



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nelson Elias Andrade Junior

O USO DE DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NAVAL DE NATAL

Rio de Janeiro 2020

Nelson Elias Andrade Junior

O USO DE DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A EXPERIENCIA DO HOSPITAL NAVAL DE NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof. Me. Márcia Cristina Cid Araújo

Rio de Janeiro

2020

Nelson Elias Andrade Junior

O USO DE DIRETRIZES CLÍNICAS E PROTOCOLOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NAVAL DE NATAL

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Márcia Cristina Cid Araújo

Prof. Dr. Moacyr Torres Júnior

Prof. Ma. Monica Loureiro Sartório

AGRADECIMENTOS

À Deus por dar a capacidade de seguir em frente “quando o corpo pede um pouco mais de calma.”

A minha mãe Ângela da qual herdei incorrigível otimismo, e a meu pai Nelson pelo discernimento e consequente inquietação que possibilita a busca incessante por novos horizontes.

A minha companheira Záider pela paciência com que suportou a presença deste “outro amor” o saber.

Aos filhos que são a razão do existir e o fruto do nosso trabalho.

À Marinha do Brasil que através Escola de Guerra Naval, atuou como mediadora das ações e impulsionou a carreira com mais uma formação sólida de extrema importância.

À minha orientadora Márcia Cristina Cid Araújo, pela educação e paciência, tornando o longo caminho mais leve, sem deixar mão da motivação, característica dos mestres.

Aos amigos do EAD/FIOCRUZ que apesar do momento crítico vivido pelo afastamento causado pela pandemia de SARS-COV 19, não deixaram que o distanciamento físico fosse traduzido em falta de união.

RESUMO

A Atenção Primária à saúde é a porta de entrada do usuário de qualquer sistema de saúde, como porta de entrada, esta deve ser de fácil acesso e bem resolutive. A Atenção Básica, tem como premissa, os pilares de acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Garantir acesso integral à atenção Básica, utilizando desta ferramenta método facilitador para o usuário atingir os mais profundos desejos de saúde na sua completude, deve ser o objetivo de todo gestor de saúde. Adicionalmente a Atenção Básica carece de um princípio de auto regulação e correção de rumo com objetivo de facilitar a entrada dos usuários para outros níveis de atenção especializada. Essa ação tem objetivo de fazer com que o usuário não tarde em receber o diagnóstico do seu tratamento, sendo encaminhado mais brevemente aos setores de cuidados verticalizados. Esta premissa implica que a Atenção Primária à Saúde deve ser resolutive, garantir ao usuário que o diagnóstico não será atrasado, que o sistema irá funcionar e que tudo será feito para diminuir o seu sofrimento. O desenvolvimento de protocolos e metodologias de diretrizes clínicas, permitem a aferição das ações, terminando por balizar o caminho impulsionando a consolidação e o fortalecimento da Atenção Básica à saúde no Brasil em todos os setores da saúde, civis e militares.

A programação da oferta de serviços de maneira pragmática e proativa visa essencialmente, incorporar assistência médica integral, otimizando a capacidade de atendimento com as necessidades dos usuários e a realidade financeira da OMH com sua capacidade instalada. Frente a crescente demanda de usuários, o que requer da administração o dimensionamento dos recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros na prevenção de agravos e da promoção da saúde de forma acolhedora e humanizada.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde. Integralidade. Diretriz clínica. Protocolo

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica em Saúde

CMAM – Centro Médico Assistencial da Marinha

CM – Clínica Médica

CID – Código Internacional de Doenças

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

OM – Organização Militar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSM – Programas de Saúde da Marinha

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SMI – Serviço de Medicina Integral

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS	9
1.1.1 Objetivo Geral	9
1.1.2 Objetivos Específicos	9
1.2 JUSTIFICATIVA	9
1.3 METODOLOGIA.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO	10
2.2 PADRONIZANDO O ATENDIMENTO – DSM 2010	11
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	15
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	17
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	19
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	19
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	21
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO I.....	26
ANEXO II.....	28

1 INTRODUÇÃO

O Hospital Naval de Natal (HNNa) sediado na cidade Natal, sob o comando do 3º Distrito Naval, tem por missão, “contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha, prestando atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, especializando o pessoal com a aplicação de cursos na área de saúde, planejando e executando a pesquisa biomédica de interesse para a Marinha”(BRASIL, 2020a) . Nos últimos anos, têm ocorrido um aumento substancial na procura por atendimento dos mais de 16 mil usuários do Sistema de Saúde Naval, quer seja por militares da ativa ou reserva, como por dependentes ou pensionistas.

O HNNa, vem intensificando esforços, no sentido de reduzir os gastos com Assistência Médica-Hospitalar (AMH) em Organizações de Saúde Extra Marinha (OSE), sem perda da efetividade e resolutividade dos tratamentos, adequando a capacidade instalada à realidade financeira atual e às necessidades dos seus usuários. Os serviços de saúde devem estar organizados para atender os usuários e enfrentar de forma programada os problemas de saúde de forma integrada. O presente trabalho, é parte da proposta de implantação de um serviço Atenção Primária à Saúde (APS), a partir do início de 2017, nos moldes do exposto na DSM 2010 (BRASIL 2020b) com o então nominado Serviço de Medicina Integral (SMI). O serviço fora inicialmente criado com atendimento de um médico clínico generalista, depois aumentando gradativamente, até que atualmente com 4 médicos, o número de consultas ofertado possa corresponder à 100% do número desejável de consultas clínicas por público alvo. Com o objetivo de criar método que pudesse ser posteriormente avaliado e desta forma aperfeiçoado, foram propostos protocolos clínicos, de orientação ao médico generalista. Estes protocolos, alcançam mais de 80% dos problemas clínicos enfrentados diariamente, criando um fluxo virtuoso para o paciente. Para tornar este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) acessível do ponto de vista do leitor, foi traçado uma rota no tempo, ancorando aos referenciais teóricos e legislação vigentes (BRASIL 2012a), culminando no estabelecimento dos protocolos e resultados iniciais alcançados.

