Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário

Evaluation of the difficulties faced by the patient to obtain a medical appointment on last referral levels

Giovanni de Paula Uzelli[1]
Rodrigo de Souza Lima[1]
Waleska Palhares Pires[1]
Tarciso Schirmbeck[1]

[1]Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federa, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
Tarciso Schirmbeck
Condomínio Solar de Brasília, Quadra 02, Conjunto 17, casa 06. Jardim Botânico, Brasília - DF. 71680-349, Brasil.
tschirmbeck@hotmail.com

Recebido em 05/setembro/2012
Aprovado em 15/fevereiro/2013

RESUMO

Objetivo: identificar as dificuldades de acesso ao serviço de saúde, no nível superior, enfrentadas pelo paciente e como elas interferem no prognóstico e tratamento de sua doença.

Método: foram entrevistados 205 pacientes usuários do Hospital de Base do Distrito Federal, no período de agosto de 2007 a julho de 2008.

Resultados: 52,5% dos pacientes não faz acompanhamento regular no nível de atenção primária. O tempo de espera para o atendimento do paciente foi superior a 2 meses em 91,8% dos casos e 7,4% dos usuários ainda não haviam sido atendidos após 12 meses. Pacientes atendidos com menos de um mês de espera não tiveram nenhuma repercussão em sua vida (73,9%), sendo que a partir de dois meses de espera, 54,9% apresentaram algum comprometimento (psicológico, social ou biológico).

Discussão: mais da metade dos pacientes atendidos em nível terciário no Distrito Federal não faz consulta regular em nível primário de atenção o que reforça a necessidade de fortalecimento das atividades de atenção primária. A demora para atendimento resultou em piora da saúde, repercussões psicológicas e sociais nos pacientes.

Palavras-chave: Consulta médica; Acesso; Avaliação; Paciente

ABSTRACT

Objective: to identify the difficulties of access to health care faced by patients and how they impact on prognosis and treatment of their disease.

Methods: 205 patients of the Hospital de Base do Distrito Federal were interviewed from August 2007 to July 2008.

Results: 52.5% of patients were not regularly monitored by primary care. They waited over 2 months in 91.8% of cases for a last referral level medical appointment and 7.4% of users had not been assisted after 12 months. Patients treated with less than a month of waiting had no impact on their life (73.9%), and from two months of waiting, 54.9% had some involvement (psychological, social or biological).

Discussion: more than half of patients treated at tertiary level in the Federal District does not have a regular follow-up in primary care which reinforces the need to strengthen primary health care activities. The delay in care resulted in worsening health, psychological and social consequences for patients.

Keywords: Medical appointment; Access; Evaluation; Patient

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças em dinheiro sob qualquer pretexto. A definição dos seus princípios doutrinários procurou estabelecer um modelo de saúde que atendesse todas as necessidades de saúde de um indivíduo[1-3].

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde torna-se um dos instrumentos mais importantes na verificação do adequado funcionamento do SUS[4,5]. O usuário do sistema, por meio de sugestões e reclamações no próprio local de atendimento ou nos conselhos de saúde municipais, pode atuar diretamente na melhoria da relação entre o serviço disponível e o prestado[1]. Por isto, o conhecimento das avaliações feitas pelos usuários sobre o atendimento recebido, em todos os níveis de assistência, torna-se fundamental para que haja melhora da prática médica vigente no sistema de saúde.

Além disso, muitos estudos comprovam uma relação direta entre o nível de adesão ao tratamento e a qualidade do atendimento, sobretudo, à impressão que o paciente teve do mesmo. Desta forma, torna-se fundamental conhecer a avaliação dos usuários em relação ao serviço oferecido, de forma que se possa intervir e aperfeiçoar a organização dos serviços de saúde[4-6]. A avaliação da facilidade com que o indivíduo consegue um atendimento adequado à suas necessidades de saúde reflete intimamente a qualidade do sistema de saúde do país. Inúmeros fatores influenciam este acesso: transporte, poder aquisitivo, educação, distância, relação população/número de serviços de saúde, etc.

O elevado tempo de espera para um atendimento específico é outro fator que reflete a qualidade do serviço de saúde de um país, já que possui consequências importantes na saúde do paciente. Dessa forma, observam-se repercussões significativas na vida do paciente que podem estar no campo biológico (agravamento do problema de saúde, surgimento de complicações, etc.), no campo emo-

cional (ansiedade, depressão, estresse, etc.) e no campo social (limitação da capacidade laboral, necessidade de acompanhamento para locomoção, menor independência e isolamento).

