

SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série
Jose Otavio Costa Auler Junior
Luis Yu

Medicina de Família e Comunidade

2ª edição

Editores do Volume
José Benedito Ramos Valladão Júnior
Gustavo Gusso
Rodrigo Diaz Olmos • Lucas Bastos Marcondes Machado
Ana Luiza Leite Ribeiro Freire • Thiago Morais da Silva

Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

2ª edição

MEDICINA USP
Hospital das Clínicas FMUSP
HCX FMUSP
Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

Coordenadores da Série
Jose Otavio Costa Auler Junior
Luis Yu

- *Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa*
- *Anestesiologia*
- *Cirurgia da Mão*
- *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*
- *Cirurgia Geral*
- *Cirurgia Plástica*
- *Cirurgia Torácica*
- *Condutas Práticas em Cardiologia*
- *Cuidados Paliativos – Falências Orgânicas*
- *Dermatologia*
- *Endocrinologia e Metabologia*
- *Endoscopia*
- *Genética Médica*
- *Geriatria*
- *Imunologia Clínica e Alergia*
- *Infectologia*
- *Mastologia*
- *Medicina de Família e Comunidade*
- *Medicina do Trabalho*
- *Medicina Esportiva*
- *Medicina Física e Reabilitação*
- *Medicina Legal e Perícia Médica*
- *Nefrologia*
- *Neurocirurgia*
- *Neurologia*
- *Neurologia Infantil*
- *Oftalmologia*
- *Ortopedia e Traumatologia*
- *Otorrinolaringologia*
- *Pediatria*
- *Pneumologia*
- *Radiologia e Diagnóstico por Imagem*
- *Reumatologia*
- *Urologia*



SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP

Coordenadores da Série
JOSE OTAVIO COSTA AULER JUNIOR
LUIS YU

VOLUME

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

2ª edição

Editores do Volume
JOSÉ BENEDITO RAMOS VALLADÃO JÚNIOR
GUSTAVO DINIZ FERREIRA GUSSO
RODRIGO DIAZ OLMOS
ANA LUIZA LEITE RIBEIRO FREIRE
LUCAS BASTOS MARCONDES MACHADO
THIAGO MORAIS DA SILVA

MEDICINA USP

Hospital das Clínicas Fmusp

HCX Fmusp

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2025

EDITORA ATHENEU

São Paulo	–	Rua Maria Paula, 123 – 13º andar Conjuntos 133 e 134 Tel.: (11) 2858-8750 E-mail: atheneu@atheneu.com.br
Rio de Janeiro	–	Rua Bambina, 74 Tel.: (21) 3094-1295 E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Capa: Paulo Verardo
Produção Editorial: Arte & Ideia

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

M442
2. ed.

Medicina de família e comunidade / coordenadores da série José Otavio Costa Auler Junior, Luis Yu ; editores do volume José Benedito Ramos Valladão ... [et al.]. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.

il. ; 24 cm. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-932-3

1. Medicina da família. 2. Cuidados primários de saúde. I. Auler Junior, Jose Otavio Costa. II. Yu, Luis. III. Valladão, José Benedito Ramos. IV. Série.

25-97339.0

CDD: 362.10981
CDU: 614(81)

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

VALLADÃO JÚNIOR, JBR; GUSSO, GDF; OLMOS, RD; FREIRE, ALLR; MACHADO, LBM; SILVA, TM. Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – volume Medicina de Família e Comunidade. 2ª edição.

©*Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.*

Parte 1

Temas Centrais

Capítulo 1

Gestão da Clínica

Luciano Nader de Araújo
Mariana Duque Figueira
Fabio Yuji Furukawa

A nova médica

Maria Fernanda Chaves, 28 anos, médica recém-saída da residência em Medicina de Família e Comunidade, entra em uma vaga de trabalho na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de região metropolitana.

Ao chegar lá, ela encontra uma situação bem típica: para entrar na agenda do médico, a pessoa precisa ir à UBS no início do mês, quando abrem as vagas para dali a três meses.

As filas ficam enormes e as pessoas chegam durante a madrugada.

A situação era bem complicada. Porém, a gestão estava aberta a sugestões e, com isso, ela iniciou discussões no serviço para tentar mudar essa realidade.

Logo ela entendeu que para isso precisaria recorrer aos princípios básicos da atenção primária à saúde.

Atenção primária à saúde

Desde 1920, na Inglaterra, a atenção à saúde é pensada em níveis organizacionais.[1] O primeiro nível é a atenção primária à saúde (APS),[2] porta de entrada e organizadora dos outros níveis do sistema, em que se espera resolubilidade de 85% a 95% dos problemas de saúde.

Os casos menos frequentes vão para o nível secundário, enquanto o nível terciário fica com as raridades.

Pode-se dividir os atributos essenciais[2] da atenção primária em quatro: acesso, longitudinalidade, coordenação e abrangência. Esses atributos norteiam a gestão da prática clínica na APS.

Acesso

A demanda de uma população adscrita por atendimentos médicos não será diminuída com o tempo, mas poderá ser organizada.[3]

Estimativas internacionais[4] (Inglaterra e Estados Unidos) sugerem que, a cada mil habitantes, cerca de 250 indivíduos procuram atendimento de saúde no período de um mês (Figura 1.1).