O trabalho foi iniciado em 2017, porém ainda não está concluído, na verdade ele continua aperfeiçoando a cada ano, construindo novos caminhos a partir do conhecimento acumulado. Espera-se que, mais do que dar respostas prontas ao problema encontrado, este trabalho apresentado possa sobretudo, impulsionar outros gestores na busca incessante de soluções, não tendo como objetivo encerrar o assunto. Finalmente, não são as respostas que movem os homens, mas sim as perguntas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Implantar diretrizes clínicas para encaminhamento de pacientes em atendimento no Serviço de Medicina Integral aos médicos especialistas que mais demandam atendimento externo.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os pacientes que precisam de maior celeridade no atendimento;
- b) Aplicar os protocolos para o atendimento no serviço Atenção Primária à Saúde (APS);
- c) Capacitar os profissionais de saúde no manejo dos casos, gerando valor à consulta, facilitando a realização de exames subsidiários para auxílio no diagnóstico e tratamento, para os pacientes que seguirem com o médico generalista;
- d) Reduzir o número de encaminhamentos desnecessários aos especialistas;
- e) Preencher e cobrar a resposta na Ficha de Referência (FIR);
- f) Aplicar indicadores que permitam a aferição das ações realizadas.

1.2 JUSTIFICATIVA

Inicialmente, o médico generalista em atendimento neste serviço, limitava-se ao encaminhamento do paciente para quantas especialidades fossem solicitadas pelo mesmo, não havendo qualquer critério técnico ou gerenciamento crítico. O médico generalista neste modelo anterior, era um mero carimbador de guias para atendimento externo, gerando um custo elevado “per capita” onde quase na totalidade dos atendimentos, a solução (diagnóstico e tratamento) era repassada ao especialista externo. Atuando apenas como polo de distribuição de guia para atendimento externo, o médico utilizado não tinha resolutividade para o Sistema de Saúde da Marinha.

O paciente retornava ao serviço para solicitar guias de atendimento externo, não criando vínculo com o médico do SMI, gerando elevado número de solicitação de exames muitas vezes desnecessários, contribuindo para o aumento dos custos em saúde sem necessariamente haver melhora da qualidade do atendimento.

1.3 METODOLOGIA

O trabalho, consiste em projeto de intervenção, iniciado em 2017, alcançando segurança para sua implantação em 2018. O modelo proposto e consequente ativação da Atenção Primária à Saúde (APS), criou instrumentos e ferramentas que possibilitaram a realização de acompanhamentos na Clínica Médica, cobrindo consultas e procedimentos relativos a exames, diagnósticos e terapias decorrentes. O projeto de intervenção ora proposto considera o amadurecimento da proposta com dimensionamento dos recursos humanos, materiais e tecnológicos em função da estimativa da demanda e do atendimento imediato e tempestivo, prevendo na continuidade do tratamento e do esclarecimento diagnóstico a hierarquização das demandas, para que pacientes oriundos desse serviço fossem atendidos prioritariamente com presteza e integralidade (STARFIELD, 2002).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO

A atenção primária em saúde no Brasil, deveria ser o primeiro ponto de contato das pessoas que procuram o sistema de saúde. Infelizmente a grande maioria da população, procura as emergências e Unidades de Pronto Atendimento nos hospitais gerais para solucionar problemas que, ou poderiam ter sido equacionados pelos serviços ambulatoriais ou pelo médico generalista. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM nº 2.488 GM/MS do dia 21 de outubro de 2011 (BRASIL 2012b), a Atenção Primária é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, alcançando desde a promoção e a proteção da saúde, passando pela prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Os cuidados primários em saúde têm um enorme potencial de mudar a condição de saúde do usuário, através de ferramentas de práticas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, com a participação da sociedade. A população alvo das ações poderá se beneficiar melhor deste instrumento de gestão, quando dirigidas às populações de territórios bem delimitados, sem muita variabilidade numérica quantitativa. Sua aplicação ocorre preferencialmente descentralizada e capilarizada, próxima da vida das pessoas, onde o médico deve conhecer os hábitos de seu público, como parte do processo de saúde doença. Estas características, fazem dos usuários do Sistema de saúde da Marinha na área do comando do 3º Distrito Naval, um grupo modelo ideal para aplicação das

ações, visto que o número dos pacientes não se altera substancialmente, em virtude da característica dos usuários formada em sua grande maioria de militares da ativa seus dependentes, além de militares na reserva remunerada ou reformados que migram para Natal buscando melhor qualidade de vida. Não podendo fugir do princípio da universalidade, da acessibilidade, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, a atenção básica, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. A capacidade de acolher, é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, ao acolher os usuários, o profissional vincula estes com os objetivos a serem alcançados. Ao acompanhar os efeitos das intervenções o cuidador tem oportunidade de avaliar a sua conduta, corrigindo detalhadamente os rumos do atendimento, diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida. É papel do cuidador ou gestor providenciar ferramentas de envolvimento do usuário, dando autonomia, onde o paciente ao mesmo tempo é conduzido e conduz o cuidado à saúde.

2.2 PADRONIZANDO O ATENDIMENTO – DSM 2010

Em março de 2020 a Diretoria de Saúde da Marinha aprovou a DSM-2010: “Normas para o Atendimento em Saúde em baixa e média complexidade”, documento que entre outras coisas, tem a finalidade de normatizar o atendimento de saúde aos usuários do sistema de saúde da Marinha. Em seu primeiro capítulo, a DSM-2010 exemplifica o papel do Serviço de Medicina Integral, como forma de regular o fluxo de acesso do usuário ao Sistema de saúde, além de promover e priorizar a atenção básica em saúde na prevenção de doenças, diminuir os apazamentos e utilizar de forma eficiente e racional os recursos da Marinha do Brasil (MB) e a mão de obra do SSM (BRASIL 2020). Em sua forma proposta, o serviço é executado por médicos generalistas, ou médicos com formação em Medicina de Família, cujo propósito é atuar no primeiro eixo da assistência à saúde, esgotando as possibilidades diagnósticas e terapêuticas mantendo-se a qualidade da assistência primária.