Este trabalho tem por finalidade analisar as dificuldades de acesso ao serviço de saúde enfrentadas pelo paciente e como elas interferem no prognóstico e tratamento de sua doença.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, na qual foram entrevistados 205 pacientes usuários do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), no período de agosto de 2007 a julho de 2008. Os ambulatórios selecionados foram ortopedia, reumatologia, clínica médica, neurologia, oncologia, cardiologia e oftalmologia, especialidades que possuíam o maior volume de atendimento no HBDF. A escolha dos pacientes foi efetuada por meio de uma amostragem aleatória simples tendo como critérios de exclusão o não entendimento do questionário ou a recusa do paciente em participar da pesquisa.

Utilizou-se um questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores com base na revisão bibliográfica. Foi efetuado um pré-teste seguido de ajustes para posterior realização da pesquisa. O questionário abordou aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas pelo paciente desde o momento em que o paciente saiu de casa até a realização de sua consulta médica no HBDF. Buscou-se identificar aspectos relacionados à distância do hospital, meio de transporte, poder aquisitivo e educação. Avaliaram-se, também, as repercussões da espera pelo atendimento na saúde dos entrevistados.

O presente trabalho foi aprovado por Comitê de Ética da FEPECS/SES-DF. Os resultados obtidos foram analisados por meio do programa EPINFO versão 3.3.2.

RESULTADOS

A faixa etária dos pacientes variou de 16 a 79 anos (média de 48 anos), com predominância do sexo feminino (57,6%). A maioria dos entrevistados (27,8%) não concluiu ensino fundamental, 27,3% possuíam ensino médio, 5,9% possuíam o nível superior e 3,4% dos entrevistados eram analfabetos. Com relação à renda, 59% dos pacientes recebiam entre 2 a 5 salários-mínimos e apenas 2,4% ganhavam mais que 10 salários-mínimos.

Mais da metade dos pacientes (52,2%) afirmaram não fazer acompanhamento regular no nível de atenção primária, apesar de 62,9% dos pacientes referirem ter procurado atendimento médico no centro de saúde para receber o encaminhamento ao nível terciário.

Verificou-se que o tempo de espera para o atendimento do paciente no HBDF foi acima de 2 meses em 91,8% dos casos e que 7,4% dos usuários ainda não haviam sido atendidos mesmo após 12 meses (fig. 1).

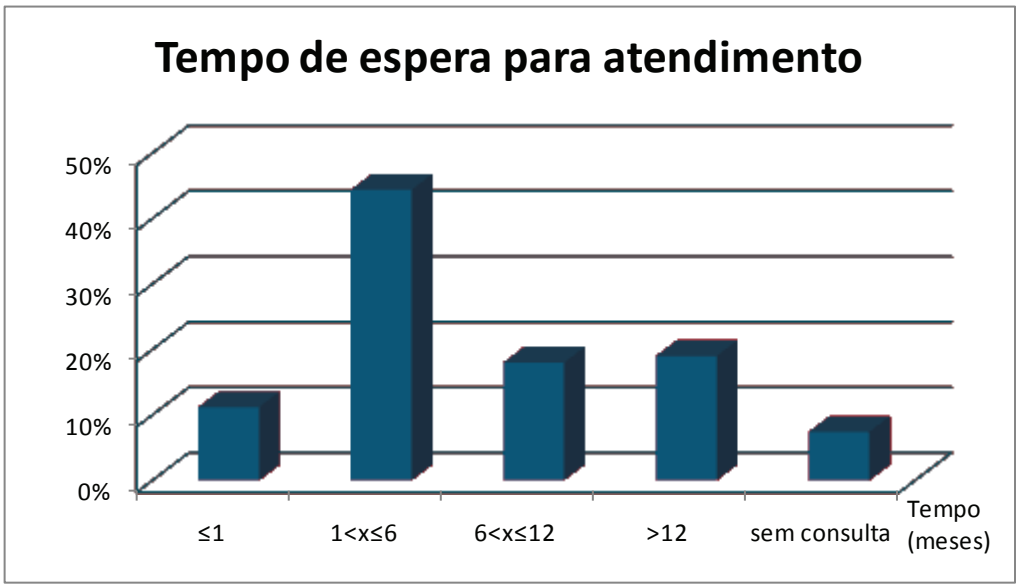

Figura 1.
Tempo de espera (meses) para atendimento no Hospital de Base – DF

O tempo de espera para o atendimento variou conforme a regional de origem do paciente (tabela 1). Dos pacientes que demoraram mais de 12 meses para ser atendidos no HBDF, 33,3% foram encaminhados pela regional de Ceilândia, enquanto que 21,7% dos atendidos em menos de um mês foram provenientes do Gama.