Fatores relacionados com o perfil dos usuários influenciam significativamente a utilização dos serviços de saúde.[3] Características como pouca rede social, baixos níveis socioeconômico e educacional, alto índice de morbidades (maior causa preditora em vários estudos), alto índice de quadros de saúde mental, desemprego, mulheres em torno dos 40 anos, idade acima dos 65 anos e dinâmicas familiares disfuncionais predispõem a maior procura do serviço.

Dadas essas condições, o número brasileiro de procura pode ser ainda maior que os internacionais.

Maria Fernanda resolveu seguir as melhores evidências no sentido de organizar e lidar com essa demanda, e iniciou priorizando o acesso por meio da estratégia de *acesso avançado*.[5] Para isso, começou reservando 10% de suas vagas existentes no dia para atender as pessoas que batiam à sua porta sem agendamento prévio.

A princípio, essas vagas ficaram ociosas. Ela logo pensou que a população não precisaria desse tipo de atendimento na UBS.

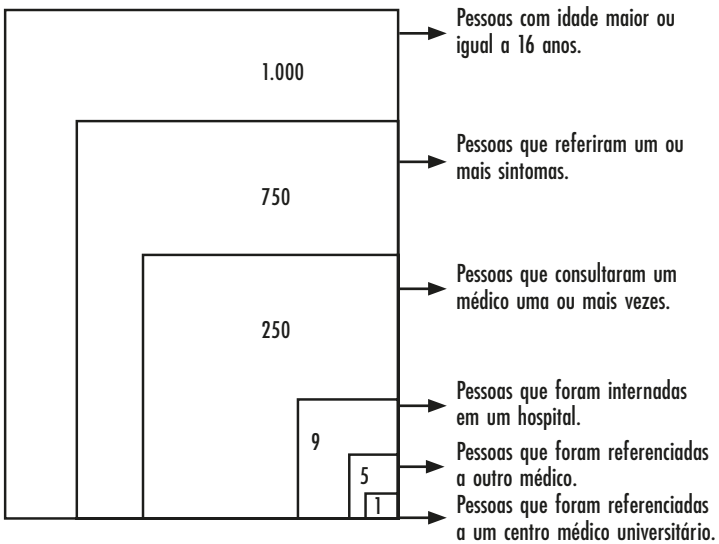
Considerando o atributo de primeiro contato, ela entendeu que a APS não pode ser considerada somente o lugar de prevenção e do seguimento ambulatorial de quadros crônicos; ela também é lugar de urgências e de quadros agudos.

As pessoas não a procuravam porque não entendiam o serviço como confiável. Tinham um *grau de afiliação* muito baixo.

Após algumas semanas, a população entendeu que havia possibilidade de consultas para o mesmo dia, e passou a procurar mais a unidade de saúde.

A médica de família percebeu como o modo anterior de agendamento reprimia sua real demanda, e como a percepção de barreiras por parte dos usuários influencia de maneira direta a utilização do serviço.[3] Podem ser citados como fatores facilitadores importantes

Figura 1.1. Prevalência estimada de consultas no período de um mês, na Inglaterra, segundo estudo de 1961 de White *et al.*[4]



à procura por atendimento: tempo de espera (tanto de agendamento quanto em sala de espera), distância e condições de transporte até a unidade de saúde, organização do serviço e relação funcionário-pessoa.

A nova médica de família continuou, então, com sua estratégia: gradativamente aumentando a proporção de consultas do dia e diminuindo as agendadas anteriormente (Figura 1.2). Ela foi percebendo que as faltas diminuíam e as pessoas pareciam mais satisfeitas.[5] Quando tinha cerca de 40% de vagas de atendimentos para o mesmo dia, encontrou um grande desafio: diminuir o agendamento do que seriam as "prioridades" da ESF (p. ex., hipertensão e diabetes). O medo dela era de que essas pessoas não viessem mais às consultas e que seu seguimento ficasse prejudicado.

A lei dos cuidados inversos de Hart

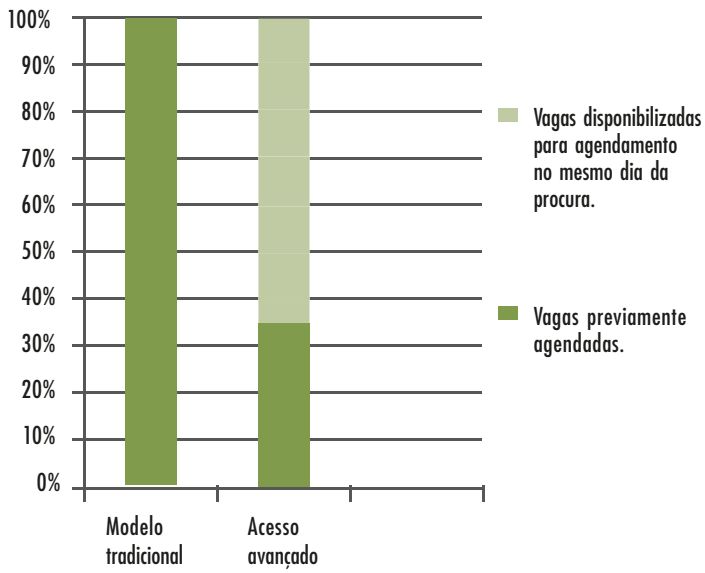
Em 1971, Hart descreveu a lei dos cuidados inversos,[6] que diz que a melhor assistência médica está disponível para a população que menos precisa dela, fazendo-se necessário redistribuir o cuidado para a população que mais se beneficiaria dele.