No início do ano 2000 a Organização Mundial da Saúde (VIANA, 2010), após amplo debate, estabeleceu as proposições metodológicas para a aplicação de desempenho no sistema único de saúde (SUS). O esforço no estabelecimento de metodologias de aferição do trabalho realizado ou a realizar, demonstra tomando como base os contextos políticos, social e

econômico, como determinantes da condição de saúde da população, o estabelecimento de ferramentas de aferição são fundamentais para a melhoria da gestão em saúde. O Serviço de Medicina Integral, tem indicadores como a taxa de absorção, que demonstra a capacidade do SMI em resolver as demandas geradas pelos usuários, não necessitando encaminhá-los aos especialistas, a taxa de retorno, que mede a relação dos pacientes atendidos egressos de organizações de saúde extra Marinha e a taxa de encaminhamento do SMI ao Núcleo de assistência ao idoso da Marinha, que por sua vez mede o número total de idosos encaminhados por mês sobre o número total de usuários idosos atendidos.

Estabelecidas as diretrizes previamente explicitadas no “PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO E PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAIS” conforme demonstradas no ANEXO II, foram mapeadas com base no levantamento de estudos estatísticos, cinco especialidades mais prevalentes nos atendimentos de Clínica Médica, com domínio de baixa complexidade e boa resolutividade pelos médicos generalistas, baseando-se nos critérios dos sistemas de regulação e gestão médica em saúde, com objetivo de elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. São elas: endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia e dermatologia.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a três questões principais no atendimento pelo médico clínico:

O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?

Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Quais indicadores podem ser utilizados para avaliar o desempenho das ações implementadas?

Ao identificar os pacientes que precisam de maior celeridade no atendimento, aplicando os protocolos para o atendimento no serviço Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo o conceito de “*Gatekeeper*” estabelecido por Alpert em 1974, (GARRIDO, 2011) o médico generalista atuou com abrangência e total liberdade, para encaminhar os pacientes em caso de complexidade que ultrapasse a capacidade de gerenciamento. Identificado o problema, o médico após o devido treinamento e capacitação, precisou seguir determinados protocolos para encaminhar o usuário ao especialista, sempre levando em consideração a segurança clínica das suas decisões, além de visar o melhor e mais completo atendimento ao paciente. Tais protocolos, estão alinhados com as políticas básicas de atenção primária do Ministério da

Saúde, na sua PORTARIA Nº 1.559 DE 1º DE AGOSTO DE 2008 (BRASIL, 2014) onde prevê que, “deverão ser implementados mecanismos e instrumentos, que direcionem a atenção básica para que ela seja resolutiva, com encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência”. A atenção primária ou básica em saúde, quando bem gerida, costuma trazer segurança para o usuário, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde, atuando como instrumento de justiça social, não sendo um fim em si mesma, mas um meio para este objetivo.

Preferencialmente, o paciente deverá ser atendido pelo mesmo médico clínico desde a primeira consulta, com objetivo de criar maior pessoalidade no atendimento, fidelizando o paciente ao profissional e evitando modificações desnecessárias de conduta. O médico clínico deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionando os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Atendendo ao princípio de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o deslocamento do paciente. O preenchimento da Ficha de Referência (FR - ANEXO I) quando necessário, foi realizado pelo médico Clínico em atendimento no ambulatório de Clínica Médica, para todos os pacientes encaminhados para especialista, tanto aqueles que atuam no Hospital Naval quanto os que atendem em clínicas conveniadas (OSE). Todos os itens da FR, devem ser lançadas no PIN para registro, caso o especialista atenda no Hospital Naval de Natal (HNNa), o paciente então deveria procurar o Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) para marcação de consulta. Os pacientes com FR tem prioridade no atendimento pelos especialistas civis ou militares que atendem no HNNa, sugerindo-se que estes mantenham em suas respectivas agendas, vagas para atendimento de pelo menos 20% para encaixe de eventuais pacientes com a referida FR. Caso o atendimento a ser realizado ocorra por médico civil fora do HNNa, o atendimento ocorre de acordo com a disponibilidade do profissional procurado. Em caso de necessidade de atendimento, em prazo inferior ao disponível pelo especialista extra Marinha, o clínico que realizou o referido atendimento, deverá detalhar o motivo do encaminhamento e direcionar o referido paciente para a Divisão de Medicina, que após análise do caso, possa tomar as devidas ações, quais sejam estas com objetivo de fazer com que o paciente seja atendido o mais prontamente possível dada a gravidade ainda que potencial do quadro.

O serviço de atendimento médico ambulatorial em clínica médica, recebe pacientes de todos os níveis de complexidade, entretanto, apenas uma pequena minoria tem necessidade de concluir ou seguir com seu atendimento em serviços de alta complexidade.

Conforme demonstrado na figura 1 abaixo, a série de quadrados, representa a distribuição de uma dada população consumidora de serviços em saúde. O quadrado maior, representa a grande maioria das pessoas saudáveis, que não tem necessidade de cuidados médicos. O segundo quadrado representa os usuários, com algum problema de saúde que terminam não procurando atendimento médico, quer seja pela auto medicação, ou dificuldade de acesso à saúde de baixa complexidade e elevada resolutividade, em ambos casos, comportamento muito comum na sociedade brasileira. Tal fato contribui para atrasar a chegada do usuário no primeiro atendimento médico, contribuindo para diagnósticos mais tardios que além de requerer maior complexidade, são mais onerosos financeiramente com longos períodos de internação.

