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

Ana Clélia Büchler

RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO MÉDICO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTEGRAL NA POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Rio de Janeiro
2020

Ana Clélia Büchler

RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO MÉDICO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTEGRAL NA POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Márcia Cristina Cid Araújo

Rio de Janeiro

2020

Ana Clélia Büchler

RESOLUTIVIDADE NO ATENDIMENTO MÉDICO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTEGRAL NA POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Nome, Instituição

_____

Nome, Instituição

_____

Nome, Instituição

Ao meu pai, Vitomir Büchler, in memorian.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter chegado até aqui e por mostrar-se presente na minha vida em todos os momentos.

À minha mãe por estar presente e me apoiar sempre.

Ao meu companheiro Paulo Roberto J. Girdwood da Costa pelo apoio, carinho, dedicação e incentivo.

À minha orientadora, Marcia Cid pelo incentivo, orientações e por acreditar que seria possível a realização deste trabalho.

À Marinha do Brasil por me proporcionar este curso.

Aos meus chefes da Policlínica Naval de Campo Grande pela paciência, incentivo e por permitirem o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio e incentivo.

O líder, diante de um problema, não perde tempo buscando culpados e, sim, busca soluções.

Moabe Teles

RESUMO

A Atenção Básica à saúde é a porta de entrada dos usuários ao Sistema de Saúde da Marinha. E, portanto deverá funcionar de forma eficiente, com qualidade e compromisso tanto da equipe multidisciplinar quanto dos pacientes em fidelizar-se ao serviço. Ela é a chave que irá abrir as portas quando necessário o alcance de um especialista com brevidade para um atendimento especializado, ou mesmo uma transferência para o Hospital Naval Marcilio Dias (Nível Terciário) e, também atuará de forma a promover ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Na PNCG funciona um Serviço de Medicina Integral desde 2014 e desde então vem sendo observado um elevado número de encaminhamentos às especialidades médicas, configurando um modelo de atendimento prestado ao usuário de forma fragmentada por especialidades. Diante dessa observação foi elaborado pela autora um projeto de intervenção que objetivou a organização da demanda promovendo uma maior adesão dos usuários ao SMI, criando laços de fidelização com a equipe médica.

Foi elaborado um Projeto de Intervenção com estratégias de divulgação dos protocolos médicos e educação continuada da equipe médica e, observamos diminuição do número de pacientes encaminhados a especialistas de 42 % para 26% e uma maior adesão do usuário ao serviço, verificado através do aumento do número de pacientes absorvidos de 58% para 70%. O trabalho ainda está em desenvolvimento.

Palavras-chave: Atenção Básica à saúde. Atenção de forma Integral. Resolutividade. Novo SMI.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Policlínica Naval de Campo Grande	11
Figura 2	Organograma - atendimento clínico ambulatorial	12
Gráfico 1 –	Número de pacientes atendidos no SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020	21
Gráfico 2 –	Taxa mensal de absorção de pacientes pelo SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020	22
Gráfico 3 –	Percentual mensal de encaminhamentos às especialidades nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020	22
Gráfico 4 –	Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em agosto	23
Gráfico 5 –	Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em setembro	23
Gráfico 6 –	Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em outubro	24

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CCSMI - Centro de Coordenação do Serviço de Medicina Integral

CMAM – Centro Médico Assistencial da Marinha

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

GSMI – Gerente do Serviço de Medicina Integral

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

NAIM – Núcleo de Atendimento ao Idoso da Marinha

OM – Organização Militar

PNCG – Policlínica Naval de Campo Grande

SAME- Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SEP – Serviço de Estabilização de Pacientes