Muitas vezes, essa situação é vista na ESF, em que aqueles grupos ditos prioridades (programáticos) ocupam grande parte da carga assistencial e acabam sendo expostos a excessos de consultas e de procedimentos, enquanto as pessoas com queixas agudas – ou com quadros que não se enquadram nas definidas prioridades (programas) – precisam ir ao pronto-socorro ou encontrar outro lugar no sistema de saúde para seu acompanhamento.

Após ler sobre a lei de Hart, Maria Fernanda começou a se questionar:

- Por que um serviço de saúde que se considera porta de entrada vai selecionar por quais problemas a pessoa merece ter sua consulta garantida e por quais não?
- Por que um serviço de saúde que se diz abrangente escolheria organizar seus atendimentos com base em doenças, em faixa etária, ou se a queixa é aguda ou crônica?

Figura 1.2. Diferença na distribuição das vagas de consulta no período de um dia entre o modelo tradicional e o de acesso avançado.[5]



Um serviço de APS de qualidade deveria indicar a periodicidade dos retornos de maneira criteriosa, e a pessoa escolheria voltar no dia que fosse mais interessante para ela; pensando também na corresponsabilidade no cuidado e na diminuição da taxa de absenteísmo.

Um serviço de APS de qualidade deveria oferecer o acesso mais ampliado possível às pessoas, para que elas procurassem a unidade pelas queixas de que sentissem necessidade, fossem elas de início há algumas horas ou há meses. Um serviço de APS de qualidade deveria identificar indivíduos com alta vulnerabilidade e alto risco, e pouca autonomia – fazendo a vigilância do cuidado e facilitando seu contato com o serviço –, de modo a buscar equidade.

Após ler sobre instrumentos validados de avaliação da APS (como o *PCA Tool*),[7] ela entendeu que estava certa.

Quando passou a lidar com queixas agudas de pessoas com diabetes e hipertensão, a priorizar a vigilância de indivíduos com alto risco individual em vez da vigilância dos cronicamente estáveis e saudáveis, a cuidar de pessoas que outrora não vinham à UBS, ela percebeu o valor de *encontros de oportunidade* no cuidado, comparando-se a encontros artificialmente programados.

A essa altura, sua agenda tinha vagas para o mesmo dia todos os dias. Alguns dias pela manhã e outros à tarde, para melhorar as possibilidades de encontrar-se com as necessidades dos indivíduos.

Com cerca de 75% das vagas para consultas do dia, além de continuar o estudo sobre organização da prática clínica, teve de estudar mais assuntos, como crises asmáticas, exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e abdome agudo, uma vez que as pessoas passaram a procurar a UBS por esses quadros.

Ao atender uma paciente com asma, Maria Fernanda foi muito elogiada e descobriu o papel da APS no acompanhamento mais eficiente e menos invasivo desses casos. Entendeu esse papel quando observou que o uso de corticosteroide oral não era racionalizado nas idas da paciente a prontos-socorros diferentes a cada crise e que o pneumologista estava com dificuldade em caracterizar a causa da descompensação da asma (a paciente parava de usar as "bombinhas" quando os filhos ficavam muito tempo sem visitá-la), já que a maioria de seus pacientes era grave e necessitava de altas doses de medicações para controle de seus sintomas.

Assim, a médica de família conseguiu tratar o *cushing* exógeno decorrente do uso excessivo de corticosteroide oral e controlar as diversas exacerbações, inclusive diminuindo sua medicação diária após uma reunião com a família, e obtendo controle da asma.

Continuando sua reorganização, a médica também melhorou o acesso às visitas domiciliares. Elas deixaram de ter a "configuração clássica", de um período fixo semanal, para três períodos de uma hora em dias diferentes na semana.

Com todas essas mudanças, ela passou de uma média de 280 para 420 consultas por mês e estava bastante satisfeita com seu trabalho.

Longitudinalidade

À medida que os meses passavam, Maria Fernanda foi percebendo que as consultas tornavam-se mais tranquilas. A longitudinalidade fazia-se presente: não havia tanta necessidade de recorrer a muitas perguntas em todos os encontros – bastava olhar o prontuário que o *registro clínico orientado a problemas* adiantava o conhecimento das situações mais relevantes da pessoa atendida.