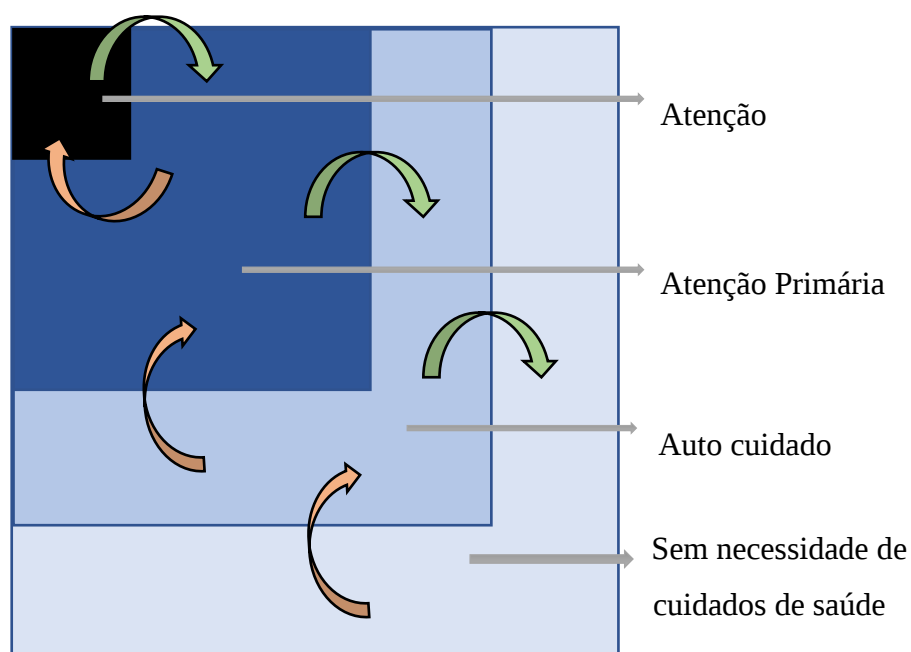


FIGURA 1 – Relação entre a Atenção Primária em Saúde e outros níveis de cuidados em saúde (Adaptado de Green L., Fryer G., Yawn B., Lanier D. and Dovey S. (2001). *The ecology of medical care revisited*. *New England Journal of Medicine*, 344 (26) pp 2021-5.)

Este grupo frequentemente requer somente orientação de hábitos saudáveis como correção dos fatores de risco, redução do peso, cessar o tabagismo entre outros. No terceiro quadrado estão representados, os usuários foco do presente estudo. Eles procuram a atenção primária, com alguma demanda, que julgam em sua maioria ser de domínio do especialista. Após avaliação e estratificação, eles poderão ser referenciados para o nível acima, ou encaminhados para o controle dos fatores de risco e acompanhamento no próprio serviço de medicina básica ou atenção primária em saúde. Como pode ser observado na figura 2, o quadrado preto representa de forma visual que apenas 20% dos pacientes da atenção primária necessitam de atenção especializada. O encaminhamento para níveis maiores em complexidade deverá ocorrer, sempre com o uso de formulário de encaminhamento onde o médico que solicita o atendimento detalha por escrito os motivos do parecer ou consulta e o retorno do paciente fica condicionado à devolução da contra referência com os dados clínicos e conduta proposta. Este tipo de comunicação em alça fechada, promove mais segurança para o usuário e permite a troca de experiência entre um nível e outro.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção, teve por finalidade, interferir positivamente na realidade do processo de agendamento e utilização de serviços de atendimento médico no ambulatório de clínica médica do Hospital Naval de Natal. Nem todos os países adotam este sistema de gerenciamento de atenção básica à saúde, porém, esta metodologia tem se aperfeiçoado nos últimos anos, ganhando espaço no Brasil, a partir das determinações do Ministério da Saúde. Com o objetivo de auxiliar os gestores na aplicação do Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (PROESF), em municípios acima de cem mil habitantes, esta metodologia vem demonstrado efetividade na melhoria das condições de saúde global principalmente em grupos menos desfavorecidos.

