



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Absenteísmo nas consultas agendadas e alta demanda espontânea na USF Rubião**

**Júnior - Botucatu – São Paulo**

**ANA CAROLINA BRITO PAVAN**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal de São Paulo para ob-  
tenção do Título de Especialista em Saúde da  
Família.**

**Orientador(a): Rafael Aiello Bomfim**

**São Paulo**

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	
2 OBJETIVOS .....	
2.1 Geral .....	
2.2 Específico(s) .....	
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	
4 MÉTODO .....	
4.1 Local .....	
4.2 Participantes .....	
4.3 Ações .....	
5 RESULTADOS ESPERADOS .....	
6. CRONOGRAMA .....	
7 REFERÊNCIAS .....	
ANEXOS .....	

## 1. INTRODUÇÃO

O programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) se fundamenta em políticas públicas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde juntamente com as diretrizes preconizadas pelo SUS para a Atenção Básica à Saúde. Na década de 1990, a Estratégia Saúde da Família foi difundida pelo país e extremamente incentivada pelo Ministério da Saúde. No entanto, o processo de implantação não ocorreu de forma uniforme em todas as regiões, visto que a descentralização da Atenção Básica à Saúde se iniciou na mesma época e a decisão pelo modelo de saúde se deu no nível municipal <sup>1</sup>.

O objetivo de adotar o modelo de ESF era a reorganização da prática assistencial, para substituir o modelo tradicional voltado para a cura de doenças e centrado nas especialidades médicas por um modelo centrado na família e na compreensão ampliada do processo saúde/doença, além de ser vinculado a um território determinado e compreender ações que vão além de práticas curativas, tendo como prioridade a promoção da saúde.

O Programa Nacional de Humanização (PNH) foi criado em 2003 pelo Ministério da Saúde e apresenta como um dos principais pilares o acolhimento. Este é definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de suas queixas e angústias, a inserção de limites se preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado, quando necessário<sup>2-3</sup>. Estudos nacionais apresentam o acolhimento sob diversos olhares. Partindo da compreensão de que é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita, o acolhimento passa a ser pensado como uma "relação de ajuda", em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente "objetos e agentes da ação", pois opinam e tomam decisões<sup>1-11</sup>. Dessa forma, uma unidade de saúde seria capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, revendo necessidades e prioridades, realizando a classificação por risco, evitando, na medida do possível, as filas por ordem de chegada e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários.

No entanto, alguns fatores são apontados como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho acolhedor como a pressão da demanda (reduz tempo para o atendimento), o desconhecimento da realidade da população por alguns membros da equipe que não realizam atividades extramuros, o imediatismo da sociedade atual, a dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas, o despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe e para o acolhimento de demandas de saúde mental, o desgaste da equipe e a resistência dos usuários decorrente da hegemonia do modelo médico-privatista, limitação de espaço físico, limitação de horários, postura do profissional, falta de condições da ESF para atendimentos de urgência e falta de retaguarda de serviços de remoção<sup>13</sup>.

Desse modo, calculamos as taxas de absenteísmo em consultas agendadas e as taxas de demanda espontânea na USF de Rubião Júnior visando demonstrar o prejuízo que esses números elevados geram no cuidado integral da população local.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

O Objetivo geral do projeto é calcular a taxa de absenteísmo em consultas agendadas e a taxa de demanda espontânea na USF de Rubião Júnior para demonstrar o prejuízo que os elevados números geram no cuidado interal da população.

### **2.2 Específico(s)**

Demonstrando-se os números elevados de absenteísmo em consultas agendadas e de demanda espontânea na USF de Rubião Júnior pretendemos demonstrar o prejuízo na prevenção e promoção da saúde da população local.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica. A Unidade de Saúde tem como princípios fundamentais a integralidade, qualidade, equidade e participação social.

A ESF trouxe consigo diferenças significativas em relação ao modelo dito convencional. De acordo com Andrade et al, (2004) no modelo tradicional a saúde é vista como ausência de doença, a prestação de serviços é considerada um favor e não um direito, a atenção é centrada no indivíduo, o hospital é o serviço de atenção à saúde dominante, há predomínio da intervenção médica, o planejamento e programação desconsideram o perfil epidemiológico da população, não há autonomia local e participação comunitária e o atendimento é baseado na demanda espontânea; já na ESF a saúde é vista como qualidade de vida, a prestação de serviços é um direito a cidadania, a atenção é centrada no coletivo e na atenção integral à saúde como ações de prevenção, promoção e recuperação, há uma rede de atendimento com ações coordenadas pela APS garantindo acesso a níveis secundários e terciários, há serviços de saúde distribuídos em todo território do município garantindo acesso, predomínio de intervenção de equipe multidisciplinar, planejamento e programação baseado em dados epidemiológicos da população priorizando famílias ou grupo com maior risco de adoecer, há estímulo a participação comunitária garantindo autonomia nas ações no nível dos territórios das equipes de saúde da família e o atendimento é baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita.

Outro grande diferencial do modelo proposto é a formação de equipes multiprofissionais, chamadas Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas por no mínimo 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de uma população de até 4 mil pessoas (em média) de uma localidade. Os gestores municipais podem incorporar outros profissionais à equipe, conforme a necessidade da população. (BRASIL, 2006). Essas equipes agem em um território urbano ou rural, claramente delimitado, e toda a população instalada neste território é de responsabilidade da ESF. Dessa forma, a equipe considera aspectos propriamente geográficos para modelar sua atuação, de modo a permitir o acesso populacional ao local onde é prestado o serviço de atenção à saúde. Uma vez delimitado o território de responsabilidade da equipe, deve-se proceder à adscrição de clientela, procedimento por meio do qual as famílias residentes neste território são cadastradas (ANDRADE et al, 2004). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o trabalho desenvolvido nas equipes de saúde da família deve ser interdisciplinar e em equipe integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Nas ESF é também fundamental promover ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal.