Com o tempo atuando em uma mesma área, o médico passa a ter maior conhecimento sobre o território e seus casos. Ele consegue então diminuir o tempo de consulta em cerca de 40%, e ser mais eficiente nos atendimentos. Esse acúmulo inicia-se em três meses e cresce marcadamente até 12 meses, depois continua crescente, porém em ritmo mais estável.[8]

Assim, o tempo de consulta deixou de ser uma preocupação. Em vez de consultas sempre longas, aconteciam consultas mais pontuais e que tratavam sobre menos *episódios de cuidado* diferentes em cada encontro. Havia a possibilidade de oferecer mais encontros à mesma pessoa durante o ano: em vez de uma consulta de 30 minutos, poderiam acontecer duas consultas de 15 minutos cada.

No Brasil, as pessoas são vistas pelo médico em média 1,5 vez ao ano, enquanto a literatura mundial aponta para uma frequentação de quatro visitas por pessoa ao ano.[9]

A população foi entendendo que podia contar com sua médica de família quando precisava. Então, as queixas passaram a ser menos "represadas": o que vinha a ser discutido na consulta era o que fez a pessoa procurar o serviço naquele momento, e não mais todos os problemas que se acumularam durante o longo tempo de espera entre o agendamento da consulta e a data do atendimento.

Coordenação do cuidado

A equipe

Durante todo esse período de adaptação e organização da gestão da clínica, é importante destacar que a médica de família e comunidade não estava sozinha: ela tinha uma equipe.

A princípio, em razão da cultura da sociedade extremamente medicalizada e médico-centrada, a equipe e a própria população não entenderam muito bem o que ela estava propondo. Mas as coisas melhoraram após algumas discussões sobre a importância do trabalho multiprofissional.

Mudanças no arranjo de funcionamento, tanto do serviço quanto intraequipe, são as que mais têm influência em curto, médio e longo prazos na organização da demanda pelo serviço e no aumento da resolutividade no cuidado.[3]

A divisão das funções com o enfermeiro mostrou-se essencial. Originalmente, ele tinha uma função fortemente administrativa: checando relatórios de Agente Comunitário de Saúde (ACS) – uma espécie de retrabalho, não realizava muitos atendimentos, sendo pouco resolutivo quando atendia queixas agudas, e fazendo a vigilância dos casos crônicos (aqueles que em sua maioria concentram o cuidado desnecessariamente, como já observado por Hart). Aos poucos ele foi ocupando um espaço pouco visto no Brasil, que é o de enfermeiro clínico.

Em outros países, ele é conhecido como *nurse practitioner*, unindo as funções administrativas com a clínica específica do enfermeiro, e ainda adicionando mais atendimentos a queixas agudas.[10]

Um enfermeiro consegue manejar cerca de metade dos casos que chegam à atenção primária sem necessitar de apoio médico (atividades de prevenção, controle de casos crônicos estáveis, atendimento de quadros agudos sem sinais de alarme, – em sua maioria benignos e autorresolutivos).[11-13] A outra metade dos casos, quando o enfermeiro precisa do médico para uma resposta eficaz, constitui um desafio para o gerenciamento dos atendimentos de ambas as classes, pois o profissional de enfermagem deve estar consciente da importância de seu

papel no contexto da atenção primária e deve ter garantido o respaldo médico ágil nessas situações.[14]

Maria Fernanda então organizou sua agenda de modo a estar preparada e disponível para atender às demandas geradas nas consultas do enfermeiro por meio do mecanismo da *interconsulta*:[15] definida no momento que o primeiro profissional conclui sua especificidade naquele encontro e necessita da avaliação de outro profissional para a continuidade do manejo do problema trazido pela pessoa.

Usando o trabalho em equipe, os profissionais conseguiram expandir o acesso em mais 150 consultas por mês, aumentar a eficiência no manejo dos casos e distribuir a carga de trabalho entre os diferentes profissionais.

Com esse arranjo, os agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem passaram também a ter um papel diferente e mais dinâmico: com a menor necessidade de advogar sobre a dificuldade das pessoas em conseguir consultas, começaram a realizar mais funções como escuta acolhedora, continência e vigilância sobre casos selecionados pela equipe durante as reuniões.

Todas essas mudanças implementadas pela médica de família e sua equipe foram instituídas após um período de diagnóstico mais detalhado de sua demanda.

Gestão da demanda

É necessária uma análise (quantitativa e qualitativa) pormenorizada da demanda para que se possa organizar a prática clínica e obter um cuidado de qualidade.[3,16]

A gestão da demanda pressupõe o desenho de circuitos internos, visando à redistribuição e racionalização das atividades, de modo que as respostas possam ser dadas pelo profissional mais eficiente e capacitado para resolver o problema.

Entre as *medidas quantitativas* respaldadas para tal, pode-se citar o binômio pressão assistencial-frequentação a seguir. Quando se analisa a relação entre as duas variáveis, tem-se um diagnóstico sobre as limitações do serviço e suas possibilidades de reorganização.

Medidas para análise quantitativa da demanda, normalmente calculadas para o período de um ano:

$$\text{Pressão assistencial} = \frac{\text{Número de visitas}}{\text{Número de dias trabalhados}}$$

$$\text{Frequentação} = \frac{\text{Número de visitas}}{\text{População adscrita}}$$

A diferença existente entre o número de pessoas cadastradas em uma equipe e o número de pessoas que realmente utilizam o serviço de saúde deve ser levada em conta ao se analisar a frequentação na ESF. Áreas com muitos habitantes utilizadores do sistema privado como referência, p. ex., têm sua frequentação subestimada quando calculada com base no número de pessoas cadastradas (Quadro 1.1).

