



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Bruno Melo Moura

Gerenciamento da demanda por consultas médicas na
Estratégia de Saúde da Família Panorâmico, no
município de Antônio Prado - RS

Florianópolis, Março de 2023

Bruno Melo Moura

Gerenciamento da demanda por consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família Panorâmico, no município de Antônio Prado - RS

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

Orientador: Anapaula Martins Mendes
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Bruno Melo Moura

Gerenciamento da demanda por consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família Panorâmico, no município de Antônio Prado - RS

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.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Anapaula Martins Mendes
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Aparecida, em Antônio Prado - RS, abrange em sua estrutura, duas Equipes de Saúde da Família (ESF) incluindo a ESF Panorâmico, onde foram realizadas as atividades propostas por este trabalho. A área da UBS está inserida em áreas carentes social e economicamente, contrastando com uma pequena parcela da área ocupada por bairros de elevado padrão social. Ainda em sua área de abrangência, como pontos de importância encontram-se extensa área rural e de tráfico de drogas. A ESF Panorâmico, no momento, está incompleta em relação ao número de profissionais de saúde contratados e lotados, sobrecarregando estes profissionais e refletindo no acesso aos serviços de saúde da população, considerando que a situação desta área gera uma grande demanda de trabalho a esta ESF e estava médico centrado. O objetivo do projeto de intervenção teve como foco reorganizar o atendimento médico na ESF Panorâmico da UBS Aparecida, de Antônio Prado/RS. As ações foram baseadas no processo de construção conjunta e de aproximação da equipe, entre os meses de novembro e dezembro de 2019, no intuito de melhor organizar os serviços, melhorando a comunicação entre si e entre os profissionais e os pacientes, assim como questionando algumas ações realizadas pela gestão que interferem no bom desempenho dos serviços prestados pelos profissionais de saúde desta ESF. Espera-se enquanto soma dos resultados que se promova, a longo prazo, a redução e organização no número de consultas médicas na UBS e conseqüentemente a otimização dos recursos humanos no desenvolvimento de outras atividades dentro da ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Médicos de Atenção Primária, Médicos de Família, Papel do Médico

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Aparecida como médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Panorâmico, em Antônio Prado, estado do Rio Grande do Sul (RS). É uma UBS periférica, localizada distante do centro da cidade. Possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma onde estou lotado e uma outra onde não há médico 40 horas, apenas um clínico de apoio durante 20h semanais, situação essa que já perdura há um bom tempo, cerca de 2 anos. Nesta UBS está a sede de alguns serviços municipais de saúde, tais como Assistência Social, Nutrição, Psicologia, Medicina Veterinária/Zoonoses e Odontologia, assim como na parte médica complementar contamos com Pediatra e Ginecologista.

A área da UBS abrange as áreas mais carentes de todo o município, tanto social quanto economicamente. Contrastando com uma pequena parcela da área ocupada por bairros de elevado padrão social, que cada vez mais têm procurado atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devido a problemas de migração de planos de saúde privados para o SUS. Ainda em sua área de abrangência encontra-se extensa área rural. Na área também há regiões e pontos de tráfico de drogas.

A ESF Panorâmico encontra-se severamente incompleta em relação ao número de profissionais de saúde contratados e lotados para atender esta área. A equipe está composta por 1 médico 40h, 1 enfermeira 40h, 2 auxiliares de enfermagem (de um total de 3 previstos para contratação), agravando o fato de que 1 das 2 auxiliares encontra-se em lotada de forma integral na sala de vacinas, não realizando qualquer outra atividade na UBS; e apenas 2 de 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) necessários para que possamos cobrir a população adistrita nesta área. Também deve se levar em conta que uma das ACS está se inserindo no processo de trabalho pois tem cerca de 6 meses de contratação. Paradoxalmente, as outras UBSs do município, de áreas bem menos carentes, possuem cerca de 90% de seu quadro de ACSs preenchido. Ainda sobre o território escolhido, o edifício onde funciona a UBS não se localiza na área da ESF Panorâmico, estando localizado na área da ESF Aparecida, que dá nome ao posto; o que tende a dificultar ainda mais o acesso às famílias adistratas por esta ESF.

Sobre os dados demográficos, a ESF Panorâmico conta, devido a precariedade dos recursos humanos e a não cobertura pelos ACSs, de informações estimadas, não tendo sido realizado censo recente entre estas famílias. A razão maior de tal situação se deve ao fato de que apenas 1/3 da área está sendo coberta por visitas e acompanhamento de ACS. Assim como a não cobertura pelos ACS dificulta o acesso a informações fidedignas da população adistrita por esta ESF, a sobrecarga de trabalho dos demais profissionais e a dificuldade de acesso aos serviços devido a ESF estar fora do território assistido, os demais registros que geram os coeficientes, taxas e estatísticas, também são limitados

e traduzem estimativas. Para estimarmos a população nos baseamos nas informações apresentadas no ultimo censo IBGE(2010) (ou seja, atualmente desatualizado). Abaixo seguem as informações relacionadas a ESF Panorâmico, lembrando que são estimativas:

