care network, crucial to guarantee the flow of the process, contributing to a more effective, effective and efficient assistance.

INTRODUÇÃO

A Portaria nº 4279, de 30/12/2010, do Ministério da Saúde instaura as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas. Esses arranjos organizativos retomam os princípios fundamentais do SUS, com destaque para a integralidade do cuidado. A RAS, estabelece uma nova relação entre os níveis de atenção à saúde e os de densidade tecnológica, mantendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado¹.

Para garantir uma boa funcionalidade da RAS, é necessária a garantia do uso racional dos recursos em saúde e o acesso prioritário em casos de maior necessidade. Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e terciária. Estes serviços subsidiam o esclarecimento do diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico, para o aumento da resolutividade da atenção primária. Dessa forma, a gestão das filas para consultas especializadas é uma atividade fundamental na garantia do acesso e ao bom desempenho do sistema de saúde.

Entretanto, ainda se perpetua o difícil acesso a consultas especializadas e aos exames diagnósticos e terapêuticos², resultado em parte das fragilidades na articulação entre os níveis de atenção.

Essa realidade também foi verificada na assistência prestada pela RAS em Neurologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diante disso, foi organizado a implantação do sistema de estratificação e regulação de consultas, capacitação de servidores, apoio matricial e gestão das filas de espera para melhorar a efetividade dessa RAS. Apesar de vários estudos apontarem os benefícios dessas estratégias e ferramentas^{3, 4}, poucos são os estudos que analisaram o efeito delas no tempo de espera para consultas especializadas.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência do uso de diferentes ferramentas de gestão (sistema de estratificação e regulação de consultas, capacitação de servidores, apoio matricial e gestão das filas de espera) com objetivo de reduzir a lista de espera

para consulta especializada em Neurologia na Região de Saúde Norte do Distrito Federal entre 2016 e 2017.

A primeira intervenção foi iniciada em novembro de 2015 com a capacitação em Neurologia dos médicos da atenção primária da região estudada, sobre os temas “cefaleia” e “epilepsia” por serem as principais causas de encaminhamento para a atenção secundária. O objetivo foi capacitar esses profissionais de saúde para o atendimento inicial das demandas em cefaleia e epilepsia, bem como o rastreamento de casos que necessitem seguimento com especialista. Esta capacitação foi dividida em parte teórica com quatro encontros com duração de quatro horas de aulas, seguidas de treinamento prático em ambulatório didático semanal, com duração de quatro horas e atendimento de seis pacientes. O ambulatório era realizado na atenção primária e o atendimento era compartilhado entre médicos da atenção primária e neurologistas. A duração do treinamento prático foi de aproximadamente cinco meses.

A segunda intervenção foi realizada em abril de 2016, por meio de um produto final do estágio em gestão na DIRAPS (Diretoria de Atenção Primária à Saúde) Norte dos residentes de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Foi feita uma análise dos encaminhamentos classificados como verdes*, direcionados para atenção secundária, na especialidade Neurologia, a partir do sistema de regulação local Sisconweb**, no período entre maio de 2014 e abril 2016. Esta análise incluiu a origem (região de saúde) e o motivo do encaminhamento (diagnóstico provável).

A partir destes dados e a qualificação da informação foi proposto um plano de ação, juntamente com a coordenação de Neurologia da rede SES-DF, que permitiu um aprimoramento dos protocolos de regulação e orientações à APS quanto ao encaminhamento. Este plano de ação está resumido na tabela 1.

* Tal cor faz menção ao protocolo de classificação de risco elaborado juntamente com a Central de Regulação e a RTD em Neurologia que define estratificação do risco (diferenciando os encaminhamentos em verde, amarelo e vermelho) de perda de função ou morte conforme a condição mórbida.

** A Central de Marcação de Consultas utiliza o sistema de registro digital desde 2013, entretanto, o Sisconweb passou a ser utilizado em 2014. Tal ferramenta foi idealizada pela equipe técnica da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (Diraps) de Sobradinho, o sistema, inserido em caráter.