SMI – Serviço de Medina Integral

SMO – Serviço Médico Obrigatório

SSM – Serviço de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

VES -13 – Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	1
1.1	OBJETIVOS	4
1.1.1	Objetivo Geral	4
1.1.2	Objetivos Específicos	4
1.2	JUSTIFICATIVA	5
1.3	METODOLOGIA	5
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	6
2.1	O ATENCÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	6
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE	9
3	**PROJETO DE INTERVENÇÃO**	11
3.1	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	13
3.2	ANÁLISE DO PROBLEMA	14
3.3	PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	15
3.4	GESTÃO DO PROJETO	21
4	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
	ANEXO A – Encaminhamento Ambulatorial	28
	ANEXO B – Encaminhamento para Procedimentos de Média e Alta Complexidade: Referência e Contrarreferência	29
	ANEXO C – Anexo B/ DSM-2010: Instrumento de avaliação do idoso – VES 13	30
	ANEXO D – Questionário de satisfação	31
	ANEXO E – Questionário de satisfação	32

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde está previsto no artigo 196 da Constituição Federal, como segue: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

> A luta pela construção de um sistema público de saúde no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e qualidade, faz parte dos sonhos e conquistas de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia. O SUS é a expressão, no campo da saúde, da aspiração de um país justo e do compromisso com a cidadania (MENDES, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS), é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 2000).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000).

Atualmente, o SUS apresenta dificuldade em atender a toda demanda. Assim, as ações de prevenção primária e secundária não ocorrem de maneira adequada, de forma que o usuário busque por serviços de emergência para solucionar questões que deveriam ser de competência da Atenção Básica. Os hospitais de grande porte, referências em traumas e grandes emergências, que trabalham com livre demanda, estão com suas emergências superlotadas de pacientes clínicos que por não conseguirem um atendimento primário efetivo tiveram seus quadros agravados e adoeceram também por ausência de prevenção ou promoção da saúde adequadas (STARFIELD, 2002).

É necessário não apenas um atendimento primário focado na prevenção de doenças e promoção da saúde, mas principalmente mudar a concepção tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes a fim de que o modelo de atendimento médico não seja centrado na ação médica especializada, que por sua vez é um modelo de atenção à saúde de alto custo e de baixa resolutividade frente aos problemas crônicos apresentados pela população brasileira. Esse modelo tende a desvalorizar o atendimento da atenção básica e de suas propostas de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (STARFIELD, 2002; MENDES,2011).

Frequentemente a mídia tem divulgado dificuldades enfrentadas pela população, que a procura para ter seus problemas de saúde solucionados. Os longos aprazamentos para consultas nos serviços de Atenção Básica e a demora ainda maior que o paciente irá enfrentar até chegar ao especialista, são divulgados de forma que este seja o principal fator gerador do agravamento ou a não solução do quadro de saúde da população (ABRAHAO, 2007; STARFIELD,2002)

Observamos que cada vez mais o usuário do Sistema de Saúde tem sido atendido de forma fragmentada, e que já se acostumou a esta rotina de fazer uma consulta em cada especialista ao invés de ter um único médico para acompanhá-lo e orientá-lo. Muitos usuários por essa questão cultural divulgada pela mídia, enxergam o médico clínico da atenção básica como um médico sem especialidade, incapaz de resolver seu problema médico e que sua função seja apenas lhe fornecer um encaminhamento para que assim possa ser atendido pelo especialista. Os próprios médicos da atenção básica muitas vezes ao encaminharem pacientes para especialistas sem uma indicação precisa, e por não se preocuparem em resolver o problema do paciente, acabam contribuindo também para esse fato.

O número de consultas realizadas por especialistas de forma desnecessária é alto. A grande procura por especialista gera gastos absurdos ao Sistema, pois trata-se de uma consulta especializada aonde serão utilizados, na maioria das vezes recursos de alto custo para investigar uma doença que poderia ter sido conduzida pelo médico da atenção básica.

Diante desse contexto o que se observa, é o aumento da procura por serviços emergenciais em busca de solução enquanto aguardam a consulta do especialista, gerando superlotação dos hospitais de grande porte cuja porta de entrada seja a emergência. Esse fato ocorre no SUS, e também no Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Segundo a DGPM-401 – Normas para assistência médico-hospitalar:

> O SSM é composto por três subsistemas: Assistencial, Médico-Pericial, e Medicina Operativa. O subsistema assistencial é responsável pela assistência médico hospitalar dos usuários do SSM e atua por meio de ações de Prevenção e Promoção de Saúde, Atenção Básica e Atenção Especializada (BRASIL, 2012).