População total cerca de 2800 habitantes; aproximadamente 500 crianças (18%) menores de 15 anos; 2000 entre 15 e 59 anos (71%) e pouco mais de 300 idosos (11%). Em relação aos indicadores de saúde desta população temos estimadas as seguintes taxas e coeficientes (ANO 2017)

Taxa de mortalidade (municipal): 5,9 óbitos pop.total x 1000

Taxa de mortalidade infantil (municipal): 13,5 óbitos menores1a/nascidos vivos de mães resid x 1000

Taxa de mortalidade materna (municipal): 0%

Cobertura vacinal em menores de 1a (municipal): 97%

Nascidos vivos com baixo peso (município): 5,22%

Área coberta pelas ACSs na ESF Panorâmico $2/6 = 1/3$, considerando que possuímos 6 microareas cadastradas no território de abrangência da ESF. Importante deixar claro que cada microárea possui características completamente distintas em relação às condições sociais, econômicas e de saneamento básico, dentre outras características que devem ser levadas em conta no processo saúde e doença. Desta forma para que o planejamento das ações desta equipe fosse mais efetivo precisaríamos ampliar esta cobertura e melhorar a qualidade das informações geradas como ferramenta de gestão.

Na área da ESF não há Associação de Moradores constituída. Também não tem igreja em sua área urbana, porém conta com 6 igrejas em distritos/comunidades rurais. Junto a essas igrejas do interior na maioria delas há um salão comunitário. Na área da UBS não há academia. Não conta com escola na área urbana da ESF.

Na cidade há 5 escolas publicas, 1 particular e 1 faculdade, sendo essa ultima localizada na área da ESF. Há, em uma área rural, uma pequena escola local.

Há na área da ESF um Centro de Eventos, que é da prefeitura e onde se organizam eventos como feiras e etc.

Na UBS não há Centros de Referência a Assistência Social (CRAS) nem Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O CRAS municipal abrange todo o município e fica no bairro vizinho.

As moradias em termos gerais são boas, no entanto há áreas de vulnerabilidade social tanto em áreas urbanas como rurais. Possui a cidade (área urbana) saneamento básico insuficiente. A água vem da CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento) porém captada de poços artesianos.

Na zona rural há poços artesianos comunitários e particulares, que são regulados em coletas freqüentes pela vigilância sanitária, com alto índice de coliformes fecais.

A coleta de lixo urbano é terceirizada, e este encaminhado a aterro em outro município. No interior o lixo reciclável é recolhido em dias certos e o orgânico ou é queimado ou

enterrado. A renda per capita municipal é de R\$ 1.004,00 (dados de 2010) (Dados de 2010 obtidos no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, esse, baseado em dados do PNUD, Ipea e FJP, obtidos através de acesso ao Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em [Brasil \(2020a\)](#) .

Além do supracitado Centro de Eventos, que fica na área da UBS, na cidade há outras áreas de lazer, como um clube social, casas privadas de entretenimento, AABB, uma gruta natural com amplo salão e espaços gastronômicos.

A procura pelo serviço de saúde na UBS é alta, visto esta estar abrangendo a população mais carente do município. Quando adentrei, não havia nenhuma organização de fluxo, sobretudo da livre demanda, diária. O número de consultas por turno médico de 4h permanece em 16. Lembrando que estamos em uma UBS e 16 atendimentos configuram o limite máximo recomendado para um plantonista de hospital (unidade SECUNDÁRIA), onde não se abrangem em consultas todos os aspectos de que a consulta de ESF/Primária deve abranger, por motivos óbvios: tempo.

Há, por parte dos atendimentos da outra ESF (a parcialmente desassistida de médico em tempo integral) da UBS intensa procura, parte por se tratar da ESF no entorno na UBS, com facilidade de acesso e também pela razão óbvia de que a médica de tal ESF trabalha apenas 20h, sendo impossível controlar todas as questões. O esperado se concretiza no número exagerado de procuras para atendimento quando das 20h lacunares da outra médica em cima de minha ESF, . Resultado: um sem-número de pacientes agendados no dia, todos os dias. Em termos gerais há sempre excesso de consultas e trabalho, nem sempre todos de origem da minha própria ESF, bem como também há excesso de agendamentos desnecessários, há abuso, pressão e intimidação por parte dos governantes, inexistente planejamento de rotina, inexistente controle de fluxo.

As queixas mais comuns se devem a queixas agudas, o que reflete o que acima foi panoramizado: descompensações de uma população sem controle adequado, acostumada num sistema antigo de doença-médico, fugindo espectralmente do programado como medidas preventivas, controle de doenças crônicas, atividades de saúde não-médicas, dentre outras. Temos: crises psiquiátricas frequentes - o município está sem psiquiatra municipal há mais de 5 anos, sendo em Porto Alegre o único de referência, com fila de espera a se perder de vista, crises hipertensivas e hiperglicêmicas, lombalgias.

As doenças mais prevalentes são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, obesidade e Transtornos Mentais como depressão, Ansiedade, Bipolaridade)

Pensando todas estas questões a proposta do projeto de intervenção tratará de buscar soluções para o "Alto número de busca por atendimento na UBS". O que tem gerado sobrecarga aos profissionais de saúde desta área e é visto como um problema de natureza atual e gravemente potencial.