Tabela 1.**Plano de ação para reorganização da RAS da Região Norte -DF**

Qual o principal nó crítico?	Alta demanda de encaminhamento classificados como verdes e por motivos de cefaleia sugerindo uma baixa resolutividade da APS
Meta?	Reorganização da RAS para adequado encaminhamentos à neurologia
Como fazer?	1. Pactuar protocolo de encaminhamento para neurologia (Sisconweb, Neurologia, APS) 2. Divulgação do protocolo de encaminhamento no colegiado ampliado na APS 3. Devolver encaminhamentos incompletos e mal definidos para médicos da APS para readequação. 4. Disponibilizar parte da carga horária de neurologistas do HRS para realizar apoio matricial.
Responsável?	1. Diraps/GAP 2. Coordenação de Neurologia da SES/DF 3. Chefias de clínicas do HRS
Prazo?	Início junho 2016 Reavaliação da cada seis meses para mensurar redução dos encaminhamentos

A terceira intervenção foi a reorganização da classificação de risco utilizada para o sistema de regulação local Sisconweb, a partir dos protocolos de encaminhamento para neurologia adulto, originados no projeto TelessaúdeRS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aprovados em resolução CIB/RS 174/2015 e utilizados no RegulaSUS. A classificação de risco adaptada (anexo 1), já contava com atendimento por prioridade, identificação dos CID mais urgentes, bem como informava ao médico encaminhador quais os exames complementares que já deveriam ser solicitados para agilizar a investigação.

A quarta intervenção teve início em abril de 2017 com a disponibilização pela Coordenação de Neurologia da SES-DF de cinco horas semanais de um médico neurologista do Hospital de referência dessa região para atuar junto à Diretoria de Atenção Primária da Região Norte (DIRAPS-SRSNO) e deflagrar nova análise dos encaminhamentos. Nesta fase, foram geradas planilhas de Excel para análise dos dados, mediante relatório do Sisconweb. Levantou-se a relação dos médicos lotados na APS, com o código de registro profissional. Com tais informações e mediante o comando "PROCV" do Excel identificaram-se quais encaminhamentos eram provenientes de profissionais da APS. Os encaminhamentos foram devolvidos ao profissional encaminhador acompanhados de esclarecimentos clínicos e sugestões de manejo. Instituiu-se, assim, uma nova rotina de encaminhamento. Para garantir que os encaminhamentos devolvidos teriam apoio no manejo dentro da APS, disponibilizou-

se apoio matricial do médico neurologista. Nesta etapa foram identificados 499 encaminhamentos classificados como verdes, que foram novamente analisados quanto à origem e motivo.

Após esta última análise, iniciou-se um debate com os serviços ambulatoriais e hospitalares, em nível local, para que se restringissem os encaminhamentos do nível primário ao secundário aos profissionais lotados na APS, reforçando o conceito da APS como ordenadora do serviço. Esta ação foi implementada em novembro de 2017 e seus desdobramentos estão em curso.

Novas análises estão sendo realizadas, semestralmente, seguindo a mesma metodologia, para acompanhamento e monitoramento do impacto das ações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em abril de 2016, havia um total de 928 encaminhamentos classificados como verdes e foram qualificados a partir de sua origem e motivo. Quanto a origem, observou-se uma grande concentração de encaminhamentos de poucas unidades de saúde, marcadamente as unidades que ainda adotavam o modelo convencional de APS e não a estratégia de saúde de família, sobretudo da região de Planaltina que respondeu por 73% dos encaminhamentos. A região de Sobradinho respondeu por 27% dos encaminhamentos. No que tange ao motivo, encontrou-se predominantemente cefaleia (36%) e epilepsia (12%).

Na reavaliação de abril de 2017, foram identificados 499 encaminhamentos classificados como verdes, que foram novamente analisados quanto à origem e motivo. Quanto a origem, identificou-se que 51% dos encaminhamentos eram originados da própria atenção especializada e os demais da atenção primária. Estes últimos que, após análise, se mostraram incompletos, foram devolvidos com sugestões de manejo e rastreamento. Os encaminhamentos adequados foram atendidos. Quanto ao motivo, nesta etapa, os motivos mais frequentes ainda eram cefaleia (35%) e epilepsia (14%).

Desde o início do projeto em abril de 2016, houve uma redução de 95% da fila de espera dos usuários classificados como **verde** para atendimento no ambulatório de Neurologia na SRSNO (Tabela 2)

Tabela 2
Dados da redução da fila para consulta em neurologia

Data da análise	Usuários classificados como verde em espera
Abril de 2016	928
Abril de 2017	499
Mai de 2017	271
Setembro de 2017	25

Essa mudança no número de encaminhamentos, resultado de um ano e meio de trabalho, é o dado de maior destaque. A instauração de um novo fluxo para os encaminhamentos indevidos ou repetitivos, aliado ao melhor monitoramento das demandas pelos sistemas de regulação (Sisconweb) e avaliação por médico especialista levou a transformação da postura dos médicos lotados nas Unidades Básicas de Saúde e dos médicos da assistência especializada. Os encaminhamentos são mais detalhados, com informações pertinentes ao diagnóstico inicial e tentativas iniciais de tratamento, além dos pacientes já terem as solicitações dos exames de rastreamento pertinentes a cada caso. No que tange à assistência especializada, as consultas são mais objetivas e permitem uma abordagem terapêutica mais específica que traz resultados positivos em menos tempo, o que gera uma satisfação tanto do usuário, como do profissional.