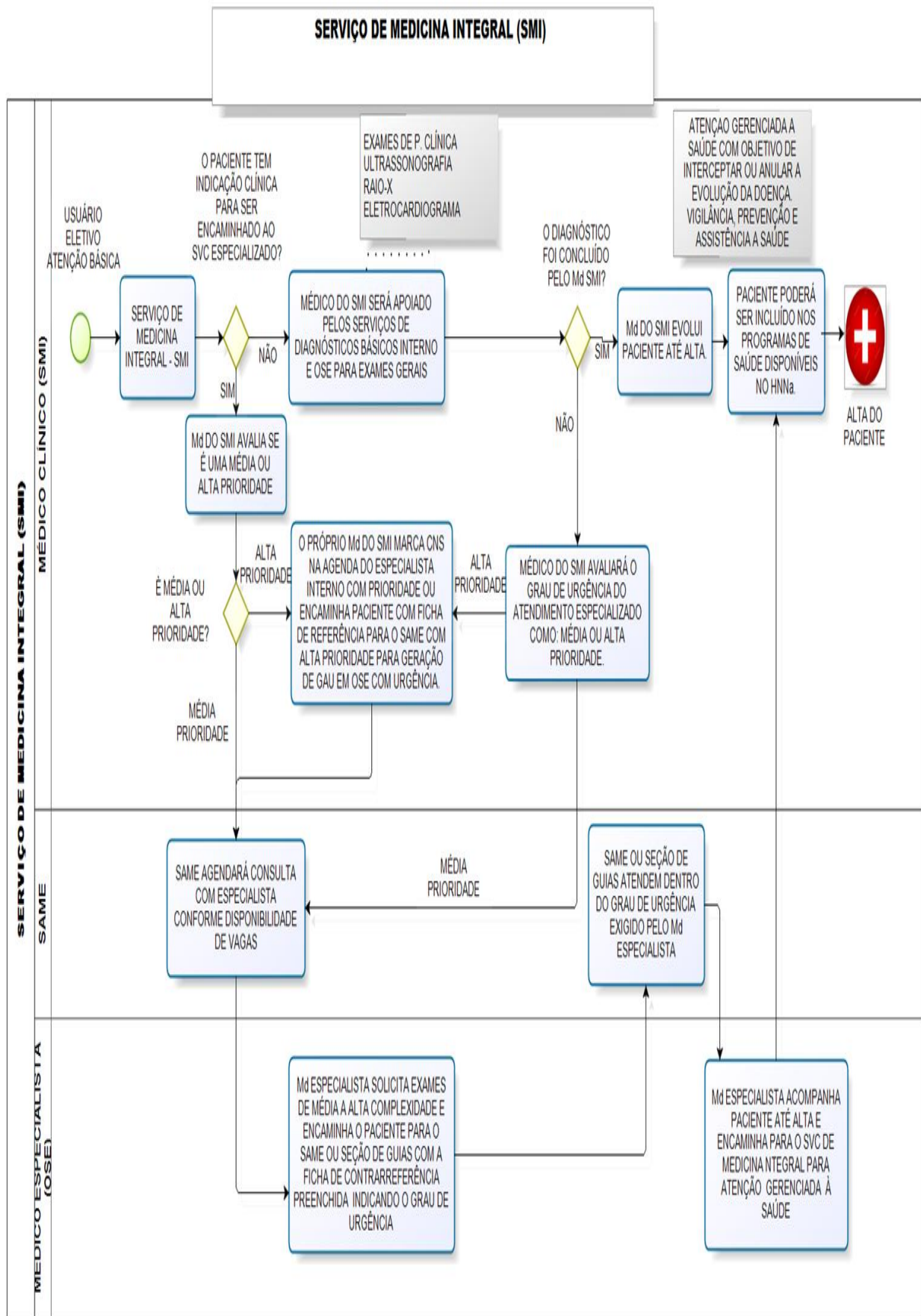


FIGURA 1 – Fluxograma de funcionamento geral do Serviço de Medicina Integral

A Divisão de Medicina juntamente com o setor de credenciamento do Hospital, incentivaram a divulgação do fluxo descrito na Figura 1, demonstrando que na atuação em conjunto os setores operacionais e administrativos, permitem maior e mais rápido acesso ao médico generalista, padronizando os atendimentos, facilitando a realização de exames e entre outras coisas, permitindo que ao término da consulta, o paciente já teria a consulta de retorno aos médicos credenciados externos, com objetivo de esclarecer, que os protocolos aqui propostos, são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes, quanto se constituem como referência, que modula a avaliação das solicitações pelos médicos generalistas, sendo sua adoção necessária por todos os envolvidos.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O elevado número de consultas com especialistas, e a falta de acompanhamento das condições de saúde dos usuários do sistema de saúde da Marinha foi o motivo norteador para iniciar os trabalhos ainda em 2017. A ausência de protocolos, foi a causa que tornava o atendimento médico, um jogo sem critérios técnicos, onde a visão particular do médico poderia prevalecer sobre a necessidade ou segurança do atendimento. A necessidade do retorno do paciente ao serviço para gerar guias de atendimento externo, acrescido ao fato do elevado número de solicitação de exames muitas vezes desnecessários contribuiu para o aumento dos custos em saúde sem necessariamente melhorar a acurácia diagnóstica ou resolutividade do serviço.

O Ministério da Saúde, (BRASIL, 2015c) no uso de suas atribuições, editou em 01 de outubro de 2015, a Portaria nº 1631 que estabeleceu os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde. Esta Portaria entre outras determinações, definiu os critérios de atendimento para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, compondo quase a totalidade do atendimento de um serviço de medicina básica. Um dos critérios utilizados, para estabelecer o número de atendimentos de consultas médicas especializadas por grupo populacional, indica que em uma dada população, o número de consultas ambulatoriais deverá ser de 2 a 3 consultas por habitante por ano.

No ano de 2017 foram realizadas 1867 consultas de clínica médica, no serviço de livre demanda de atendimento médico, então à ocasião chamado de Serviço de Pronto atendimento. O paciente procurava este serviço e solicitava as guias que são, uma autorização por escrito

para receber um atendimento médico especialista. Este atendimento quando realizado utiliza-se da referida guia para honrar o compromisso de pagamento pelos serviços prestados pelo médico especialista. O paciente poderia solicitar quantas guias fossem necessárias conforme sua consciência julgasse necessário. Neste mesmo ano foram emitidas 19.494 guias de consultas para atendimento externo, perfazendo mais de 10 consultas com especialista para cada consulta de clínica médica. Esta relação está totalmente em desacordo com as recomendações do Ministério da saúde que é de aproximadamente 2 consultas para cada 10 atendimentos de clínica médica. Apesar dos números desfavoráveis, nos dois anos seguintes houve aumento progressivo de consultas disponibilizadas, tendo no ano de 2019 o número de consultas em clínica médica saltado para 10.551 onde destas houve uma redução para 18.290 encaminhamentos externos. Em que pese não ter havido redução significativa, pode ser observado no Gráfico I que progressivamente a distância entre o número de consultas o número de guias vem se tornando cada vez menor.

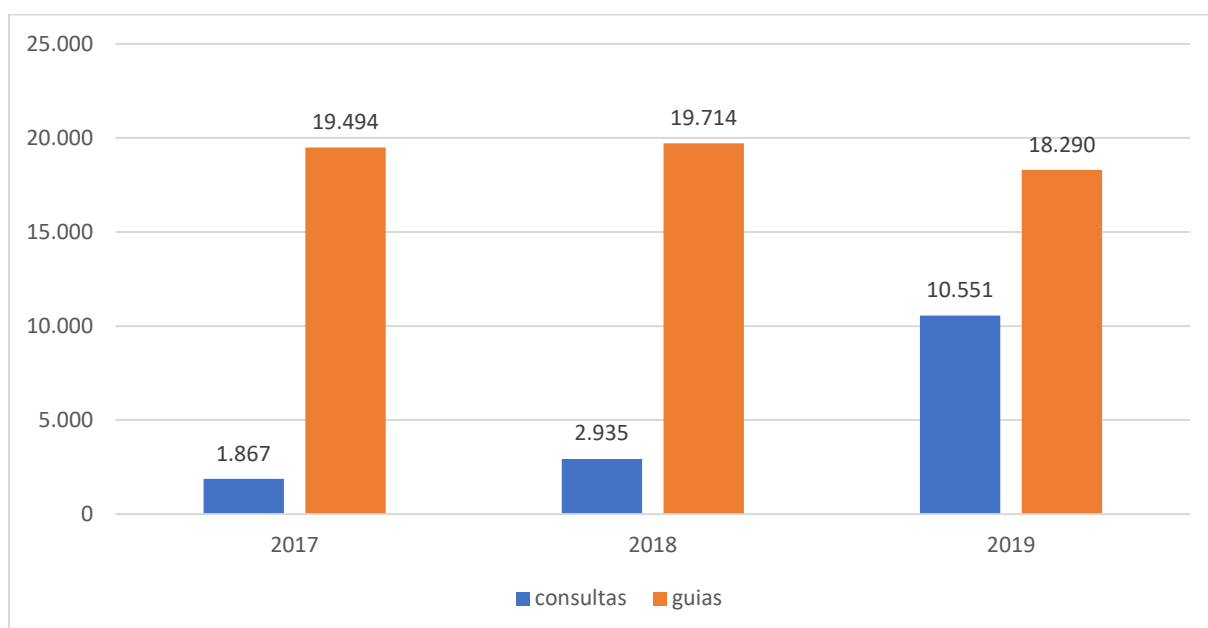


Gráfico I – Consultas de Clínica Médica e Guias externas por ano.