Em termos de organização estrutural se situa em posição tanto intermediária quanto terminal, visto que é referente à organização e ao funcionamento dos serviços, bem como

refere às necessidades e às demandas de saúde e doença da população. Quanto a governabilidade é problema de baixo controle, pois necessita de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre o mesmo.

Quanto a complexidade se trata de problema quase-estruturado, visto ser questão mais complexa, ser multicausal, com causas nem sempre fáceis de serem identificadas, e nem sempre ter propostas consensuais para a solução.

Apresenta alto grau de magnitude (4/4) visto que atinge a toda população da ESF, bem como da UBS. Apresenta alto grau de transcendência (4/4), visto que interessa tanto à população quanto à equipe de saúde. Apresenta vulnerabilidade média, pois carece de tecnologia moderada, mas recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das ações; com moderadas condições organizativas. Apresenta baixo custo pois basicamente se trata de reorganização e planejamento de recursos já existentes.

O tema proposto para intervenção é problema claro e marcante na UBS em que atuo. O sem-número de consultas gera caos, imprevisibilidade, instabilidade e desgaste emocional na equipe. Do ponto de vista dos pacientes, não se tem verificado que o aumento quantitativo de consultas reaja qualitativamente na saúde dos mesmos. Os quadros mórbidos persistem. Tendem a descontrolar e, naqueles agudos, a resolução completa se torna arrastada. A insatisfação é ampla. Do ponto de vista de uma equipe de saúde da família, o assobramento causado pelo excesso de consultas não gera tempo para o repensar a organização e controle de fluxo e demandas, no fluxo de planejamento de saúdes coletivas e individuais e na organização do trabalho.

O estudo deste tema se torna importante por ser problema frequente na maioria das UBSs do país, sendo causa cada vez maior de estresse profissional e entre profissionais. Profissionais esses que, muitas vezes, abandonam a carreira em ESFs devido a falta de controle das demandas espontâneas, de consultas e pressão social. Gerenciamento de agenda trata não só do número de consultas mas também em toda a forma como se planeja o trabalho em ESF, visto que através dele são obtidos dados importantes de incidência, prevalência e controle da maioria das situações-problemas da UBS. Serve de guia para otimização de gastos e recursos para seus devidos lugares, evitando dispêndios com ações efêmeras e pouco resolutivas.

Pessoalmente, para mim, tal tema é significativo pois me formei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, uma das maiores e mais conceituadas faculdades de medicina do país e que sempre priorizou em termos de saúde pública a dimensão e capacidade do SUS, quando bem organizado, de lidar com a demanda. Fui treinado para isso. E coloquei em prática esse planejamento em diversas situações enquanto exerci a medicina no SUS de Belo Horizonte, tendo uma vez, inclusive, controlado o hiperfluxo de uma população de risco (favela) em Belo Horizonte com sucesso.

Como aqui tenho visto se repetir o mesmo problema, num jogo abominável de "aquí sempre foi assim", me senti compelido a mostrar que mudanças, por menos confortáveis

que sejam num momento precoce, no futuro poderiam garantir maior controle e mesmo paz para trabalhar. Isso para não citar primeiro que o controle também implica em melhor aproveitamento das capacidades do SUS, o paciente se estabiliza, é possível atender até maior número de pacientes e com maior resolutividade.

As possibilidades de realização se mostraram e se mostram frente a necessidade dele. A desorganização no quantitativo de consultas do SUS da ESF Panorâmico de Antônio Prado se expõe tão gritante que se torna emergencial uma intervenção nesse sentido. Isso porque mesmo atualmente, os profissionais já se declaram incapazes de atender a todos pacientes. Prospectivamente pensando, muito menos ainda. Quanto à classe profissional, a possibilidade cada vez mais se escancara, visto que cada vez menos têm havido saídas possíveis e os conflitos são freqüentes. Sendo assim, todos vêem que é preciso agir, porém por receio, medo de superiores, falta de liderança direcionadora, se paralisam, acuados. Recursos financeiros para sua execução são extremamente baixos, visto que a maioria das ações atua no campo da reorganização.

Reitero que o projeto não só é oportuno quanto essencialmente fundamental, visto que, da forma como as coisas têm progredido, o descontrole total futuro se projeta claramente. Ademais, trata-se de interesse também populacional que os cidadãos consigam suas consultas quando necessitam, que a fila de espera se liquide, que as condutas sejam não só curativas, bem como preventivas. O mesmo para a unidade de saúde: é preciso não mais outra unidade ou ESF, mas apenas que se reorganize o trabalho, de forma de esse se torne possível em todos seus âmbitos, inclusive o preventivo. Profissionais atuando com desinteresse pouco resolvem (e para não dizer que podem ser danosos ao paciente)

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reorganizar o atendimento médico na ESF Panorâmico da UBS Aparecida, Antônio Prado-RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Reduzir o número de procura por consultas médicas por demanda espontânea;
- Educar a população em saúde, na amplitude da prevenção como forma de tratamento; apresentando os demais espaços de trabalho do profissional médico, não somente no consultório;
- Inserir os demais profissionais de saúde da ESF nos atendimentos, conscientizando a população sobre as capacidades e potencialidades do trabalho do restante da equipe.