Tabela 1.

Tempo de espera (meses) para atendimento conforme a regional de origem de encaminhamento

Regional	Tempo de encaminhamento (meses)			
	≤ 1	1 < x ≤ 6	6 < x ≤ 12	>12
Asa Norte	4%	3%	9%	0%
Asa Sul	4%	3%	11%	0%
Ceilândia	9%	11%	15%	33%
Entorno	4%	11%	6%	18%
Gama	22%	8%	3%	5%
Guará	0%	11%	18%	8%
Lago Norte	0%	0%	0%	0%
Lago Sul	0%	2%	0%	0%
Núcleo Bandeirante	0%	6%	6%	3%
Paranoá	0%	2%	0%	3%
Planaltina	9%	5%	3%	8%
Recanto das Emas	%	%	%	%
Samambaia	17%	6%	2%	8%
Santa Maria	4%	7%	9%	5%
São Sebastião	4%	4%	3%	0%
Sobradinho	0%	6%	0%	3%
Taguatinga	17%	6%	3%	5%
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Foi observado que 73,9% dos pacientes atendidos com menos de um mês de espera não tiveram nenhuma repercussão em sua vida, sendo que a partir de 2 meses de espera, 54,9% apresentaram algum comprometimento, sendo mais freqüente as de cunho social (tabela 2). Identificou-se que quanto maior o tempo de espera para atendimento, maior a possibilidade do paciente desistir do tratamento (55,6% com tempo de espera de 2 a 6 meses e somente 8,9% com menos de um mês).

Tabela 2.

Frequência de repercussões na vida do paciente de acordo com o tempo de espera para atendimento (meses)

Repercussões	Tempo de espera do encaminhamento ao HBDF em relação às repercussões (meses)			
	≤ 1	1 < x ≤ 6	6 < x ≤ 12	>12
Psicológicas	0%	12%	13%	10%
Sociais	21%	35%	28%	36%
Biológicas	4%	23%	23%	33%
Nenhuma	73%	45%	56%	33%

O meio de locomoção mais utilizado pelos pacientes entrevistados foi o transporte coletivo (45,3%), com tempo médio de translado de casa ao hospital entre uma e duas horas (92,7%). A utilização do transporte coletivo foi o principal obstáculo referido na regional da Ceilândia (22%) para comparecer à consulta médica. Nas regionais do Paranoá e Samambaia verificou–se maior dificuldade (18,2%) em relação ao serviço doméstico e, no entorno, o cuidado dos filhos (18,4%), enquanto estivessem realizando a consulta no hospital (tabela 3).

Tabela 3.

Dificuldades enfrentadas pelos pacientes para comparecer à consulta médica no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)

Regional	Dificuldades enfrentadas pelos pacientes para comparecer à consulta médica do HBDF				
	Transporte coletivo	Emprego	Serviços Domésticos	Filhos	Limitações Físicas
Asa Norte	1%	0%	0%	3%	0%
Asa Sul	2%	5%	0%	3%	0%
Ceilândia	22%	9%	9%	8%	9%
Entorno	12%	14%	9%	18%	18%
Gama	6%	14%	0%	5%	5%
Guará	7%	23%	0%	11%	5%
Lago Norte	0%	0%	0%	0%	0%
Lago Sul	0%	0%	0%	0%	9%
Núcleo Bandeirante	7%	0%	9%	0%	0%
Paranoá	2%	0%	18%	0%	5%
Planaltina	7%	0%	9%	5%	14%
Recanto das Emas	7%	5%	9%	5%	9%
Samambaia	9%	0%	18%	11%	5%
Santa Maria	8%	9%	0%	5%	14%
São Sebastião	2%	9%	9%	5%	5%
Sobradinho	4%	0%	9%	11%	5%
Taguatinga	5%	14%	0%	11%	0%
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes entrevistados era do sexo feminino, confirmando outros trabalhos, que identificam a maior e mais precoce busca do sexo feminino por atendimento de saúde[7,8]. Este fato reflete o hábito mais freqüente de realização de exames preventivos, além de um maior conhecimento de alterações em seu corpo[7]. Acredita-se também, que o fato do homem ser o principal provedor financeiro na maioria das famílias, faz com que ele só busque atendimento quando seu problema de saúde o impede de trabalhar.