Fatores como as ações da Atenção Básica não estarem adequadas, visto que o aprazamento para as consultas médicas em todas as especialidades estava elevado, combinado com um absenteísmo das consultas marcadas, em torno de 20%, e a superlotação do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) pelo recebimento de pacientes clínicos ambulatoriais, contribuíram para que as autoridades navais na área da saúde buscassem uma solução definitiva para essa questão.

Foi então criado o Serviço de Medicina Integral (SMI), que tem como objetivo resolver, de forma efetiva e com qualidade, as necessidades de saúde de seus usuários. Através da prevenção e promoção de saúde oferecendo um serviço de atenção primária nas policlínicas e ambulatórios navais da área do Rio de Janeiro. Esse serviço é prestado pelos Médicos do Serviço Militar obrigatório (SMO), supervisionados pelo Gerente do Serviço de Medicina Integral (GSMI) e coordenado pelo Centro de Coordenação do Serviço de Medicina Integral (CCSMI). Os médicos das equipes são devidamente capacitados para exercerem essa função.

De acordo com a OI Nº 10-41- PNCG:

> O SMI foi implantado na Policlínica Naval de Campo Grande (PNCG) em Outubro de 2019 com o objetivo de regular o fluxo de atendimento em todas as clínicas exceto Pediatria, Ortopedia, Ginecologia-Obstetrícia e Oftalmologia, promover e priorizar a Atenção Básica à Saúde na prevenção de doenças, diminuir os aprazamentos, e utilizar de forma eficiente e racional os recursos remetidos ao SSM (PNCG, 2020).

O planejamento e organização do sistema de serviços de saúde nas redes assistenciais das policlínicas têm como objetivo reduzir custos desnecessários, usar os recursos disponíveis da melhor forma possível, evitando-se o desperdício e usando-os na sua capacidade máxima. Além de oferecer um serviço de qualidade ao usuário.

A dinâmica desse novo modelo de atendimento no SMI permite que o usuário seja atendido prontamente ao chegar nas unidades e que tenha sua queixa solucionada da forma mais adequada possível pelo médico da atenção básica. Ao SMI caberá acolher o paciente, ouvir suas queixas, conduzir a conduta médica, acompanha-lo durante todo o processo de resolução daquele agravo que o fez procurar o serviço médico da PNCG. E também inserir esse usuário nos programas de saúde dos quais ele necessitar, visando promoção da saúde. Enfim, temos um longo desafio pela frente: Mudar a concepção dos médicos e usuários de que o SMI seja a peça fundamental para que o SSM funcione com excelência.

As principais características do atendimento realizado pelo médico da atenção básica no SMI são (DSM 2010):

a) atendimento por livre demanda, ou seja, não tem aprazamento;
b) atendimento médico continuado pelo mesmo profissional, permitindo fidelização do usuário ao médico;
c) alta resolutividade (resolução em 75% das queixas trazidas ao médico pelo usuário);
d) baixo número de encaminhamentos as especialidades médicas (cerca de 25% dos casos) e absorção de usuários em 75%;

e) o médico da atenção básica irá atuar na prevenção de doenças e seus agravos, orientando os pacientes e encaminhando-os aos programas de saúde existentes. (DSM2010)

O trabalho realizado foi organizado em quatro tópicos. No primeiro tópico, denominado Introdução, realiza-se uma síntese geral a respeito do tema a ser abordado nos tópicos subsequentes, os objetivos (geral e específicos) que se pretende atingir, a justificativa e a metodologia utilizada.

No segundo tópico apresenta-se o referencial teórico que descreve os Princípios do SUS, uma breve sinopse do NAIM, o conceito de Atenção Básica e sua importância na forma de atendimento ao usuário, que deixa de ser fragmentada por especialidades médicas e passa a ser Integral, embasando um conceito teórico na proposta do projeto.

No terceiro tópico, mostra-se o projeto de intenvenção, realizando uma descrição e análise da situação problema apresentada pela PNCG, apresentação da programação das ações a serem adotadas e da gestão do projeto.