Internacionalmente, sugere-se como adequada uma pressão assistencial média de 25 atendimentos por dia, e uma frequentação entre 3 e 4 consultas por habitante ao ano.[3]

Buscando refinar a análise, é importante um *diagnóstico qualitativo* da demanda. Pode-se dividir a demanda entre necessidades assistenciais ou administrativas, e entre atividades previsíveis ou imprevisíveis (do ponto de vista da equipe de saúde).

Quadro 1.1. Análise interpretativa do binômio pressão assistencial-frequentação[3]

Baixa pressão assistencial e alta frequentação	Alta pressão assistencial e alta frequentação
• Sugere baixo número de pessoas cadastradas no serviço. • Sugere sobra de recursos. • Sugere déficit organizativo. • Em áreas rurais distantes, não costuma indicar sobra de recursos, pois os profissionais acabam gastando muito tempo em deslocamentos durante as atividades.	• Sugere déficit organizativo. • Sugere falta de recursos se a pressão assistencial do serviço for maior que a pressão assistencial proporcional calculada para uma frequentação de 4 visitas/habitante/ano.
Baixa pressão assistencial e baixa frequentação	**Alta pressão assistencial e baixa frequentação**
• Sugere sobra de recursos. • Sugere número baixo de pessoas que procuram o serviço de saúde (baixo grau de afiliação).	• Não há margem de manobra organizativa. • Sugere falta de recursos.

As *atividades administrativas previsíveis* (laudos, renovação de receitas de pacientes crônicos, impressos para programas como automonitoramento glicêmico, benefícios, entre outros) correspondem a cerca de 40% da demanda de um serviço de APS.[17]

Devem-se criar circuitos organizativos para que essas necessidades sejam resolvidas em espaços fora dos momentos de consultas:[18,19] espaços reservados na grade dos funcionários para trabalhos burocráticos, divisão dessas atividades entre categorias profissionais (p. ex., receitas já impressas por auxiliares administrativos), ou fluxos de entrega dos pedidos pelas pessoas diretamente na recepção para retirada em tempo acordado previamente sem necessidade de uma consulta.

As *necessidades assistenciais previsíveis* (seguimento de crônicos estáveis, resultados de exames, rotina de pacientes "saudáveis", como pré-natal e puericultura) são o segundo grupo mais prevalente de demandas na APS. Pensando na lei dos cuidados inversos e na existência de diversos protocolos de acompanhamento com intervalos de retorno não baseados em evidências clínicas, respostas como resultados de exames normais por tecnologias como telefone ou *e-mail*, adequação de protocolos de seguimento e divisão dos atendimentos com a equipe de enfermagem são opções descritas como bastante eficazes.[19]

O papel de protagonismo do enfermeiro nesses casos faz ainda mais sentido se considerarmos que, quando a resposta a um dado problema encontra-se na área de intersecção de conhecimentos e habilidades de mais de uma categoria profissional, uma gestão adequada da demanda prioriza que a resposta seja dada pelo profissional com mais disponibilidade para isso. Em uma sociedade médico-centrada e pouco familiarizada com a carteira de serviços de outras categorias da saúde, esse profissional costuma ser o médico, mas deveria ser o enfermeiro.[18]

Para contemplar as *demandas imprevisíveis* pelo serviço de saúde (tanto as administrativas quanto as assistenciais), a organização do tempo e da agenda são os mecanismos que mais têm impacto em seu manejo.

Gestão do tempo e da agenda

Uma agenda que não abarca as necessidades de saúde de sua população e que não contempla procuras imprevisíveis faz com que surjam fluxos e vias paralelas de demanda em um cronograma de respostas normalmente já saturado. Isso cria um círculo vicioso que sobrecarrega os funcionários, gera responsabilização do usuário pelo "mau uso" do serviço e aumenta o grau de insatisfação das pessoas por não conseguirem as respostas de que necessitam.

As características básicas de uma agenda que não colaboram para o surgimento desse ciclo são (ver modelo na Tabela 1.1):[20]

Tabela 1.1. Modelo final da agenda da médica de família, incluindo visita domiciliar e reuniões

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8 a 11 h	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea
11 a 12 h	Agendamentos	Agendamentos	Agendamentos	Agendamentos	Reunião de equipe
13 a 15 h	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Visita domiciliar
15 a 17 h	Visita domiciliar	Agendamentos	Visita domiciliar	Agendamentos	Demanda espontânea

Fonte: Organizada pelos autores.