A observação de que a maioria dos pacientes apresentava baixo nível de escolaridade (fundamental incompleto) e baixo poder aquisitivo (renda mensal de 2 a 5 salários-mínimos) corrobora dados da literatura[9-11.] Alguns trabalhos consideram que a população de baixa renda apresenta maior necessidade de cuidados de saúde[8,11]. Verifica-se, também, certa distinção entre as demandas de saúde apresentadas por esse grupo, sendo lombalgia, reumatismo e cefaléia mais frequentes e casos de câncer ou doenças cardíacas menos comuns[9]. Por outro lado, observa-se que estas duas últimas doenças se apresentam de forma mais grave nesta população, sugerindo uma busca por atendimento mais tardia[7,11].

A constatação de que 52,2% dos pacientes que procuraram atendimento em nível terciário, não fazem acompanhamento em nível primário revela que os princípios de equidade e de hierarquização do SUS não vêm sendo aplicados adequadamente no DF. O princípio de equidade afirma que cada paciente deve ser atendido com o nível de complexidade que sua condição de saúde exige[1-3].

Para isto, o SUS apresenta níveis assistenciais hierarquizados: primário (consultas médicas clínicas básicas e de baixa complexidade), secundário (atendimentos médicos e intervenções de média complexidade) e terciário (procedimentos clínicos e/ou cirúrgico de média e grande complexidade de todas as especialidades)[1-3,7].

A busca direta pelo nível terciário acontece por vários motivos: dificuldade de acesso aos níveis primários, serviço ineficaz, qualidade ruim do atendimento e cultura da população em ser atendida em hospitais[12]. Outros trabalhos identificaram motivos semelhantes para o não atendimento em nível primários: ausência de vaga (42,7%), ausência de médico (26,5%), não tinha o serviço (8,0%)[7,8,12]. Em Fortaleza foi identificada a presença de serviços de saúde que só fazem encaminhamento a outros níveis de atendimento sem prestar nenhum tipo de assistência médica[7].

A insuficiência do atendimento no nível primário resulta no aumento da demanda do nível terciário, visto que situações que poderiam ser resolvidas no nível primário são atendidas na rede terciária. Além disso, o agravamento do problema de saúde do paciente, por não atendimento adequado no nível primário, acaba exigindo um maior nível de complexidade de assistência.

Por outro lado, alguns setores específicos conseguiram implantar adequadamente a hierarquização. Ao analisar os atendimentos de pacientes com tuberculose em Ribeirão Preto, os autores identificaram o correto respeito ao nível de complexidade de atendimento, já que os pacientes encaminhados para atendimento em nível terciário apresentavam maior proporção de casos graves (63,3% extra-pulmonar, 25,9% pulmonar)[13].

O tempo de espera para o atendimento no HBDF é bastante elevado: em 91,8% dos casos a consulta é marcada somente após 2 meses. Além disto, 7,4% dos usuários ainda não haviam sido atendidos mesmo após 12 meses de espera. Outro dado surpreendente é a grande diferença detectada entre o tempo de espera nas diferentes regionais do distrito Federal; dos pacientes que demoraram mais de 12 meses para ser atendidos no HBDF, 33,3% foram encaminhados pela regional de Ceilândia, enquanto que 21,7% dos atendidos em menos de um mês foram provenientes do Gama. Pode-se procurar explicar essas diferenças como reflexo da qualidade do serviço primário, assimetria na marcação das consultas no nível terciário, além de favorecimentos pessoais por parte dos funcionários, conforme relato de parte dos entrevistados.

O elevado tempo de espera provoca uma série de repercussões na vida do paciente. Considerando-se o caráter biológico, o agravamento do problema de saúde e surgimento de complicações ocorreu em 33,3% dos pacientes que esperaram por mais de 12 meses para a consulta. Além disto, 35,2% dos pacientes tiveram repercussões emocionais, como aumento da ansiedade, depressão, estresse já com 2 a 6 meses de espera. Com relação aos aspectos sociais, identifica-se limitação da capacidade laboral, necessidade de acompanhamento para locomoção, menor independência e isolamento, em 22% dos entrevistados já a partir de um mês de espera.

Observa-se, também, uma menor adesão ao tratamento com o aumento da espera[14,15], e uma maior possibilidade de desistência do tratamento, demonstrada na afirmação de 55,6% dos pacientes do HBDF que esperaram de 2 a 6 meses para a primeira consulta. Pacientes que necessitavam ser submetidos à cirurgia de catarata também questionaram a excessiva demora entre o tempo para a primeira consulta de avaliação oftalmológica e o tempo entre esta e a cirurgia[16].

Vários trabalhos discutem as possíveis causas desta demora acentuada para a consulta[6,7]. Os principais motivos seriam: baixa adequação da rede primária em relação às necessidades da população procura tardia para atendimento e agravamento do quadro com necessidade de maior nível de complexidade para atendimento, baixa resolutividade da atenção primária, baixo número de especialistas disponíveis à população, cultura da população que procura atendimento preferencialmente em hospital, ignorando o atendimento básico.