No quarto tópico apresentam-se as conclusões finais a respeito da aplicabilidade dos princípios do SUS na PNCG e seus resultados.

O projeto proposto visa melhorar a resolutividade da Atenção Básica na PNCG, mudando a forma de atuação do médico da Atenção Básica que passará a atuar de forma integral, fidelizando o paciente ao novo Sistema de SMI adotado na OM. Esperamos que os usuários sintam-se acolhidos e tenham seus problemas de saúde conduzidos de forma adequada, integralizada.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Qualificar o SMI da PNCG, tornando-o resolutivo de forma a aumentar a adesão do usuário ao novo modelo de atendimento de Atenção à saúde oferecido.

1.1.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

a) Ter resolutividade para absorver 75% dos usuários que procuram atendimento clínico no SMI;

b) Diminuir o número de encaminhamentos aos especialistas da rede terciária (HNMD)

c) Reduzir o número de encaminhamentos aos especialistas às Policlínicas e Ambulatório Naval

d) Promover Educação Médica continuada dos médicos e incentivar a adesão destes aos protocolos existentes (DSM 2010)

1.2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, observamos até hoje um modelo de atendimento fragmentado por especialidades, embora na teoria muito se tem feito para que a saúde seja integral. Para tanto é necessário mudar a visão da equipe multidisciplinar como um todo, fortalecer a fidelização do paciente com o médico da atenção básica, estreitar laços de cuidados com os pacientes a fim de que os mesmos sintam-se cuidados e amparados. Um Serviço Médico que tem sua Atenção Básica resolutiva irá proporcionar a redução dos agravamentos das doenças crônicas, redução do número de encaminhamentos a consultas com especialistas com a consequente absorção pelo sistema, de um maior número de usuários além de redução do número de internações, de forma a minimizar gastos em saúde, provendo saúde ao alcance de todos.

O SSM possui um alto número de pacientes com doenças crônicas portanto, necessitam - se modificações na forma de abordagem e o SMI tem como proposta fornecer um atendimento integral do paciente.

O SMI deveria ter uma resolutividade em torno de 75% dos pacientes atendidos e encaminhando 25% às especialidades (os casos mais complexos, pacientes cirúrgicos). Porém, o que se observa é um grande fluxo de pacientes sendo encaminhados às especialidades, e, agora, com a reabertura, observamos também a demanda reprimida de pacientes que já tinham encaminhamentos médicos e que irão engrossar ainda mais as agendas das especialidades, devido o cancelamento do serviço, desde o início da pandemia COVID-19.

1.3 METODOLOGIA

Considerando o objetivo geral deste projeto, realizou-se de forma associada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

As principais etapas do projeto foram:

a) pesquisa da literatura sobre o tema;

b) levantamento documental através da análise das estatísticas que são realizadas e encaminhadas ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), nas quais constam a frequência de atendimentos do SMI da PNCG;
c) proposição de criação de um programa de fidelização do usuário.

Assim, o trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção desenvolvida após coleta de dados estatísticos do SMI da PNCG, que identificou a existência de irregularidades que atrapalhavam seu funcionamento adequado.-

A pesquisa de intervenção foi realizada a fim de identificar e explicar os problemas encontrados e propôs desenvolver ações visando corrigir tais problemas existentes. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de publicações, livros, Ordens Internas, artigos a respeito do tema Atenção Básica e seu funcionamento nos serviços que o possuem, a fim de embasar em um referencial teórico bem como propor ações para melhoria do funcionamento do SMI da PNCG, cujo serviço é focado na Atenção Básica.