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA

O maior desafio a ser vencido, é ultrapassar a questão cultural do paciente, que acredita que está mais bem acompanhado, quanto mais especialista for o médico, esta assertiva tem se mostrado cada vez mais incorreta em um país cujo sistema de saúde carece de atenção básica, com mazelas sociais e incapacidade de garantir o mínimo de acesso aos recursos mais simples.

Nascido “premature” ainda sem qualquer documento norteador no ano de 2017, teve como objetivo primário dar qualidade ao atendimento dos médicos generalistas, no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Naval de Natal (SPA). O Hospital Naval de Natal como a maioria dos Hospitais Distritais, não possui especialistas militares em número suficiente, sendo assim, os usuários do Sistema de Saúde que julgam a necessidade de atendimento pelo especialista, tem que recorrer aos médicos civis em unidade autônomas, chamadas de Organização de Saúde Extra-MB (OSE), havendo perda do controle gerencial do tratamento proposto. Frequentemente, após longos períodos de consultas e processos de investigação, o paciente não tem sequer diagnóstico estabelecido ou solução definitiva para sua demanda, uma vez que está fora do alcance dos mecanismos de auditoria e controle da Diretoria de saúde da marinha (DSM). As vezes após uma consulta inicial, o paciente demorava para realizar os exames de imagem e laboratoriais, ultrapassando 30 dias previstos em edital para retorno da consulta com o especialista, gerando o pagamento de uma nova consulta, duplicando os custos por paciente por atendimento.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: Elevado número de consultas com especialistas no Hospital Naval de Natal.

Descritor 1: 18.290 guias de encaminhamento externo à especialistas geradas durante o ano de 2019

Indicador: Número médio de guias de encaminhamento externo por usuário

Meta 1: Reduzir em 30% o número de consultas com especialistas por ano.

Resultados alcançados/esperados: Redução do número de consultas com especialistas médicos externos.

Causa crítica: Ausência de Diretrizes clínicas e protocolos na Atenção Primária em saúde.

Forma de Cálculo: $NTCE = NTC \times 22,3 / 100$

NTCE: Número total de consultas Especializadas

NTC: Número total de consultas

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Mapear as 5 clínicas ou serviços de atendimento ambulatorial especializado que mais demandam encaminhamentos externos	Levantamento de dados estatísticos	Clínicas Mapeadas (endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia e dermatologia)	Janeiro de 2019	SC Diógenes
Realizar palestras com médicos especialistas sobre temas de relevância na formação do médico generalista	Auditório com vídeo projetor e computador e profissional especialista.	10 palestras realizadas com melhoria da capacidade de gerenciamento de patologias de baixa complexidade.	Fevereiro a março de 2021*	CC (Md) Nelson
Visitar médicos credenciados dos serviços especializados sobre o preenchimento da guia de referência e contra referência dos pacientes atendidos.	Humanos	Médicos visitados periodicamente e esclarecidos sobre a importância de seguir o fluxo proposto.	Visitas semanais* periódicas	1 Ten (Md) Vítor
Criar fluxo para reduzir o tempo máximo de autorização de exames	Humanos	Reduzido o tempo máximo de autorização de exames de baixo custo.	Agosto de 2019	SC July

Tabela II – Matriz de Programação

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto, é realizada sob supervisão do Departamento de Medicina com atuação direta do CC Md Nelson, e a execução do atendimento realizada pelos médicos generalistas do Serviço Militar Obrigatório de cada ano. Os dados estatísticos são tabulados e disponibilizados pelo SAME após envio para análise da Diretoria de Saúde da Marinha, sendo acompanhados mensalmente. Foram realizados treinamentos de capacitação no mês de fevereiro, quando são divulgados os protocolos e objetivos do serviço. Ao longo do ano, são realizadas mais três reuniões, para corrigir os rumos, demonstrando com estudos de casos a importância do serviço para a vida dos pacientes. A conclusão das ações aqui apresentadas, não avançou significativamente, em decorrência da Pandemia de Corona vírus que teve início em fevereiro de 2020, paralisando temporariamente o atendimento ambulatorial. O objetivo poderia ter sido alcançado pelo menos em parte, sendo estabelecidas novas metas com melhoria dos processos. No ano de 2021, o estabelecimento de novas ferramentas de aferição de dados estatísticos, a redução do absenteísmo, com uso de ferramentas de redes sociais para confirmação remota de consultas, programas de conscientização dos usuários sobre a importância do comparecimento da consulta agendada, poderão catalisar resultados esperados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2017 foram realizados 1.867 atendimentos, havendo um aumento para 2.935 atendimentos em 2018 chegando a 10.551 em 2019. O aumento do número de atendimentos foi possível após estabelecimento das seguintes ações:

1. Aumento do número de 01 para 4 médicos em atendimento, com padronização da agenda de atendimento com número mínimo de pacientes;
2. Definição de um ambiente confortável com sala de espera e secretária para atendimento dos usuários;
3. Criação de um fluxo para direcionamento do paciente, com liberação em até três dias de exames de baixo custo solicitados pelo médico clínico do SMI;

4. Esclarecimento e educação do paciente com campanhas para compreender que o atendimento com médico generalista é mais resolutivo, reduzindo o tempo entre a consulta inicial e o retorno ao consultório.

Apesar do substancial aumento do número de pacientes agendados, não houve proporcional aumento do número de guias emitidas ou geradas em igual período. Na verdade, houve redução do número de guias de encaminhamento externo da ordem de 1.424 guias comparando-se o ano de 2018 com o ano de 2019. Entretanto vale ressaltar que, ao custo médio atual previsto em edital por consulta com especialista, no valor de R\$ 109,00, a redução deste número de consultas, representa uma economia de pouco mais de 150 mil reais por ano. Em sua plenitude, após estabelecimento de ferramentas de medição e indicadores estatísticos com maior acurácia, o estabelecimento das diretrizes poderia reduzir para o valor desejável em até 30 % de pacientes encaminhados para o total de pacientes atendidos.

