PREFEITURA DE CAMPINAS | SECRETARIA DE SAÚDE

SUS

UNICAMP
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA

GESTÃO DO ACESSO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO "GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"

Autor(a): Margareth Henye Mota Marconi
Email de contato: margareth.marconi@gmail.com
Orientador: Adilson Rocha Campos

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deu-se como modelo de atenção no Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde no ano de 1994. Este modelo de atenção é bastante diferente do utilizado anteriormente. Antes o modelo de atenção baseava-se na Unidade Básica de Saúde onde o sujeito e sua família não eram acompanhados em sua integralidade. A família passa a ser o centro da atenção e não mais focado no indivíduo doente.

O Programa de Saúde da Família é composto por uma equipe mínima multidisciplinar: médico generalista, enfermeiros, auxiliar/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esta equipe visa avaliar o sujeito em sua totalidade, ou seja, como família, moradia, comunidade e redes de apoio. [1,2] Este modelo de atenção, para atingir as famílias utiliza-se de estratégias preventivas e de ação territorial, o profissional vai até o domicilio rompendo as barreiras consultório/paciente [3].

A ação do programa de saúde da família é bastante ampla e apresenta diversas formas de acesso e acompanhamento das famílias. A organização dos recursos humanos impacta diretamente na assistência.[4]

Dentro deste contexto este trabalho tem como objetivo realizar gestão do acesso às consultas médicas pela equipe de referência da saúde da família, possibilitar maior autonomia das equipes para acompanhamentos dos usuários, organizar o tempo de retorno à consulta de acordo com a necessidade do indivíduo e não de forma programática, criar condições para diminuir o acesso desnecessários dos hiperutilizadores e aumentar a oferta de serviços para pacientes mais vulneráveis e com maiores comorbidades.

LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.

Este projeto de intervenção foi realizado no Centro de Saúde Fernanda (Dom Bruno Gamberini) localizado no Distrito de Saúde Sul do Município de Campinas – Estado de São Paulo. Este centro de saúde é responsável por uma área de cobertura de 16.445 habitantes. A unidade é composta por 2 equipes de saúde da família completas caracterizando um déficit bem significativo de pessoal. Segundo Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Ministério da Saúde,[5] é necessária 1 equipe de Saúde da Família para cada 4.000 habitantes e 1 ACS para cada 750 pessoas.

O modelo de acesso as consultas médicas antes do projeto de intervenção era de livre demanda para agendamento na recepção respeitando a características das vagas a ofertadas. Devido ao número insuficiente de vagas era comum filas enormes para agendamento e muitos conflitos. As agendas eram liberadas para 90 dias e aproximadamente em 48 horas de liberação todas as vagas já eram preenchidas.

METODOLOGIA / DESENVOLVIMENTO

Este projeto de intervenção vem se efetivando em 4 etapas:

Etapa 1: discussão em reunião de equipe e reunião geral:

Após observação constante das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Fernanda em relação a oferta insuficiente de consultas médicas para a população e após a observação do agravamento das condições de saúde, as equipes, embasadas no texto de Norman e Tesser [6], vislumbraram desenvolver um novo modelo de agendamento dos usuários para tentar garantir acesso aos usuários com mais necessidades de atenção à saúde.

Etapa 2: discussão e análise pela equipe de apoio distrital

A Coordenação local levou a proposta do novo modelo de agenda para análise do apoio institucional da unidade [7]. Nesta conversa foi avaliado que seria necessário um grande comprometimento da equipe para implantação e principalmente uma reavaliação após implantação do projeto.

Etapa 3: aplicação do novo modelo de agenda médica

EQUIPE VERMELHA

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	SEXTA
7:00	VAGA SIGA SAÚDE	PRÉ- NATAL	PRÉ-NATAL	VAGA SIGA SAÚDE
08:00	GRUPO HIPERIDA/ DISLIPIDÊMICOS 20 a 30 usuários			VAGA SIGA SAÚDE
09:00				ACOLHIMENTO
10:00	ACOLHIMENTO			VAGA RÁPIDA
11:00	VAGA RÁPIDA			
12:00-13:00	ALMOÇO			
13:00	REUNIÃO DE EQUIPE AVALIAÇÃO DE EXAMES	RENOVAÇÃO DE RECEITA	VISITA DOMICILIAR QUINZENAL	RENOVAÇÃO DE RECEITA
14:00		PRÉ- NATAL		ACOLHIMENTO
15:00	ACOLHIMENTO	PRÉ- NATAL	RENOVAÇÃO DE RECEITA	VAGAS RÁPIDAS