- Diversificação de horários (manhãs e tardes).
- Não setorização por programas, doenças ou faixas etárias (exceção no caso de a pressão assistencial ser maior do que a organização do serviço consiga dar conta, ocorrendo, então, uma priorização para garantia do cuidado daqueles com maior vulnerabilidade na região, normalmente crianças até dois anos e gestantes).
- Possibilidade de tempos de consulta diversos, sendo a maior parte delas rápidas, em torno de 15 minutos de duração (possibilitando durante o mesmo dia, p. ex., o agendamento de um retorno de 30 minutos para seguimento de um caso de saúde mental ou inserção de um dispositivo intrauterino (DIU), assim como uma breve avaliação de cinco minutos dos controles glicêmicos já acordados em consulta para otimização da dose de insulina).
- Espaços reservados em cada período para demandas assistenciais e administrativas imprevisíveis, ou para recuperação de atrasos inerentes ao dia a dia da clínica em APS.
- Agenda complementar entre médico e enfermeiro (de modo a possibilitar as interconsultas).
- Oferecimento de um número de consultas compatível com a necessidade das pessoas (levando-se em conta o limite de recursos passíveis de serem oferecidos por uma equipe, que podem ser insuficientes em relação à demanda).
- Planejamento que contemple a variabilidade da demanda (mais vagas nos dias da semana, nos meses ou nos horários em que há maior procura).

» Inclusão da *gestão da expectativa* de espera que existe por parte do usuário (incluindo medidas, como deixar disponível uma previsão do horário de atendimento ou avisar quando houver imprevistos/atrasos).

Gestão dos hiperutilizadores

Cerca de 80% dos atendimentos de um médico de atenção primária são utilizados pelas mesmas pessoas (em torno de 20% da lista de cadastrados).[3] Os hiperutilizadores do serviço de saúde não podem ser ignorados quando se pensa em estratégias para organizar a demanda.[21]

São descritas experiências[22] que diminuíram a procura pelo serviço, utilizando mecanismos que orientavam planos terapêuticos individualizados para os casos identificados pelos profissionais de saúde.

Por meio da análise do prontuário e dos motivos de procura da pessoa pela unidade de saúde, consegue-se analisar os seguintes aspectos:

» **Clínico:** atentar para a existência de condições orgânicas que não tenham tido investigação e diagnóstico adequados, ou para a existência de multimorbidade, com quadros não adequadamente controlados, como motivo das inúmeras visitas.
» **Psicológico:** acredita-se que 60% dos hiperutilizadores apresentam algum quadro de saúde mental, cabendo atentar para quadros psíquicos não adequadamente controlados ou ainda não diagnosticados (transtorno de personalidade, episódio depressivo) influenciando a procura pelo serviço.
» **Familiar:** condições de disfunção familiar estão muito relacionadas com uma maior utilização dos serviços de saúde.
» **Social:** solidão, pouca rede social, situações de pobreza e desemprego também são descritas como preditores de hiperutilização.
» **Cultural:** a experiência prévia com a doença e com o sistema de saúde, as crenças e expectativas quanto ao acompanhamento, a não aceitação do prognóstico e do plano terapêutico e a falta de conhecimentos para lidar com determinado problema de saúde são fatores que aumentam a procura pela equipe de saúde.
» **Administrativo:** atentar para a procura por procedimentos meramente burocráticos (renovação de receitas ou benefícios, laudos, resultados de exames laboratoriais normais).
» **Relacional:** a relação dos hiperutilizadores com os trabalhadores do serviço costuma ser difícil e disfuncional por atitudes de ambos; cabe ao profissional de saúde conseguir identificar os sentimentos despertados durante os encontros e a influência destes nos rumos do acompanhamento.

Após a identificação dos aspectos envolvidos no padrão de hiperutilização[23] citados anteriormente (que pode ser feita apenas pelo profissional mais solicitado nos encontros, pela equipe toda, em reuniões que incluam participantes com uma visão menos contaminada pelo contato com a pessoa, discussões com especialistas, em grupos Balint etc.), é acordado (inclusive com o hiperutilizador) um plano de intervenção, o qual pode conter exames diagnósticos, manejo das expectativas de ambos nos encontros, maior compartilhamento do cuidado com outros profissionais do serviço, conversa sobre a relação funcionário-pessoa e, muitas vezes, nada.

Muitas vezes, todo o processo de análise da situação é uma intervenção *per se*, pois diminui a incerteza clínica e emocional do profissional de saúde sobre seu papel no cuidado, melhorando a relação com a pessoa hiperutilizadora e seu acompanhamento, mesmo quando não há intervenções novas a serem acordadas.

Abrangência

O teor de complexidade dos casos da atenção primária não está somente nos fatores relacionados com o organismo da pessoa que procura a consulta, mas também nos relacionados com as humanidades do indivíduo.

Com mais ciências humanas envolvidas, é possível estabelecer a relação entre diversos eventos, porém a distância entre causa e efeito é maior e dificulta o pensamento linear de causalidade, tão valorizado na formação acadêmica da maioria das escolas médicas.

Como já citado, espera-se que a APS seja resolutiva. O limite entre a resolutividade teórica de 100% e a possível se dá na frequência necessária de surgimento de cada problema que leva o médico a manter *expertise* sobre aquele assunto.

Estima-se que tudo que seja de prevalência maior que 1:1.000 deva ser assunto da atenção primária. Isso torna possível arranjos como especializações e áreas de interesse, e médicos de APS de referência para determinados assuntos.