O número total de consultas com médicos especialistas deveria estar próximo de 2.357 consultas, considerando o ano de 2019 como referência. Neste mesmo ano foram geradas 18.290 guias externas, apesar deste valor estar quase 8 vezes o esperado, vale a pena salientar que o sistema de autorização de guias não permite separar as guias geradas por clínicos daquelas geradas por outros médicos especialistas, sendo assim, não há como confirmar que a totalidade de guias ou encaminhamentos externos foi somente do serviço de atendimento básico em clínica médica. Para corrigir este erro na coleta de dados estatísticos, foi proposto e aceito que, as guias encaminhadas pelos médicos do Serviço de atendimento básico em saúde, também conhecido como Serviço de Medicina Integrada, teriam em 2021 análise estatística em separado. Pela característica dos usuários do sistema de saúde no Hospital Naval de Natal, estima-se que para cada paciente que aderente ao ambulatório do Serviço de Medicina Integral ocorra redução de pelo menos 3 consultas por usuário por ano.

Finalmente, a recomendação de Diretrizes de Prática Clínica é uma importante orientação para auxílio na tomada de decisão, devendo ser contextualizada, considerando perspectivas e valores individuais além de recursos locais disponíveis. Desde 2017, foi observado que o uso de diretrizes de Práticas clínicas e protocolos, tem ofertado serviço de atendimento médico de atenção básica à saúde de qualidade, onde o paciente tem melhor acompanhamento por parte do clínico geral, adicionalmente uso de protocolos, aliado ao treinamento do pessoal envolvido, demonstrou aumento do número de atendimentos realizados em quase 6 vezes o número prévio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL (2012a). Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar**. Rev3-Mod5. Rio de Janeiro, 2012

BRASIL (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012, 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 21abr. 2017.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014, 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab35>> Acesso em: 24set. 2017.

BRASIL (2015b). Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual de Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015

BRASIL (2015c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Critérios e Parametros para o Planejamento e Programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html> Acesso em: 20 nov.2019.

BRASIL (2020b). Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2010: Normas para o Atendimento em Saúde de Baixa e Média Complexidade**. Rio de Janeiro, 2020

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.

Declaração de Alma-Ata. URSS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 28abr. 2017.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Serviços de Saúde:** Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14249/1/Ines%20Dorado.%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.%202011.pdf>> Acesso em 23 set. 2020.

GARRIDO, M. V.; ZENTNER, A.; BUSSE, R. **The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature.** Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 29, n. 1, p. 28-38, 2011. Disponível em: . Acesso em: 27 nov. 2020.

GEVA GREENFILED, KIMBERLEY FOLEY, AZEEM MAJEED. **Rethinking primary care's gatekeeper role.** BMJ. 2016 Sep 23;354:i4803. doi: 10.1136/bmj.i4803.

SANDERS D, BAUM FE, BENOS A, et al. **Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system now more than ever.** J Epidemiol Community Health 2011;65:661e5.

SRIPA, P., HAYHOE, B., GARG, P., et al. **Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review.** The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 69(682) (2019), e294–e303. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002, 726 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 25fev. 2017.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

ANEXO I

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL
DIVISÃO DE MEDICINA

FICHA DE REFERÊNCIA – FIR

Hospital Naval de Natal para a clínica de:

Prezado (a) Dr.(a)

Nome do usuário: _____ Idade: _____ Sexo: _____

NIP: Dependente de :

Prioridade: Alta: Média: Baixa:

História clínica:

H. D.: _____

Data: ____/____/____ Médico: _____

Obs.: Caro colega, retornar a ficha pelo próprio usuário/portador.

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA – FICOR

Nome do usuário: _____ NIP: _____

Da clínica de: _____ para Hospital Naval de Natal

Clínica especializada: _____ diagnóstico / CID: _____

Conduta / terapêutica: _____

Sugestões ou
orientações _____

Retorno do paciente: _____ dias; _____ mês(es); _____ ano(s) à clínica especializada.

Data: ____/____/____ Médico: _____

Assinatura/Carimbo

ANEXO II**MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL
DIVISÃO DE MEDICINA****PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO**

REVISOR: Chefe da Divisão de Medicina

Revisado em: fevereiro de 2018

ESPECIALIDADE: ENDOCRINOLOGIA

MOTIVOS MAIS COMUNS –

Diabetes tipo I-Encaminhar todos os pacientes para que sejam acompanhados pelo especialista.

Diabetes tipo II- Manter o controle no Ambulatório de Clínica Médica para os pacientes em uso de hipoglicemiantes, bem controlados, sem comorbidades e complicações.

Encaminhar TODAS as Gestantes e TODOS os pacientes tipo II com dificuldade de controle.

Observações: Ressaltamos a necessidade de aferição das glicemias capilares para diabético principalmente tipo I constando HORA E DATA.

Encaminhar sempre com exames de glicemia de jejum e HBA1C (hemoglobina glicada) além de quaisquer exames já realizados (insulina, fundo de olho, anti-GAD, microalbuminária, peptideo C, creatinina, etc). –

Doença da Tireóide: Observar necessidade de exames de imagem e outros laboratoriais

Encaminhar sempre com exames de TSH e T4 livre, e quaisquer exames já realizados (T3, TRAB, Anti – TPO, Ultrassom e outros).

Quando suspeitar de hipotireodismo, solicitar TSH e T4 livre, atenção para discordâncias do laboratório com as condições clínicas dos doentes, repetir os exames na ausência de sintomas ou sinais clínicos incompatíveis com o laboratório.

Primariamente o hipotireodismo deve ser tratado no Ambulatório de Clínica Médica, com ajustes na dose de levotiroxina.

Encaminhar todos os casos de Hipertireoidismo.

- Obesidade

Iniciar tratamento (dieta e atividade física regular) no ambulatório de clínica médica, caso não seja evidenciada qualquer sinal clínico de obesidade secundária. Quando decidir encaminhar, enviar relatório constando a avaliação clínica e exames complementares .