EQUIPE AMARELA

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	SEXTA
7:00	PRÉ-NATAL	VAGA SIGA SAÚDE	VAGA SIGA SAÚDE	VAGA RÁPIDA
08:00		GRUPO HIPERIDA/ DISLIPIDÊMICOS 20 a 30 usuários	VAGA SIGA SAÚDE	VAGA RÁPIDA
09:00			ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO
10:00		ACOLHIMENTO	PRÉ-NATAL	VAGA RÁPIDA
11:00 - 12:00	ALMOÇO			
12:00	PRÉ-NATAL	RENOVAÇÃO DE RECEITA	RENOVAÇÃO DE RECEITA	RENOVAÇÃO DE RECEITA
13:00		REUNIÃO DE EQUIPE AVALIAÇÃO DE EXAMES	VISITA DOMICILIAR QUINZENAL	GRUPO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS 20 A 30 PACIENTES
14:00				
15:00		ACOLHIMENTO		VAGA RÁPIDA

Etapa 4 – Resultados e Avaliação da efetividade do novo modelo.

E após 5 meses de implantação as equipes em reunião geral relataram:

1. Diminuição do número de pacientes faltosos – No modelo anterior as agendas eram liberadas para 90 dias. Agora as agendas são para 7 dias diminuindo o risco de o paciente esquecer a data de consulta. 2. Diminuição de pacientes realizando queixas na recepção – Como o número de pacientes com casos agudos que não conseguiam o acompanhamento adequado era grande os mesmos realizavam reclamações constantes na recepção por não ter melhora no seu estado de saúde e na maioria das vezes não conseguir retorno médico. No modelo novo os retornos são mais efetivos e em curto prazo, os pacientes se sentem melhor acolhidos e com maior efetividade no atendimento. 3. Melhora dos projetos terapêuticos – A autonomia de realizar uma triagem adequada e discussão dos casos em reunião de equipe gerou melhora significativa dos projetos terapêuticos pois todos os profissionais passaram a estar envolvidos. 4. Mais segurança e satisfação para os profissionais ao dar continuidade aos atendimentos. Os profissionais se sentiam desgastados por saber que os pacientes no modelo anterior não apresentavam retorno em tempo oportuno apesar de suas condições de saúde demandarem a necessidade de retorno.

CONCLUSÃO

Apesar deste projeto de intervenção não resolver a falta de vagas para atendimento de toda população conforme preconização do Ministério da Saúde ele melhorou a efetividade do atendimento dos pacientes com maiores comorbidades, proporcionando assim, maior aproveitamento das agendas médicas e aumentado a rotatividade dos pacientes.

Como gestão local é bastante complexo lidar com a necessidade dos usuários X necessidade dos trabalhadores sem se preocupar com a resolução destes problemas e atuar efetivamente como gestor. Ao longo do projeto vislumbrar governabilidade do trabalho em equipe e propor novos métodos de trabalho foi de fato um avanço enquanto gestão e enquanto profissional do SUS. É factível desenvolver melhorias apesar de tamanhas dificuldades administrativas.

Com o aumento da satisfação da equipe foi evidente a melhoria da relação com os usuários e a relação dos usuários com os profissionais. Por muito tempo eram constantes os conflitos e as agressões. Apesar de compartilhar a governabilidade do processo de trabalho transparecer como uma ação complexa, este projeto de intervenção demostrou ser efetivo e possível.

Mantemos a constante solicitação para o aumento de recursos de humanos para não ignorar a importância do modelo de atenção do Programa de Saúde da Família implantado pelo Ministério da Saúde. O desejo de todos é alcançar cada vez mais um nível de excelência na assistência prestada.

REFERÊNICIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf
2.Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. RevLatino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf
3.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas De Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetro para programação das ações básicas de saúde. 2001. 37 p. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/ceinfo-cefor/indicadores-de-oferta-e-desempenho-nos-servicos-de-saude/Parametros%20MS%202001.pdf
4.Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(1):59-75, 2002.
5.PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Acesso ao cuidado da estratégia de saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015 169
7. Pereira Júnior N, Campos GWS. Institutional support within Brazilian Health System . (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908