Este perfil observado na população brasileira vem sendo modificado gradativamente a partir da expansão dos Programas de Saúde da Família (PSF). Dados do Ministério da Saúde revelam que o fortalecimento do atendimento primário à população nos municípios atendidos pelo PSF, resulta em melhoria dos índices de saúde como controle pressórico, glicêmico e menores taxas de complicação (ex.: acidentes vasculares cerebrais, retinopatia diabética, etc.)[17], com conseqüente menor demanda para níveis terciários. Todavia, no Distrito Federal somente 19,2% da população é atendida pelo Programa de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde[18], o que explicaria o fato de mais da metade da população não ser atendida em nível primário.

A distância do local de atendimento configura-se um dos fatores que dificultam o acesso da população, sobretudo a de renda mais baixa[7,19]. O principal meio de transporte utilizado de casa para o HBDF foi o público, com duração média de 90 minutos, sendo esta a principal dificuldade em Ceilândia (22%), já que a qualidade do serviço oferecido era bastante insatisfatória. Pacientes de outros estados (RS, SP), também confirmaram que a distância de casa ao local de atendimento, o tempo necessário para este deslocamento, o tipo e a qualidade de transporte utilizado constituem uma das principais barreiras para o atendimento[6,16].

A questão social é ilustrada na observação, nas cidades localizadas no Entorno, da dificuldade em se encontrar pessoas para o cuidado dos filhos durante o afastamento do paciente para a consulta (18%) sugere um comprometimento significativo do suporte social dessa população. Outro item significativo é a grande preocupação dos pacientes do Guará em relação à falta no trabalho (24%), refletindo possíveis consequências dessa falta, como demissão e ausência de promoção, conforme mencionado por um entrevistado.

CONCLUSÃO

A identificação de que mais da metade dos pacientes atendidos em nível terciário no Distrito Federal não faz consulta regular em nível primário de atenção, reforça a necessidade de fortalecimento das atividades de atenção primária para atuação na promoção da saúde e atendimento das demandas locais.

O trabalho constatou que o elevado tempo de espera para o atendimento especializado resultou em comprometimento da adesão ao tratamento pelo paciente, piora da saúde, afastamento do trabalho e conflitos familiares. As outras principais dificuldades enfrentadas para a consulta foram relacionadas ao transporte, dificuldade quanto ao cuidado dos filhos e repercussões da falta ao trabalho.

Os resultados dessa pesquisa devem ser comparados a outros trabalhos, com maior número de entrevistados, a fim de se confirmar os dados observados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. (Acesso em 13 maio 2009). Disponível em http://www.saude.gov.br

2. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. (Acesso em 13 maio 2009). Disponível em http://www.saude.gov.br

3. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Brasília, 1996. (Acesso em 13 maio 2009). Disponível em http://www.saude.gov.br

4. Santos, MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev Bras Enfermagem 1995 abr/jun, 48(2): 109-19.

5. Urdan, AT. A qualidade dos serviços médicos na perspectiva do cliente. Rev Adm Empres 2001 out/dez, 41(4),44-55.

6. Ramos, DD; Lima, MADS .Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003 jan/fev,19(1):27-34.

7. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2005 mar/abr;21(2): 396-403.

8. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):687-707.

9. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2002; 18 Suppl:77-87.

10. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(1):133-149.

11. Asada Y, Kephart G. Equity in health services and intensity of use in Canada. BMC Health Serv Res, 2007 mar;7:41.

12. Gutierrez MR, Barbieri MA. Sistema único de saúde e demanda ambulatorial – Os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Medicina (Ribeirão Preto), 1998 jan/mar; 31(1): 81-98.

13. Watanabe A, Ruffino-Netto A. O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em hospital terciário. Ribeirão Preto - São Paulo. Bol Pneumol Sanit 2001 jan/jun; 9(1):19-34

14. Gillis JZ, Yazdany J, Trupin L, Julian L, Panopalis P, Criswell LA et al. Medicaid and Access to Care Among Persons With Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheum 2007 may; 57(4): 601-7.

15. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. JAMA, 2003 Feb;289(8):1042-6.

16. Lima DMG. Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. Arq Bras Oftalmol 2005;68(3):357-62

17. Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS nº4. Saúde da Família Vol. II.. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa, 2008.

18. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Acesso em: 10 maio de 2009) Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf

19. Lima AJC, Azory EB, Bastos LHC, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira, SCC. Desigualdade no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Saúde Debate 2002jan/abr; 26(60):62-70.