Dentro dessa ótica, a médica de família foi expandindo sua carteira de serviços. Às vezes pelo sistema de saúde falho, às vezes por interesse particular, ela foi ora estudando (fazendo cursos ou especializações), ora utilizando-se do mecanismo de matriciamento com outros profissionais (do próprio nível primário, do nível secundário e de equipes multiprofissionais na APS – eMulti, principalmente) .

O médico antigo

Depois de algum tempo na unidade, a médica de família Maria Fernanda tornou-se amiga de Marcos, médico com especialização em clínica médica, que trabalha na ESF há seis anos.

Marcos começou a mostrar-se cada vez mais insatisfeito no emprego, e pouco acolhedor nas conversas com pacientes e funcionários da unidade. Ele queixava-se da sensação de cansaço, de que não se sentia valorizado e de que seu trabalho não o satisfazia.

Ficava muito frustrado em não conseguir dar uma resposta a todos os pacientes que o procuravam e reclamavam cada vez mais porque não conseguiam consultas, enquanto passava muito tempo lidando com burocracias como laudos, fichas de produção, renovação de prescrições e registro em prontuários.

Marcos não tinha a mesma facilidade de Maria Fernanda no relacionamento com seu enfermeiro e sua ESF, já que eles preferiam o modelo anterior de agendamento mensal na unidade. Sua equipe, assim como vários outros funcionários do serviço, não entendia ter papel algum na escuta e no cuidado de pacientes "não programáticos", pois acreditava que essas demandas necessitavam de respostas estritamente médicas.

Além do mais, sua família vivia reclamando da quantidade de trabalho que ele levava para casa, pois era o único tempo que tinha para atualização sobre temas clínicos e suas evidências, bem como para estudar algum caso mais complexo de seus atendimentos da semana.

Satisfação profissional

Maria Fernanda, preocupada com o amigo, começou a pesquisar e percebeu que o sofrimento no ambiente de trabalho entre profissionais de saúde – desde desmotivação até transtorno mental comum – é bem mais frequente do que ela imaginava: leu que cerca de 40% de profissionais médicos na atenção primária fechavam critérios para a síndrome de *burnout*, e viu que há estudos em que esse número chegava a até 80%.[24,25] A média de permanência

em uma mesma equipe de ESF é muito pequena. Estudo de 2023 mostrou que os médicos ficam em média apenas 14 meses na mesma equipe, e que em 11 meses metade dos médicos deixa seus cargos.[26]

Ela percebeu também que, apesar da organização interna de sua equipe, a rotina de trabalho em sua unidade tinha uma série de fatores considerados preditores (ou de risco) para sofrimento laboral importante (Quadro 1.2).[25,27]

Assim, ela observou que Marcos, bem como seus outros colegas médicos da UBS, sequer sabiam do impacto da obtenção de habilidades e competências como comunicação em consulta e epidemiologia clínica, e direcionavam seus estudos somente para atualização clínica e por intermédio de protocolos baseados em consensos de especialistas.

Quadro 1.2. Fatores de risco para sofrimento laboral em trabalhadores de saúde[25,27]

Alta pressão assistencial.
Pouca participação dos funcionários em decisões relacionadas com seu processo de trabalho.
Pouca possibilidade de flexibilização da carga horária e de plano de carreira.
Organização pouco clara de fluxos de atendimento e do papel de cada profissional da equipe no cuidado dos pacientes.
Muitas reuniões, porém pouco propositivas, entre os profissionais da unidade.
Ausência de organização prévia para funções administrativas e previsíveis.
Ausência de tempo reservado para atualização não só de habilidades clínicas, mas também de temas como estrutura e comunicação na consulta.

CIAP[a] 3 código 501 (ou CIAP 2 código 64) – consulta ou problema iniciado pelo profissional de saúde

Estima-se que mais da metade das visitas a um médico de atenção primária seja gerada pelo próprio médico.[3] Isso costuma acontecer como forma de o profissional tentar diminuir sua incerteza diante das queixas trazidas, por sentir-se responsável pela cura e resolução de problemas que não dependem somente dele, e muitas vezes pela prática de medicina defensiva em detrimento da medicina baseada em evidências.

Carga assistencial excessiva, insatisfação laboral e menor tempo de experiência também aumentam a quantidade de demanda gerada pelo profissional de saúde.

A formação acadêmica deficitária em habilidades de comunicação e na habilidade de lidar com a incerteza característica dos problemas trazidos à APS está associada à necessidade de mais retornos e à solicitação de exames complementares desnecessários.

Outro componente importante é o perfil biomédico ensinado nas faculdades e reforçado socialmente, com a valorização da prescrição medicamentosa e da busca incessante pela cura e pela categorização diagnóstica mesmo sem benefício, e pouco foco na promoção de autonomia e corresponsabilização das pessoas em seu cuidado.[28]

[a]Classificação Internacional de Atenção Primária.