As novas propostas de estratégias de apoio matricial incluíram a educação permanente e a personalização de temas teóricos às demandas da APS com base na prevalência das doenças neurológicas no território. Como eventos de educação permanente, em 2017, foram realizadas

uma palestra de divulgação do protocolo de epilepsia da SES-DF, em julho de 2017, e a capacitação na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral, em agosto de 2017.

A criação de um grupo de comunicação com o médico neurologista apoiador da DIRAPS, por meio de aplicativos de internet (WhatsApp), estabelecendo um elo funcional entre os pontos da RAS, foi crucial para garantir a fluidez do processo de referência e contrarreferência proporcionando melhor qualidade do serviço prestado à população. Todas as estratégias citadas estão em sintonia com a literatura que relaciona o apoio matricial à uma melhor certificação das APS^{3,4}.

Notou-se, empiricamente, uma crescente satisfação por parte dos neurologistas e profissionais da

APS, uma vez que os pacientes estão sendo adequadamente direcionados para especialidade e também podem receber alta do atendimento especializado, além manter um seguimento eficaz no território, que se sente qualificado e com apoio para manejar os quadros específicos. Esta experiência ratifica que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da difusão do apoio matricial da atenção especializada, é um caminho para enfrentar a baixa resolutividade da atenção primária e o “gargalo” da atenção especializada^{5,2}.

A última análise da origem dos encaminhamentos, que evidenciou ser a maioria originada na própria atenção especializada demonstra a necessidade de monitoramento e respeito aos fluxos, uma vez que este movimento prejudica a coordenação do cuidado que é prerrogativa da APS. Acredita-se que isso advém de uma cultura que descredibiliza o atendimento na APS e que crê no acesso direto ao especialista como única modalidade de cuidado. Frente a esse dado, foi proposto que a APS seria a responsável pela avaliação de todos os casos, com posterior encaminhamento à especialidade quando necessário. Excepcionalmente, pacientes já em seguimento na atenção especializada que

necessitassem de uma segunda avaliação em outra especialidade, teriam o encaminhamento formalizado em pedido de parecer.

Por fim, salienta-se que a articulação e a melhor integração entre ensino, serviço e gestão, além dos usos de novas ferramentas tecnológicas permite uma busca coletiva de soluções para a qualificação técnica dos médicos da APS, redução do tempo de espera para atendimento em Neurologia e satisfação de usuários e profissionais, além de ampliar o horizonte para novas estratégias de gestão e de pesquisa em saúde pública.

CONCLUSÃO

A presente experiência visa demonstrar como é possível aprimorar os processos de gestão e o cuidado em saúde da população. Através da integração técnica da equipe gestora, da qualificação técnica da equipe assistencial e da integração ensino-serviço foi possível atingir

resultados primorosos e construir uma rede poliárquica, com centralidade na APS. Mesmo estabelecendo novas relações entre os diversos pontos da rede, a RAS precisa manter a APS no lugar fundamental apontado, como ordenadora do cuidado e centro da comunicação, ressaltando o papel adjuvante da atenção especializada.

Gerenciamento das listas de espera foi o gatilho para o processo de reorganização da RAS em neurologia realizado na Região Norte. Os desdobramentos da análise da origem e do motivo para os encaminhamentos proporcionou a aproximação de diferentes servidores, dividindo conhecimentos, anseios, dúvidas e angústias. Enfim, contribuindo para uma assistência mais efetiva, eficaz e eficiente.

Considera-se, por fim, que o processo para reorganização de rede de atenção partindo da gestão das listas de espera pode e deve ser reproduzido em outras especialidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 35p.
2. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de médica complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20 (3): 953-72.
3. Erdmann AL, Andrade SR, De Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21, (Spec): 08 telas, jan-fev.2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52935/56928>
4. Santos AF, Machado ATGM, Reis CMR, Abreu DMZ, Araújo LHL, Rodrigues SC, et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção à saúde. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:54. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005519
5. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Publica* 2017, 33(9): e00108116. doi: 10.1590/0102-311X00108116

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 22 agosto.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro gráfico, 1988. 292p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Legislação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série E. Legislação em saúde).