3 Revisão da Literatura

O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado no Brasil através da [Brasil \(1990\)](#). Em 1994, no entanto, e dentro de uma estrutura de regulamentação executiva programada para esse mesmo SUS, o Programa de Saúde da Família - também conhecido como PSF - foi criado, passando a receber um tratamento exclusivo do Ministério da Saúde e do Governo Federal a partir de 1996, mas foi em 1998 que a conta foi agregada ao Orçamento da União, com verbas regulares e crescentes. A Política nacional de Atenção Básica (PNAB) surge em 28 de março de 2006, através da Portaria 648/MS, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), atualmente revogada pela [Brasil \(2017\)](#) , com o texto atualmente em vigência.

Tornou-se comum designar, por princípios e diretrizes do SUS, as linhas mestras delineadas no texto da constituição federal: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. ([MATTOS, 2009](#))

Tais princípios e diretrizes foram concebidos dentro de um processo de luta travada pelo movimento social focado na proposta de Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta. Nele se produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela irrefutável afirmação de a saúde ser considerada um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS. ([MATTOS, 2009](#))

Em termos detalhados, os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. A idéia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a idéia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria. Se por um lado fortalece a concepção de que é a partir dessa visão de mundo que todo o sistema deva ser pensado; por outro, esvazia o caráter histórico, político e democrático, que esses princípios representam. Nesse sentido, os princípios do SUS são uma escolha e um resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir esses valores. Valores que se contrapunham aos princípios, por exemplo, liberais,

da privatização da saúde; da saúde como um bem de consumo que deve obedecer a uma lógica de mercado.(??)

Assim, como elementos doutrinários, em primeiro a Universalidade se tem como um direito da cidadania de todos, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Já a Equidade norteia-se com o objetivo de diminuir desigualdades, visto que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo-se mais onde a carência é maior. Finalmente, como terceiro princípio, se tem a Integralidade, que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, se faz importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.(BRASIL, 2020b)

Além dos supracitados três princípios fundamentais doutrinários do SUS, também foram estabelecidas, os chamados princípios organizativos; os quais representam a forma de organização e operacionalização do sistema. Assim, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definiriam as estratégias e os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS. Dentre eles temos o princípio da Regionalização e Hierarquização que nos conduzem a observar que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Seguindo, a Descentralização, temos que caracterizar o termo descentralizar como sendo uma forma de redistribuir o poder e, conseqüentemente a responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. E, por fim, como terceiro elemento organizacional está apresentada a Participação Popular, a qual deverá se efetivar a partir da organização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, espaços onde a sociedade deverá participar de discussões relacionadas ao planejamento e

avaliação dos serviços ofertados pelo sistema de saúde de forma deliberativa; formulando estratégias, controlando e avaliando a execução da política de saúde.(BRASIL, 2020b)

A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil

A portaria 2436, de 21 de setembro de 2017, norteadas nos princípios supracitados, estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, assim como, propõe uma revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, fazendo equivalência entre Atenção Básica - AB e Atenção Primária à saúde - AP. A Atenção Básica, no texto da portaria, define-se através de determinadas ações de saúde, que visam contribuir para os indivíduos, a família e a sociedade; configuram-se em serviços de "Promoção, Prevenção, Proteção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Redução de Danos, Cuidados Paliativos e Vigilância em Saúde"; também através de cuidado integrado e gestão de qualidade, com profissionais de diversas áreas da saúde com um território definido e responsabilidade sanitária; firma a atenção básica como principal porta de entrada e comunicação com as redes de atenção à saúde; esta ainda como responsável por coordenar o cuidado e dispor as ações e serviços de saúde disponíveis; além de frisar os serviços são gratuitos e de forma integral, referente as suas precisões e demandas da localidade, analisando ainda os condicionantes e determinantes da saúde. (BRASIL, 2017)

Nela também demarca a proibição de exclusão baseada em: Idade; Gênero; Raça/cor; Etnia; Crença; Nacionalidade; Orientação sexual; Identidade de gênero; Estado de saúde; Condição socioeconômica; Escolaridade, bem como de Limitação física, intelectual, funcional e outras. Para se fazer cumprir as proibições acima, propõe serem criadas estratégias para evitar exclusão social. Como conceito fundamental, no texto se frisa que a Saúde da Família é atenção principal para que se expanda e seja consolidada a atenção básica. Assim, outras áreas na atenção básica, podem ser adicionadas, não permanentes e sendo estimuladas a convertimento em Estratégia de Saúde da Família. Frisa-se a necessidade de integração da vigilância de saúde e atenção básica, sendo importante para obtenção de resultados que atendam às precisões da população. E ainda configura-se que todos os locais de prestam serviços e ações de Atenção Básica, por meio do SUS, serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS).(BRASIL, 2017)

As UBS então, por sua vez, serão consideradas ambientes de: Educação; Formação de recursos humanos; Pesquisa; Ensino; Inovação; Avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde. Já população adscrita, deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas dentro da sua localidade por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família.