Observações: - Encaminhar para o especialista e Nutricionista os casos de obesidade grau I com comorbidades, grau II e grau III lipidograma, glicemia e insulina de jejum e pós prandial, ácido úrico, hemograma, TSH, hepatograma, creatinina.

Para grau II e III realizar exame de cortisol após dexametasona. - Quando encaminhar, citar o motivo e qual a conduta desejada (nutrição, cirurgia bariátrica, outros). –

Alterações no Crescimento:

Encaminhar paciente com curva de crescimento com acompanhamento de no mínimo seis meses, com pelo menos duas medidas feitas pelo mesmo examinador e relato de peso / estatura

atual e dos pais. Além disso, realizar sempre exame de EPF, hemograma, urina rotina e rx punho E, pois o mesmo deve ser encaminhado após exclusão de patologias mais comuns: parasitoses, anemia, ITU, fator carencial / desnutrição e hipotireodismo.

Cuidados na avaliação:

Aparecimento de sinais puberais com idade MENOR de oito anos nas meninas e MENOR de nove anos nos meninos.

- Avanço de idade óssea > 2 anos em relação à idade cronológica.
- Velocidade de crescimento < 4-6 cm/ano.
- Avanço rápido e progressivo dos caracteres sexuais.
- Prognóstico de estatura fora do canal de seus pais.

Solicitar exame complementar Igf-1 e Igfbp-3

Telarca e Pubarca Precoces

História sucinta constando a descrição dos caracteres sexuais secundários: pêlos, mamas e em outras partes levando-se em conta que telarca e pubarca após os nove anos é considerado normal.

Disfunção das Glândulas Supra- Renais

Qualquer paciente com suspeita deve ser encaminhado: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, hiperpigmentação de mucosas, amenorréia, anorexia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

Distúrbios do Cálcio:

Osteoporose confirmada ou alterações do cálcio em exames complementares (Cálcio iônico, Cálcio Total, Urina Rotina, TSH e outros). Evidências de fratura clínica em maiores de 40 anos em homens e mulheres ou patológica em qualquer idade devem ser encaminhados.

Dislipidemias:

Alterações do colesterol e triglicérides resistentes a tratamentos convencionais devem ser encaminhados com Hemoglobina glicada, PCR-us, ultrassom abdominal total.

Reposição Hormonal da Menopausa, Distúrbios da Menstruação e Andropausa:

Disfunção sexual, cansaço, diminuição da força muscular em homens, alterações em exames ou sinais e sintomas característicos em ambos os sexos, devem ser encaminhados para investigação e tratamento.

Excesso de Pêlos:

Alterações em mulheres devem ser investigadas;

Doenças da Hipófise:

Presença de leite em mamas fora do período de amamentação, distúrbios da visão, dores de cabeça, aumento do número do sapato e alterações de face devem ser encaminhados;

Exames mínimos necessários: glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, Prolactina, TSH, Creatinina e urina rotina, ou complementares de acordo com a hipótese.

Exames complementares necessários para suspeitas de:

Cushing: Glicemia, hemograma, Na e K plasmáticos, cortisol sérico e urinário, ACTH, Rx de crânio, ultrassonografia da adrenal.

Addison: Na, K, glicemia, cortisol sérico e urinário.

Hiperandrogenismo: Testosterona, FSH, LH, K urinário, 17OH progesterona, Prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, USG;

Hiperaldosteronismo: Aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, Na, K, relação Aldo/APR (atividade plasmática de renina);

Neoplasias hipofisárias: Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH.

Hiperprolactinemia: dosagem de prolactina e prova de função tireoidiana. Examinar as mamas para evidencia de galactorreia

Supra-renais e hipófise: revisão laboratorial bioquímica e hormonal.

Observação: Os agendamentos das primeiras consultas deverão ser realizados mediante exames já citados atualizados (máximo três meses).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

1) Prioridade I (Alta)

- a) Todos (as) pacientes com Diabetes tipo I;
- b) Diabetes gestacionais;
- c) Diabetes Mellitus em criança;
- d) Diabetes tipo II de difícil controle: Diabetes mellitus tipo II de alto e muito alto grau de risco, os quais incluem casos como internações, complicações, acometimento de órgãos-alvo ou controle glicêmico muito ruim - HBA1C maior que 9, especialmente se em uso da insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização inadequada; usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300mg/dl).

Diabéticos com baixa de acuidade visual repentina. Usuários com Diabetes Mellitus tipos I e II com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar confirmada e/ou alterações na avaliação vascular dos pés

- e) Diabetes Insipidus;
- f) Hipertireoidismo descompensado e/ou não responsivo ao tratamento medicamentoso.
- g) Tumefação/nódulo tireoidiano aguda/recente
- h) Distúrbios osteometabólicos;
- i) Doença de Basedow-Graves;
- j) Suspeita de neoplasia em órgãos ou sistemas Endócrinos;
- k) Genitália ambígua;
- l) Puberdade Precoce;
- m) Patologias de Glândulas Supra-Renais;
- n) Feocromocitomas;
- o) Hipoparatiroidismo / Hiperparatiroidismo;
- p) Disfunções hipofisárias;
- q) Acromegalia;
- r) Hipotireoidismo central;

- s) Nódulo tireoidiano;
- t) Bócio com compressão do trato respiratório;

2) Prioridade II (Média)

- a) Telarca e Pubarca precoce (antes de 08 anos);
- b) Hiperprolactinemia;
- c) Hiperaldosteronismo Primário;
- d) Hipoglicemia;
- e) Hipertireoidismo sem complicações;
- f) Hiperplasia congênita de Supra-Renal.

3) Prioridade III (Baixa)

- a) Alterações de crescimento;
- b) Obesidade de difícil controle e necessidade de medicação e/ou indicação cirúrgica (obesidade grau 1 com comorbidades, grau 2 e grau 3);
- c) Obesidade infantil e dislipidemia;
- d) Dislipidemia de difícil controle em adulto;
- e) Síndrome Metabólica;
- f) Disfunções tireoidianas subclínicas ou nódulo antigo;
- g) Bócio (>6 meses), exceto se compressão do trato respiratório;
- h) Puberdade retardada;
- i) Ginecomastia;
- j) Hirsutismo