



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Fernanda Lays Perini

Organização na demanda de atendimento médico no Centro de Saúde de California - PR

Florianópolis, Março de 2016

Fernanda Lays Perini

Organização na demanda de atendimento médico no Centro de
Saúde de California - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Priscila Orlandi Barth
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Fernanda Lays Perini

Organização na demanda de atendimento médico no Centro de
Saúde de California - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Este trabalho apresenta um projeto de intervenção para a equipe de Saúde do Centro de Saúde de Califórnia, no município de Califórnia, Paraná, em que abordamos a questão da organização dos atendimentos médicos para um melhor processo de trabalho nesta unidade. O objetivo foi propor uma agenda de atendimento para a equipe, com horários, quantidade de atendimento eletivo e atividades multiprofissionais. Realizamos uma revisão bibliográfica sobre o tema para conhecimento das evidências já existentes sobre a organização de demanda no serviço de saúde. O atendimento médico no Centro de Saúde de Califórnia baseia-se no modelo curativo e há poucas ações de promoção, educação, prevenção ou acompanhamento longitudinal do usuário, com este processo de intervenção, espera-se reduzir a demanda espontânea e se estruturar a demanda agendada, bem como, introduzir atividades de práticas de saúde como acolhimento, grupos operativos e visitas domiciliares de maneira a refletir na saúde da população. É necessário insistir no modelo para que a comunidade compreenda a verdadeira ação da UBS e a necessidade do cuidado continuado com a saúde.

Palavras-chave: Projeto de Intervenção, Triagem, Demanda Espontânea, Modelo Curativo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Califórnia é um município brasileiro, localizado no Estado do Paraná. A partir do início de seu povoamento a população do município cresceu ou diminuiu em virtude das atividades econômicas. Assim, o ritmo populacional se apresentou distinto do contexto atual. Desde o início de sua ocupação, até a década de 1970, a ocupação do município se deu de forma crescente, especialmente na zona rural, devido ao bom desempenho da agricultura cafeeira, chegando a registrar uma população superior a 11.000 habitantes (IBGE, 2010a).

Com o declínio da cafeicultura com geada de 1974, entre outras razões, nas décadas de 70, 80 e 90 houve uma evasão da população total do município. Essa população acabou migrando para Londrina e, para o Estado de São Paulo. Assim, houve uma redistribuição da população de Califórnia, pois até meados da década de 80 a população rural era maior, se comparada com a população urbana e, após este período, a população urbana tonou-se cada vez maior, fazendo com que Califórnia tonra-se uma sociedade urbana (IBGE, 2010b).

A agricultura é uma das principais atividades econômicas do Estado do Paraná e do município de Califórnia, em ambos há predominância da cultura comercial com a utilização de algum tipo de tecnologia. A tecnologia, por sua vez, é empregada por meio de máquinas e produtos químicos, caracterizando assim a agricultura moderna. A atividade econômica trata-se da combinação de recursos: mão-de-obra, capital, matérias-primas e serviços, associada ao processo de produção, que permite a produção de bens e serviços em um determinado período (IBGE, 2010b).

A Cidade conta com uma série de institutos de ensino como: 1 escola de inglês, 1 escola de informática, 3 escolas de 1º ao 5º e 1 de 5ª a 6ª série . De acordo com estudos foram constatado aproximadamente 492 indivíduos analfabetos na população em geral. O município de Califórnia conta com o apoio dos seguintes grupos sociais organizados: Associação de Moradores do Núcleo Habitacional Nego Moisés e Associação de Moradores do Núcleo Habitacional Jardim Novo Horizonte já as entidades filantrópicas: APAE e Lar São Vicente de Paulo. Conta também com os seguintes centros de convivência: Clube do Irmão Caçula e Clube de Apoio à Melhor Idade Benedito Machado (DATASUS, 2010).

Em relação ao contexto da saúde Califórnia é dividida em três áreas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF): Centro de Saúde Municipal, Posto de Saúde Niss II Figueirinha e UAPSF -Unidade Atendimento Programa Saúde da Família . A minha área de atuação é no Centro de Saúde Municipal, o qual conta uma área urbana de 2.873 pessoas, sendo do sexo masculino 35%(1.005 indivíduos) e do feminino 65%(1867 indivíduos) e subdividido de acordo com a faixa etária: crianças e jovens menores de 20 anos: 30%(574), entre 20 a 59 anos 51%(1.465) e acima de 60 anos 15% 430) aproximadamente (DATASUS, 2010).

Durante a realização do atendimento no centro de saúde, visualizei algumas queixas, tais como: infecções de vias aéreas (resfriado comum, pneumonias, otites, faringites, entre outras), gastropatias (gastrites, infecções intestinais, gastroenterites, entre outras), acompanhamento de comorbidades (dislipidemias, diabetes, tireoidopatias, hipertensão), algias osteomusculares crônicas (artroses, artrites, fibromialgias) e psicopatias (depressão, ansiedade, transtornos).