No entanto, apesar do grande investimento na rede assistencial com a implantação de Equipes de Saúde da Família, o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso dos usuários aos serviços. Para ajudar na solução desse problema, foi proposta a Política Nacional de Humanização (PNH) como um movimento para implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática da assistência. A operacionalização dessa política dá-se pela oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento. O Acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar o modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir das seguintes intenções: indicar alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço, superar o modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

No entanto, na maioria das USF o processo de acolhimento tornou-se uma triagem dos pacientes transformando a unidade em um pronto atendimento médico. Friedrich e Pierantoni, et al (2006) destacam em seu estudo a não efetivação do trabalho em equipe demonstrado na intensa divisão do trabalho nas equipes de saúde da família, apesar do modelo preconizar o trabalho multidisciplinar. Ressaltam, ainda, que o modelo assistencial ainda baseia-se no modelo curativo, aquele que se organiza através da demanda espontânea. Segundo os autores, as unidades ainda estão abarrotadas de demandas espontâneas apesar da dinâmica da ESF se basear no atendimento das demandas programadas e promoção à saúde.

De acordo com Costa et al, 2004 ,apesar da tentativa da ESF em reverter o modelo assistencialista, ainda existem muitas dificuldades enfrentadas pela estratégia de saúde da família, entre elas: dificuldades dos profissionais que lidam com a proposta em se libertarem do modelo clínico/assistencialista; má gestão dos escassos recursos propostos para a APS e descompromisso dos gestores com a saúde e falta de compreensão da população quanto à política da ESF e compromisso com a própria saúde (autocuidado). Dessa forma, é necessário uma mudança para que o modelo de saúde da família seja realmente instalado e consolidado como estratégia do SUS para reestruturar a atenção primária a saúde (APS).

## **4. METODOLOGIA**

O estudo ocorrerá na Unidade de Saúde da Família de Rubião Júnior- Botucatu- São Paulo. O público alvo são todos os pacientes que passaram por consulta médica , seja ela em demanda espontânea ou agendada, na Unidade no período de 04 de março de 2015 à 31 de dezembro de 2015, independente da faixa etária e sexo.

Serão quantificados o percentual de pacientes que faltaram em consultas agendadas (sejam eles adultos, crianças ou gestantes), bem como o percentual de pacientes que foram atendidos em demanda espontânea. Deste modo, espera-se demonstrar quão elevadas são as taxas acima bem como o prejuízo em relação a cuidado integral da população.

### **4.1 Local**

Unidade de Saúde da Família de Rubião Júnior – Botucatu – São Paulo.

### **4.2 Participantes (público-alvo)**

Toda população vinculada à USF de Rubião Júnior que procurar a Unidade para atendimento médico seja por meio de consultas agendadas ou demanda espontânea.

### **4.3 Ações**

Quantificar a taxa de absenteísmo em consultas agendadas e a taxa de demanda espontânea, em porcentagem, na USF de Rubião Júnior – Botucatu – São Paulo

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

A taxa de absenteísmo em consultas agendadas na USF de Rubião Júnior foi de 25% em consultas de adultos/hiperdia, 12% em consultas de puericultura e 5% em consultas de pré natal. Do total de pacientes que procuraram a USF no período de 04 março de 2015 à 31 de dezembro de 2015 e que passaram por consulta médica apenas 27% foram em consultas agendadas, 73% dos atendimentos foram de consultas de demanda espontânea com queixas agudas.

Dessa forma, baseado nos resultados obtidos, esperamos demonstrar que o excesso de usuários dificulta a elaboração e realização de projetos de prevenção e promoção em saúde na Unidade de Saúde da Família de Rubião Júnior, visto que os profissionais se sobrecarregam com a alta demanda não encontrando tempo para demais atividades como grupos, atividades em creches, escolas, asilos, visitas domiciliares , entre outras.



## 6. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Agosto 2016</b>	<b>Setembro 2016</b>	<b>Outubro 2016</b>	<b>Novembro 2016</b>	<b>Dezembro 2016</b>	<b>Janeiro 2017</b>	<b>Fevereiro 2017</b>
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X		
Aprovação no Comitê de Ética							
Treinamento da equipe	X	X	X	X	X		
Implantação das Ações							
Monitoramento e ajustes	X	X	X	X	X		
Análise dos dados					X	X	
Apresentação dos resultados					X	X	
Acompanhamento do Projeto	X	X	X	X	X		

## 7. REFERÊNCIAS

- 1-Andrade, L. O. M.; Barreto, I. C. de H. C.; Fonseca, C. D.; Harzheim, E. A. Estratégia Saúde da Família. In: Duncan, B.B.; Schmidt, M.I; Giugliani, E. R. J. (Org.). Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2004.
- 2-Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, Brasília. CONASS, 197 p. 2011a.
- 3 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção. Brasília, 2006, 60p. Aprovada na Portaria 648/2006 e publicada no DOU em 5 de dezembro de 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em Junho/2011.
- 4 - Ministério da Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza - SUS- Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: 2004.
- 5 - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília; 2001.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 44.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 16 dez. 2010.
- 8- Costa, E.M.A.; Carbone, M.H. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- 9- Franco, T.B.; Andrade, C. S.; Ferreira, V. S. C. (org.). A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografia da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: HUCITEC, 2009. 165 p.
- 10- Franco T, Panizzi M, Foschirea M. O “Acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. Divulg Saúde Debate. 2004;(30):30-5
- 11- Friedrich, D. B. de C.; Pierantoni C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva; volume 16 (1): 83-97, 2006.
- 12- Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316-9
- 13- Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94.