A gestão do sofrimento

Após tantas descobertas, Maria Fernanda e Marcos resolveram iniciar reuniões com a equipe técnica da unidade e a gerência, para conversarem sobre as medidas que poderiam tomar no serviço objetivando a construção e a manutenção de um ambiente de trabalho em que as pessoas se sentissem valorizadas e satisfeitas.[29,30] Também foram discutidas medidas para detecção e intervenção terapêutica dos funcionários, que já apresentavam algum grau de sofrimento laboral.

Entre as medidas discutidas, foram instituídos no serviço:

- Cursos com estratégias visando aumentar o potencial de resiliência e as ferramentas pessoais dos funcionários para lidar com atividades estressantes (*mindfulness*[31] é bastante relatado em estudos).
- Espaço protegido na grade dos profissionais para atividades de estudo e aperfeiçoamento.
- Encontros de poucos minutos (*huddles*)[32] com a equipe técnica, no início e no fim do dia, para planejar e avaliar os acontecimentos do dia e do trabalho em equipe.
- Reuniões para organizar e adequar os fluxos de atendimentos e o papel de cada profissional na divisão do cuidado dos pacientes.
- Intervalos reservados para a recuperação de atrasos e "situações não previsíveis" durante a jornada de trabalho de todos.

A gerência ficou bastante sensibilizada com a causa e muito surpresa depois de ler o quanto essas medidas impactavam um maior índice de produtividade dos empregados, em maior proporção de satisfação dos pacientes atendidos e em menores índices de erros dos profissionais, de rotatividade dos funcionários, de absenteísmo e de afastamento do trabalho.[21,22]

Marcos não só recuperou sua vontade de continuar no serviço, mas também foi eleito o representante da unidade para um fórum existente entre os trabalhadores e os gestores. Nesse fórum, ele tem levantado as pautas de governabilidade gerencial[21,22] para complementar o trabalho da comissão local de bem-estar. Entre as pautas, estão: discussão do plano de carreira e de flexibilização de carga horária para os funcionários; implementação do bem-estar profissional como indicador de qualidade institucional; e adoção de ferramentas como prontuário eletrônico e outras tecnologias leves que otimizem o registro e o resgate de informações e diminuam o tempo gasto com atividades administrativas.

Referências bibliográficas

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
2. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
3. Brunet JC, Saameño JAB. La gestión de la consulta en Atención Primaria. In: Zurro AM, Pérez JFC, eds. Atención Primaria – Conceptos, organización y práctica clínica. 5. ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 84-109.
4. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 265:885-92.

5. Murray M, Tantau C. Exploding the access paradigma. Fam Pract Manag. 2000;7(8):45-50.
6. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;1:405-12.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment tool (PCA Tool – Brasil)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Mcwhinney I, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 472p.
9. Casajuana J, Gérvas J. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madri: Springer Healthcare Ibérica; 2012.
10. Pritchard A, Kendrick D. Practice nurse and health visitor management of acute minor illness in a general practice. J Adv Nurs. 2001;36(4):556-62.
11. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. J Adv Nurs. 2011;67(8):1811-6.
12. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMC Fam Pract. 2013;14:61.
13. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1038-43.
14. Merino-Carrillo JJ, Rogero-Anaya P, Martín-Santos J, García-Díaz J, Sandino-Daban L, Valladares-López JR, et al. Reorientación de las actividades de enfermería en centros de salud. Rev Enferm. 1993;16(179-180):82-5.
15. Mello Filho J, Silveira LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Rev Bras Educ Med. 2005;29(2):147-51.
16. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: Ed. Instituto @pCOM; 2001.
17. Beltrán DO, Carbonell VP, Guillén VG, Erades IP, Montés MCR, Cánovas PM. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). Aten Primaria. 2004;33(2):69-77.
18. Carbonell VP, Plá AB, Chávarri GS, Torró JMS, López JLO, Erades IP, et al. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2008.
19. Brunet JC. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2005;12:579-81.
20. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da clínica. In: Gusso G, Lopes JMC, org. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012.
21. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. Family Practice. 2000;17:248-51.
22. Saameño JAB, Bayón AR. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? Aten Primaria. 2008;40(12):591-3.
23. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, LehtinenV, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. J Psychosom Res 1997;42:157-66.
24. Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-9.
25. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005;19(6):463-70.
26. Shin J, Kwon N, Park H, Lee J, Kim H, Yoo I, et al. Comparison of head CT and MRI for the assessment of vermian malformation in pediatric patients. Am J Roentgenol. 2023;220(5):1139-46. doi.
27. Silveira SLM, Camara SG, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad Saúde Colet. 2014;22(4):386-92.

28. Nedrow A, Steckler NA, Hardman J. Physician resilience and burnout: can you make the switch? Fam Pract Manag. 2013;20(1):25-30.
29. Linzer M, Guzman-Corrales L, Poplau S; American Medical Association. Preventing physician burnout. 2015 American Medical Association. Disponível em: https://www.stepsforward.org/modules/physician-burnout. Acesso em: 11 nov. 2016.
30. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. Ann Fam Med. 2013;11(3):272-8.
31. Demarzo MMP. Meditação aplicada à saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. v. 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2011. p.1-18.
32. Stewart E, Johnson BC. Huddles: improve office efficiency in mere minutes. Fam Pract Manag. 2007;14(6):27-9.