Foram definidos tipos de equipe e sua respectiva composição enquanto equipes de saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017):

1. Equipe de Saúde da Família (ESF): Estratégia priorizada na atenção à saúde. Composição mínima: Médico, especialidade médica de família e comunidade (preferência); Enfermeiro, especialista em saúde da família (preferência); Auxiliar e/ou técnico de enfermagem; Agente comunitário de saúde, podendo ainda conter: Agente de combate às

endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. Carga horária ideal: 40h/semana em dedicação exclusiva.

2. Equipe da Atenção Básica (EAB): Deve respeitar os princípios e diretrizes da atenção básica. Deve ser feita de acordo com as diversidades da localidade. Composição mínima: Médicos, especialidade medicina da família e comunidade (preferência); Enfermeiro, especialista em saúde da família; (preferência) Auxiliar e/ ou técnico de enfermagem; Podendo conter outros profissionais como: dentistas, outros profissionais de saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, ACS e AE. Onde a carga horária por categoria profissional: 10 horas, com no máximo 3 profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/ semanais.

3. Equipe de Saúde Bucal (ESB): Pode conter as equipes que atuam na atenção básica. Composta por: Cirurgião dentista; Técnico em saúde bucal e/ou auxiliar em saúde bucal. Deve estar ligado a uma UBS ou a uma Unidade Odontológica Móvel. (Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.)

4. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Equipe com profissionais de diversas áreas, sendo ainda interdisciplinar; Equipe complementar a da atenção básica; Tem por objetivo gerar apoio matricial e dar suporte clínico, sanitário e pedagógico às outras categorias de equipes inseridas na Atenção Básica. O processo de trabalho é realizado a partir dos problemas e necessidades da Atenção Básica e da população em geral de forma complementar. Não constituem unidade física e possuem livre acesso; devendo atuar de forma integrada as Redes de Atenção à saúde. Podendo compor à equipe: Médico Acupunturista; Assistente social; Profissional/ Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/ Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Intensivista; Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Profissional com formação em arte e educação; Profissional de Saúde Sanitária. Compete a Nasf- AB: Participar do planejamento junto com a Atenção Básica; Contribuir para integralidade do cuidado do SUS; Realizar discussão de casos; Atendimento individual, compartilhado, interconsulta; Construção conjunta de projetos; Educação permanente; Intervenções no território e na saúde e de grupos.

5. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): Visa a estratégia gradual da estratégia de Saúde da Família ou agregar a outras modalidades da atenção básica.

E, finalmente, dispõe sobre a Infraestrutura: que deve ser compatível com a população da respectiva UBS, os mecanismos de trabalho e a atendimentos aos usuários. A construção deve ser realizada de acordo com o que for previsto em norma sanitária, sendo referência as estruturas já existentes e identificação segundo padrões da Atenção Básica e SUS, além fazer o cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Podendo ter locais de apoio para populações com as de situação de rua, ribeirinhas

etc. Essa estrutura deve respeitar as normas sanitárias. Existem alguns fatores que mantêm um ambiente adequado em uma UBS, como: espaços diferenciados para pessoas com incapacidades, escala de profissionais, recursos humanos e materiais etc.

Dentro do desenvolvimento da organização do trabalho e das atribuições específicas dos profissionais atuantes no PSF é necessário destacar que se deu em um processo de adequação/ajuste/remodelação em concomitância à atuação conjunta do modelo de saúde anterior. A nova proposta se contrapõe à então vigente, de paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado no conhecimento da abordagem da saúde, que valorizava as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de saúde-doença (COTTA *et al.*, 2006). Dessa forma, o modelo de atendimento centrado na figura do médico e majoritariamente focado em consultas individuais começou a ser questionado, de forma com que o conceito de objetivismo tecnológico à época (e atualmente) vigente seja discutido de forma: a) a priorizar o conhecimento generalista das ações de saúde e resgatar o subjetivismo da relação médico-paciente. (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007), bem como conceitos e práticas relacionados ao planejamento da promoção e prevenção de doenças.

Nesse sentido, a observação ao longo de seis meses na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Panorâmica localizada junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) Aparecida do Município de Antônio Prado, ofereceu elementos suficientes para o exercício desse tema nesse trabalho; onde nos propomos a observar a diversidade de fatores causais, fundamentais, a princípio pela má organização dos serviços disponibilizados e, possivelmente, pela desinformação da população acerca das atribuições dos profissionais de saúde no âmbito da atenção primária em saúde. O princípio fundamental da universalidade no SUS tem se mostrado particularmente frágil quando observadas as ações de racionalização de recursos e de inclusão da população de forma equânime, na medida em que "quando não há oferta de serviços suficientes para a demanda, limita-se o acesso e o atendimento é postergado e as filas, bem como a insatisfação e revolta, tornam-se ainda maiores. (BELTRAMINI, 2018)