Além das queixas dos usuários, também pude evidenciar vários problemas no local, como falta de profissionais qualificados na área, falta de capacitação e treinamento desses, excesso de encaminhamentos para especialidades, e a principal dificuldade a falta de organização da agenda dos médicos da unidade. Assim, o problema escolhido para ser trabalho em meu projeto de intervenção se refere na organização do processo de trabalho do profissional médico.

Realizar uma intervenção que auxilie na organização do processo de trabalho, auxiliará para manter espaço para atendimentos a demanda espontânea, sendo identificado pela triagem os casos de maior urgência para atendimento imediato, e a demanda programada, que considera os usuários portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, que necessitam do controle regular para avaliação de adesão ao tratamento, resposta ao tratamento, investigação e prevenção de complicações, renovação de receitas. Tais pacientes devem ter suas consultas sempre garantidas, para facilitar o acesso, estreitar a relação com a unidade de saúde e sua equipe, envolver o próprio paciente no processo de auto cuidado, e melhorar a aderência ao tratamento.

Essa intervenção por meio da organização, também visará o melhor acolhimento para o paciente, diminuição da sobrecarga de consultas, as quais em alguns momentos são desnecessárias, e realização de outras atividades inerentes ao processo de trabalho do médico na ESF como a participação e desenvolvimento de grupos de saúde, visita domiciliar, ações em escola, entre outras.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Organizar o fluxo de acordo com as necessidades dos usuários em: urgentes, eletivos e acompanhamento mensal.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar consultas mensais programadas com pacientes crônicos, evitando tratamento errôneo, abandono e aumento da morbimortalidade da população.
- Diminuir a sobrecarga de trabalho e gastos na saúde evitáveis, a partir da organização do fluxo da unidade.

3 Revisão da Literatura

A constituição do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios que englobam universalidade, equidade e integralidade e suas diretrizes como descentralização, participação social e intersetorialidade apontam para a democratização nas ações e nos serviços sociais de saúde, suas ações dependem de uma gestão pública, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo território nacional (BRASIL, 2010).

A Lei Organânica de Saúde (LOS) 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2010).

Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: a democratização do acesso, a universalização das ações, descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade, prevenção e promoção a saúde. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado, o qual deixa evidente o grande avanço constitucional promulgado na Constituição de 1988 (MENDES, 2002).

Cada esfera tem sua participação financeira que é repassada para seu subseqüente, onde em 2000 foi instituído pela Emenda Constitucional 29, um cenário de estabilidade financeira, sendo assim, o Ministério da Saúde contribui com o valor apurado do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados repassam 12% do que arrecadam com os impostos sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), sobre Propriedade de Veículo Automotores (IPVA), destinado a saúde e os municípios 15% do que arrecadam com impostos Predial e Territorial Urbano (IPTU), Sobre Serviços (ISS) entre outros (MENDES, 2002)

O SUS caracteriza por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral e universal, que compreenda e proponha intervenções mais efetivas diante da situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2010).

A atenção básica como reorientadora do SUS

A Atenção Básica abrange ações de caráter individual e coletivo, sendo realizado no primeiro nível de atenção, devendo ser a porta de entrada das redes para os usuários do SUS. Seus princípios são voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, e suas ações são desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelas equipes dos Consultórios de Ruas e de Atenção Domiciliar, as quais assumem papel importante com a responsabilidade sanitária e os cuidados com a população de uma área específica, considerando a dinamicidade existente em cada território (BRASIL, 2009).

Cada ESF deve ser composta por uma equipe mínima de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), abrangendo uma área de 3.000 habitantes aproximadamente, onde deve ser mantido e atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos, de forma sistemática, sendo esses dados utilizados para análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, faz-se necessário que esses residam no município, bem como os ACS, residam no bairro de atuação, fortalecendo desse modo o vínculo e a identidade cultural (BRASIL, 2009).

A atuação na atenção básica se estabelece nas unidades básicas de saúde, onde nessas deve-se realizar ações como visitas domiciliares, monitoramento da situação de saúde, participação em grupos comunitários e realização desses com a comunidade, identificação e avaliação dos problemas de saúde prioritários na comunidade, e quando necessário realização de internação domiciliar, afim de proporcionar conforto e qualidade de vida para o usuário (MENDES, 2002).

Dentro dessa equipe, o ACS busca a integração entre a equipe e a comunidade, sempre considerando as características e as necessidades particulares de cada população e/ou família/indivíduo, atuando por meio de visitas domiciliares. No que condiz ao ao auxiliar ou técnico de enfermagem, suas ações estão direcionadas a assistência, na realização de procedimentos pautados pelo exercício de sua profissão, além de atividades educativas e planejamento de ações com a equipe (BRASIL, 2009).