Nos elementos constantes da bibliografia selecionada como acima descrito, encontra-se intensa discussão sobre o processo de implementação de longo prazo do SUS, bem como das particularidades advindas desse processo. Fatores como a continentalidade do país, a heterogeneidade social e populacional, bem como as discrepâncias de acesso econômico são temas preponderantes. Discute-se amplamente o idealismo do termo teórico do SUS, das políticas de eSF, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) versus às disparidades locais. No entanto, frisa-se sobre a potencialidade do SUS não ser um molde fixo e estático e sua ampla possibilidade de adequação a realidades locais, fortalecendo a proposta de regionalização e de municipalização. No entanto, alguns estudos são marcadamente notórios em relatar o despreparo dos profissionais vinculados a estes serviços, até mesmo para as mínimas funções básicas, estando relacionados à possível falta

de treinamento, desinteresse, baixa remuneração ou até mesmo por desinformação, o que só fortalece, a dificuldade em gerir estes serviços de forma a não sobrecarregar as equipes e conseqüentemente favorecer o processo de trabalho em sua totalidade, garantindo, inclusive a formação continuada dos profissionais de saúde.

O Papel do Médico na Organização do Trabalho na Atenção Básica

Na PNAB (2017) são descritas as atribuições do Médico, a saber: Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Fica claro, a partir das leituras que, para, além das responsabilidades e atribuições descritas pertinentes ao desenvolvimento do trabalho do profissional médico, é crucial e fundamental neste processo de trabalho, em especial na Atenção Básica a cooperação - dentro de um sistema multiprofissional e coparticipativo de uma ESF - e a construção de uma organização para o próprio trabalho, fundamentada originalmente nos princípios do SUS porém adaptada a realidade de cada população e território onde será desenvolvido o trabalho, considerando a amplitude deste conceito.

Tendo em vista que a alta rotatividade profissional dos atuantes nas ESFs no país se faz fator crítico na fragmentação dos vínculos com a população e da continuidade de diversos planos terapêuticos, muitas vezes esses sequer são estabelecidos pela iminência de descontinuação, deixando assim desassistida a população que carece dos mesmos para implementar suas políticas próprias e locais de saúde bem como toda a equipe, que retorna simplesmente aos processos de trabalho medicocentristas e curativos, deixando de lado o caráter preventivo, majoritariamente por esse requerer maior tempo de implantação, efetivação e resposta. Frise-se aqui que tal política, sobretudo quando analisada numa perspectiva econômica, projeta-se como extremamente danosa aos cofres públicos, compromete o financiamento da saúde ampla e específica - financiamento esses que, numa perspectiva nacional, já vem originalmente com sérias restrições orçamentárias. O médico, mas não apenas o médico, pode e deve assumir papel central nesse processo organizacional dentro da perspectiva de saúde apresentada para o SUS em seus documentos oficiais.

Nesse sentido, o papel do profissional médico é de extrema importância neste sentido, não somente se inserindo nos espaços de educação permanente em saúde, compartilhando

de conhecimento com os profissionais da equipe e com a população assistida, mas também apoiando na construção dos modelos organizacionais necessários para que se estabeleça um fluxo de trabalho satisfatório, tanto para a equipe de saúde como, também às pessoas atendidas por esta ESF, proposta deste trabalho, que se sustenta por um processo de avaliação das ações de saúde realizadas pelo período de seis meses e que possibilitou visualizar esta situação de sobrecarga dos profissionais devido à má gestão dos serviços prestados.

4 Metodologia

Para a execução do trabalho de redução da demanda espontânea na UBS, tema deste trabalho, foi, inicialmente, realizada reunião com todos os profissionais envolvidos para análise situacional, escuta das queixas e das particularidades locais do sistema de saúde. Através da análise conjunta, pontos essenciais foram elencados como grande motivadores de hiperfluxo e entraves foram analisados e destacados no planejamento dos processos de trabalho.

Assim os fatores desencadeadores de hiperfluxo listados por este grupo foram:

- 1) alta rotatividade de médicos na UBS;
- 2) não-uso de ferramentas como grupos operativos, palestras, atividades de educação em saúde de forma geral;
- 3) alto número de pacientes com doenças crônicas desestabilizados;
- 4) população mal-acostumada com sistema de saúde medicocentrado;
- 5) equipe de saúde desmotivada e reforçando o comportamento baseado exclusivamente na consulta médica como o resolutivo de todos os problemas;
- 6) o fato da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Panorâmico estar com o médico sendo deslocado constantemente para cobrir a outra ESF da UBS, que se encontra apenas com 1 médico clínico-geral que atua apenas 20h;
- 7) alto número de consultas por atendimentos psiquiátricos.

Quanto à questão um, a rotatividade exacerbada dos profissionais médicos, por se tratar de ação com ordenação mais de viés político egovernamental, nosso limite de ação enquanto equipe da ESF limitou, parcialmente, amplas ações. Diversas reuniões foram realizadas entre eu (profissional médico) e o Secretário de Saúde, no intuito de demonstrar que a lógica de problema-consulta deveria ser rompida num esforço mais de saúde geral preventiva que curativa, focando na atenção primária e, conseqüentemente, também nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Outros profissionais integrantes da equipe, durante o ano de 2019, também estiveram com governantes na mesma tentativa e também para demonstração de insatisfação com o sistema vigente.

Sobre o item 2, o mesmo foi amplamente abraçado por toda a equipe da ESF - médico, enfermeira, técnicos e agentes comunitários de saúde; com o objetivo de organizar, planejar e iniciar a implementação dos grupos operativos.

O item 3 foi abraçado por mim em dupla frente: primeiramente pensando em como seria possível realizar um resgate do acompanhamento de todos paciente descompensados e, conseqüentemente sua estabilização. Tendo como foco a busca e inserção, assim como a orientação, em relação a realização de consultas de rotina em número e frequência compatíveis com a necessidade dos pacientes em acordo com suas patologias de base.

O quarto item, talvez o mais dispendioso se orientou, em princípio, através da manutenção da comunicação com as profissionais agentes comunitárias de saúde (ACS) e a população, em domicílio, com conversas orientadoras em relação ao sistema de agendamento e organização de consultas, o qual deveria ser repensado, assim como reforçando a proposta de executar prioritariamente ações com foco na promoção e na prevenção, considerando estarmos no âmbito da atenção primária, o que pode ser mais eficaz que do que o simples atendimento de demandas por adoecimento, visando somente a cura de forma repetitiva. Este é um trabalho que requer esforço e continuidade, porém paulatinamente tem se mostrado efetivo, mesmo ainda havendo um número significativo de pacientes buscando a ESF exclusivamente com queixas agudas. Durante as atividades de triagem e acolhimento prévios às consultas também foi feito um trabalho de orientação e direcionamento pela Enfermeira da equipe. Esse mesmo trabalho, naturalmente também feito por mim em consulta médica.

Quinto item é, talvez, o mais desafiador. As ações aqui realizadas estiveram focadas no convencimento da equipe de que a prática de saúde local estava equivocada, quando pensada e visando apenas o médico como a solução de todos os problemas e todos descrentes da importância de seus papéis no quadro amplo de saúde dos pacientes. Este assunto foi amplamente discutido nas reuniões semanais de equipe e as conquistas diárias eram apresentadas e paulatinamente se observava que uma parte da equipe, a cada dia, conseguia observar que este trabalho de reorganização valeria a pena e que todos eram co-responsáveis dentro do serviço e deveriam ter seus espaços garantidos.

O sexto item foi tratado, por ser das esferas médica e governamental, diretamente com os gestores. Foram realizadas inúmeras reuniões para esclarecimento que a área de uma ESF já é tarefa mais que pesada para esta equipe, assim como era impossível exercer um bom trabalho e, ainda estabelecer o vínculo previsto na política de atenção básica, tendo como responsabilidade de um único profissional médico atender a duas equipes de ESF. Aconteceram atritos graves na relação corporativa entre os médicos da UBS - a qual inclui as duas ESF - com a gestão, atitudes extremas foram tomadas, mas nada, absolutamente nada, se mudou durante todo o ano.

O sétimo item, resultado de um sistema local de saúde há mais de 4 anos sem psiquiatra, cuja referência local está a mais de 300km distante; foi remanejado através do resultado combinado dos trabalhos nos itens acima, que abriram maior espaço de vagas para o agendamento dos pacientes psiquiátricos, sua estabilização e controle através da renovação controlada de receitas.

Concluindo o foco das ações foram baseados no processo de construção conjunta e de aproximação da equipe no intuito de melhor organizar os serviços, melhorando a comunicação entre si e entre os profissionais e os pacientes, assim como questionando algumas ações realizadas pela gestão que interferem no bom desempenho dos serviços prestados pelos profissionais de saúde desta ESF. Todas estas ações ocorreram no período de 02/01/19

a 31/12/19.

5 Resultados Esperados

Espera-se enquanto soma dos resultados que se promova, a longo prazo, a redução no número de consultas médicas na UBS e conseqüentemente a otimização dos recursos humanos no desenvolvimento de outras atividades dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Quanto a alta rotatividade de médicos na ESF, diversas reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde no sentido da estimulação à fixação dos profissionais médicos, valorização do trabalho e não-exploração da mão-de-obra médica restante disponíveis foram realizadas. Em termos práticos, esperava-se lotação completa do quadro profissional, o que nunca ocorreu. Foram contratados apenas mais uma médica 20h para atuar em ESF não pertencente a Unidade Básica de Saúde em questão, bem como um contrato extensivo de horas adicionais a médica que atuava na ESF Aparecida da UBS Aparecida, sem ainda completar as 40 horas semanais ideais.

Quanto ao uso de ferramentas não-consulta (grupos, palestras), estas foram com eficácia implantadas na ESF Panorâmico com ótima resposta. Nas temáticas foram abordados assuntos de escolha da população, o que respondeu com alta adesão. Foi um espaço para contato direto com o grupo populacional in loco, aproveitando também para renovação de receitas para os crônicos controlados e solicitação de exames de rotina. Também foi espaço de detecção dos crônicos sem controle ou descompensado e seus encaminhamentos a consultas individuais na UBS. Por fim, foi espaço onde a relação entre médico e equipe com os usuários se estreitou bastante, com fortalecimento da confiança.