O papel do enfermeiro na atenção básica, visa ações de gerenciamento, coordenação e avaliação de ações desenvolvidas pelos ACS, realização de visitas domiciliares, consultas e procedimentos de enfermagem tanto na unidade quanto no domicílio, além de organizar e coordenar grupos (BRASIL, 2009).

O médico tem como papel realizar assistência integral de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, atender por demanda espontânea, com clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, pequenas cirurgias e procedimentos para fins diagnósticos, além de realizar encaminhamentos quando necessário para serviços de média e alta complexidade, acompanhando a evolução do paciente (ALEIXO, 2000). Assim, o processo de trabalho do médico na atenção básica compreende

o processo de promoção da saúde em um contexto pessoal, familiar e social, desenvolvendo um trabalho multiprofissional, visando práticas humanísticas, éticas, críticas e reflexivas.

4 Metodologia

Os atendimentos na UBS Centro de Saúde de Califórnia, são realizados com agendamento no dia. O paciente vai na instituição as 7 horas da manhã para pegar uma senha, que logo após é encaminhado para uma sala onde é realizado a triagem, por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, ali é avaliado os sinais vitais, a queixa principal da procura da UBS e é também avaliado a necessidade de atendimento urgente ou eletivo.

Quando solicitamos o retorno para os pacientes portadores de patologias crônicas, eles devem passar por todo esse processo, que muitas vezes não sobra consulta naquele dia ou naquele período, e por fim acabam abandonando o tratamento ou mantendo uma conduta que muitas vezes deveria ocorrer uma nova avaliação médica.

Todos os usuários são avaliados as 7:00 horas, sendo agendados para as consultas do período das 8:00 as 12:00 e das 13:00 as 17:00.

Durante 6 meses realizando reuniões semanais com os profissionais da equipe de saúde da UBS de Califórnia, o médico participante do PROVAB, a enfermeira da equipe, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ACS, levantamos algumas prioridades que devem ser abordadas no projeto de intervenção:

- Falta de organização para a demanda de consultas programadas;
- Extensão do território de atendimento da unidade, abrangendo usuários muitas vezes não cadastrados na área;
- Falta de programas de acompanhamento para doenças crônicas;

Observamos que a ação do médico na unidade ainda segue um modelo curativo, deixando a desejar as poucas ações de promoção, prevenção, acompanhamento longitudinal e integral ao usuário do sistema, pois a grande demanda de consultas espontâneas acabam ocupando 75% do atendimento realizado em dado período. A organização da agenda possibilita trazer uma nova abordagem mais holística do usuário e de sua família.

Diante desta problemática, realizamos uma agenda semanal para todos os integrantes da equipe de saúde da UBS de Califórnia.

Avaliando especificamente a agenda do atendimento médico, levantamos uma relação de demanda diária de 40 a 60 pacientes que vem a procura de consulta na UBS, sendo a maior demanda no período da manhã. De acordo com a produção realizada, durante um período da manhã das 08:00 as 12:00, realizo aproximadamente 18 a 20 consultas, sendo que na maioria das vezes 10 a 8 são de atendimento continuado e o restante demanda espontânea.

O restante dos usuários que procuram atendimento no local, após passar pela triagem e sendo avaliado como não urgente pela enfermagem, o problema é solucionado no acolhimento, não havendo necessidade de consulta médica.

SE- MANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MÉ- DICO	Manhã: atendimento programado e espontâneo. Tarde: Visita domiciliar	Manhã: atendimento programado e espontâneo; Tarde: Grupo tabagismo.	Manhã: atendimento programado e espontâneo; Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: atendimento programado e espontâneo; Tarde: grupo hiperdia.	Dia de estudos provab.
EN- FER- MEIRO	Manhã: Triagem e atendimento individual, medicação. Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: Triagem e atendimento individual, medicação; Tarde: atendimento individual, preventivo, pré-natal.	Manhã: Triagem e atendimento individual, medicação; Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: Triagem e atendimento individual, medicação; Tarde: atendimento individual, preventivo, Pré-natal	Exame preventivo, Visita domiciliar.
TÉC- NICA DE EN- FER- MA- GEM	Manhã: Triagem Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: Triagem Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: Triagem Tarde: Visita domiciliar.	Manhã: Triagem Tarde: Visita domiciliar.	Vacina, visita domiciliar.
ACS	Visitas domiciliares em um dos períodos e no outro preen- chimento de fichas de produção do SIAB.	Visitas domiciliares em um dos períodos e no outro preenchimento de fichas de produção do SIAB.	Visitas domiciliares em um dos períodos e no outro preen- chimento de fichas de produção do SIAB.	Visitas domiciliares em um dos períodos e no outro preenchimento de fichas de produção do SIAB.	Visitas domiciliares em um dos períodos e no outro preen- chimento de fichas de produção do SIAB.