À medida que as consultas individuais começaram a ter foco mais bem definido, no sentido de acolher àqueles que foram "triados" através dos encontros nos grupos operativos, se possibilitou um início de recompensação do controle das doenças destes mesmos pacientes que, num primeiro momento, eram frequentes por intercorrências ligadas ao próprio descontrole e paulatinamente foram se estabilizando e estando menos frequentemente descompensados, com menor busca a UBS.

No que tange ao mau-costume da população, arraigada ainda ao modelo medicocentrista, a tarefa foi desde o princípio considerada como uma das mais difíceis e longas, visto que mudar toda uma cultura populacional não é fácil. No entanto, através do tempo, com o melhor controle (sobretudo dos pacientes até mais graves) e com a participação da equipe de enfermagem nesse processo, os pacientes puderam, em uma etapa ainda inicial, começar a aceitar a distribuição das tarefas relativas a saúde não apenas para o médico, mas também a todos profissionais da rede. No entanto, e acredito ainda por reflexo dessa etapa embrionária, a aceitação, por exemplo, de um cuidado relacionado à pressão arterial num hipertenso regular pela enfermagem, precisa, no ponto de vista do paciente, ainda da chancela do médico - "Se o doutor falar que pode, então pode ser". Alguns naturalmente

ainda oferecem resistências graves a intervenções não médicas, mas em geral percebeu-se um início da compreensão de como pode idealmente se funcionar o sistema de saúde e que tal funcionamento não é dessassistencialista, pelo contrário.

Quanto ao comportamento da equipe profissional, outro gargalo importante de atuação no tocante ao direcionamento de tudo para a figura do médico, diálogos inicialmente foram firmados, discussões amplas entre classes profissionais e equipes foram feitas (no sentido de detectar os limites das atuações, as permissões legais para atuação, as dúvidas, as inseguranças, etc.) e até mesmo algumas capacitações dentro da equipe foram feitas nesse sentido. Entretanto, se na teoria a adesão foi fácil como tal, na prática (até inicialmente bem-disposta) a coisa foi paulatinamente retornando com o novo redirecionamento ao médico, com retorno ao sistema de trabalho de "menos carga para quem recebe menos". Percebido esse contra-movimento, houve novo chamamento à ações de forma colaborativa. Parte da equipe até adere, outra parte, geralmente e principalmente os funcionários com mais tempo de experiência, não aderem. É uma luta diária, constante, mas que segue.

Conversas sobre o deslocamento do médico da equipe para cobrir a falta crônica de horas da profissional médica (contradada 20horas semanais) da outra equipe foram travadas até o limite da exaustão, com ameaças de intervenção via Conselho de Ética Médica e até recursos processual. Nesse sentido, até por conta do sem número de conflitos intra e inter profissionais oriundos dessa questão, culminaram numa redução, e não numa completa cessação; dos encaminhamentos dos pacientes da outra ESF para a ESF Panorâmico, com otimização do acolhimento e fluxo. Maior número de pessoas foram, da outra equipe, então encaminhadas ao hospital para casos agudos, através da compra de maior número de consultas no próprio hospital. E, já mais para o fim, um acréscimo do tempo de trabalho da médica de 20horas pode ser financiado e proposto. Todo esse trabalho de luta foi extremamente desgastante, tanto profissional quanto pessoalmente, e teve, por assim dizer, dia após dia sua minoração sendo feita. Ainda existe o déficit, porém mais controlado e sem tanta sobrecarga ao profissional médico da ESF em questão.

Em relação às consultas psiquiátricas o município continua ainda, da mesma forma como iniciou, sem psiquiatra de referência próximo, sendo o mais perto em Porto Alegre, cerca de 130km distante. Durante o tempo do trabalho, os casos psiquiátricos mais graves, foram selecionados e encaminhados a capital. Como a demora é muito grande para os agendamentos, o transporte muitas vezes necessita sedação, é trabalhoso, um esforço intelectual de minha parte foi feito no sentido do atendimento dos pacientes de média complexidade ser realizado na própria ESF. Com segurança e sem qualquer intercorrência grave foi sendo feito a reestabilização dos pacientes descompensados, o remodelamento farmacológico, em alguns casos a retirada de medicações não mais necessárias, entre outras ações. Dessa forma, os pacientes conseguiram melhorar a estabilidade, com vários casos podendo até realizar apenas consultas para troca de receitas de controlados.

Referências

- BELTRAMINI, H. P. de B. C. L. Processos de regulação de consultas eletivas. São Carlos, n. 122, 2018. Curso de Engenharia de produção, Escola de engenharia de São Carlos. Cap. 1. Citado na página 21.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República, BRASÍLIA/DF, n. 1, 1990. Citado na página 17.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- BRASIL. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/antonio-prado_rs>. Acesso em: 20 Mai. 2020. Citado na página 11.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Princípios do SUS*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 17 Jul. 2020. Citado na página 18.
- COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 1–11, 2006. Citado na página 21.
- FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F. da; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1, p. 1–9, 2007. Citado na página 21.
- MATTOS, R. A. de. Princípios do sistema Único de saúde (sus) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, n. 1, p. 1–1, 2009. Citado na página 17.