Um plano de ação é composto de operações a serem colocadas em prática para enfrentamento dos principais problemas avaliados. Para ocorrer as mudanças necessitamos de recursos financeiros, organizacionais e políticos.

Abaixo seleciono os pontos chaves da problemática, como resolvê-los, os resultados esperados e os recursos necessários.

PONTO CHAVE	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Cultura da população	Orientar sobre as atribuições e funções da atenção básica na saúde da comunidade.	Melhor aceitação da população da espera pelo atendimento e melhoria da satisfação e qualidade de saúde.	Maior participação nas atividades de promoção e prevenção a saúde e menor procura de atendimento excessivo.	Elaborar cartazes informativos; Político: autorização para a divulgação na cidade com a rede de comunicação; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.
Falta de treinamento e capacitação da equipe	Capacitação da equipe, treinamento	Equipe com compreensão dos atributos e diretrizes da APS.	Capacitação profissional: atendimento ao público com mais qualidade.	Organizar a capacitação; Recursos: adquirir equipes treinadas para realizar cursos.
Falta de cuidado contínuo	Hiperdia: programar consultas anuais de acordo com o risco cardiovascular do indivíduo; Reservar 12 consultas diárias para atendimento crônico e 4 para livre demanda.	Reduzir a médio e longo prazo os gastos com complicações de hipertensão e diabetes, melhor acolhimento do usuário, melhor resultado em tratamento estipulado.	Atender o paciente com a frequência necessária; realizar rastreamento de complicações de acordo com a linha guia da atenção básica.	Organizar a agenda e a dinâmica do grupo coletivo.

5 Resultados Esperados

Um plano de ação é composto de operações a serem colocadas em prática para enfrentamento dos principais problemas avaliados. Para ocorrer as mudanças necessitamos de recursos financeiros, organizacionais e políticos.

Abaixo seleciono os pontos chaves da problemática, como resolvê-los, os resultados esperados e os recursos necessários.

No Centro de Saúde de Califórnia, a maioria dos atendimentos ainda é de demanda espontânea ,mas aos poucos entre três a seis meses espera-se, com a agenda funcionando, os atributos da atenção primária possam ser consolidados entre os integrantes da equipe e os usuários.

A organização da agenda de atendimento médico auxiliará o atendimento médico solicitado como também participação educativas em saúde. A diminuição da demanda espontânea evidenciará que o paciente estará adoecendo menos e com podendo representar o sucesso nas práticas de promoção e prevenção a saúde.

PONTO CHAVE	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Cultura da população	Orientar sobre as atribuições e funções da atenção básica na saúde da comunidade.	Melhor aceitação da população da espera pelo atendimento e melhoria da satisfação e qualidade de saúde.	Maior participação nas atividades de promoção e prevenção a saúde e menor procura de atendimento excessivo.	Elaborar cartazes informativos; Político: autorização para a divulgação na cidade com a rede de comunicação; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.
Falta de treinamento e capacitação da equipe	Capacitação da equipe, treinamento	Equipe com compreensão dos atributos e diretrizes da APS.	Capacitação profissional: atendimento ao público com mais qualidade.	Organizar a capacitação; Recursos: adquirir equipes treinadas para realizar cursos.
Falta de cuidado contínuo	Hiperdia: programar consultas anuais de acordo com o risco cardiovascular do indivíduo; Reservar 12 consultas diárias para atendimento crônico e 4 para livre demanda.	Reduzir a médio e longo prazo os gastos com complicações de hipertensão e diabetes, melhor acolhimento do usuário, melhor resultado em tratamento estipulado.	Atender o paciente com a frequência necessária; realizar rastreamento de complicações de acordo com a linha guia da atenção básica.	Organizar a agenda e a dinâmica do grupo coletivo.

Referências

ALEIXO, J. L. M. *A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*. MINAS GERAIS: REVISTA MINEIRA DE SAÚDE, 2000. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Cad.Saúde Pública*. Brasil: Ministério da Saúde, 2009. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Para entender a gestão do SUS*. Brasil: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 13.

DATASUS, D. de Informática do Sistema Único de S. *DATASUS*. Brasil: DATASUS, 2010. Citado na página 9.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo populacional*. Brasil: IBGE, 2010. Citado na página 9.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Área territorial oficial*. Brasil: IBGE, 2010. Citado na página 9.

MENDES, E. *A atenção primária a saúde no SUS*. Ceará: Escola de saúde pública do SUS., 2002. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.