O problema foi identificado após o levantamento de dados estatísticos, que apresentou um elevado número de pacientes clínicos encaminhados às especialidades médicas por meio de guia simples de encaminhamento e foi realizado levantamento das causas dos problemas identificados e as causas críticas que foram objeto do projeto de intervenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENCÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawnson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. No entanto, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos

seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Nos anos 70, programas nesta linha passaram a ocupar o espaço de ação governamental, sendo remetidos ao campo de competências dos serviços de saúde e à organização de suas ações. É desta forma que a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras desta proposta (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata em 1978 expressou por meio de uma Declaração a necessidade de ação urgente de todos os governos e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Nesta conferência reafirmou-se que saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. E foram declarados que: A saúde é um direito humano fundamental; A desigualdade existente no estado de saúde dos povos é inaceitável e constitui uma preocupação comum de todos os países; A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o continuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial; Os governos são responsáveis pela saúde de seus povos e a meta social dos governos é que até o ano 2000 todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva; Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que esta meta seja atingida; Estes cuidados de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos , da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares aonde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde; Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores; E por fim que todos os países devem cooperar para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos pois beneficiam diretamente a todos. Esta Conferência internacional exorta os governos, a OMS e todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar apoio técnico e financeiro particularmente nos países em desenvolvimento (Declaração Alma-Ata Sobre Cuidados Primários). Esta declaração foi aprovada pela OMS em 1979 (STARFIELD, 2002).

De acordo com a OMS são necessários um conjunto de princípios para que a Base da Atenção Primária seja construída nos serviços de saúde. E os sistemas de saúde que adotam esses

princípios como estratégia de organização do serviço de saúde obtêm melhorem resultados (ABRAHÃO, 2007; STARFIELD,2002)

Definição de Atenção Primária pela OMS:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possa arcar em cada estagio de seu desenvolvimento, um espirito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país do qual é função central, sendo o enfoque principal de desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local aonde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002).

Todos os países tentaram reorganizar seus serviços de saúde voltados para atenção primaria, mas nem todos conseguiram estruturar uma atenção primaria nos padrões definidos pela OMS (ABRAHÃO, 2007).

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil vem construindo Bases para o surgimento de um Sistema Único de Saúde que fosse universal, integral e equânime. (STARFIELD, 2002; MENDES,2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2020a), no Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo.

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como (BRASIL, 2017, p. 02):

> A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

São princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na Portaria da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017):

a) Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade;e

b) Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Starfield (2002) descreve que de acordo com OMS são necessários um conjunto de princípios para que a Base da Atenção Básica seja construída nos serviços de saúde. Através da Carta Lubliana são propostos como deveriam ser os Sistemas de Atenção Básica:

a) possuir valores de dignidade humana;
b) ser direcionados para promoção da saúde;
c) ser centrado nos usuários, de forma que estes influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
d) focados na qualidade, incluído a relação custo efetividade;
e) baseados em financiamento sustentável, permitindo cobertura universal e o acesso equitativo;
f) direcionados para atenção Primária.

No sistema de saúde que não tem uma base forte na atenção primária há uma tendência à especialização e a inferiorizar o médico generalista. (STARFIELD, 2002).

O nível de saúde da população brasileira é baixo às custas de um alto gasto em saúde. A medida que os médicos adquirem conhecimento, tendem a subespecializar-se e, consequentemente ocorre a fragmentação dos cuidados médicos. Os médicos da Atenção Básica muitas vezes restringem-se aos médicos recém-formados que ainda não se especializaram. E, na verdade precisamos focar na especialização médica em Atenção Básica a fim de obter bons resultados. (STARFIELD, 2002)

Em termos de saúde, a especialização médica produz uma atenção especializada fragmentada do paciente que não o avalia como um todo, gerando um gasto maior com recursos do que quando este mesmo paciente é atendido e acompanhado pelo médico da Atenção Básica. E atualmente com o envelhecimento da população brasileira cada vez mais precisamos investir em cuidados de Atenção Básica, visando controle de doenças crônicas. (ABRAHÃO,2007; STARTFIEL, 2002; MENDES, 2011)

No SSM, o idoso é atendido por uma equipe multidisciplinar do NAIM, de forma a cuidar de sua saúde física, mental, promovendo também o controle das doenças crônicas. O Núcleo de

atendimento ao idoso absorve os idosos que possuem alguma necessidade identificada pelo VES 13. Dessa forma quando o idoso é encaminhado a este serviço de atenção básica, todo seu atendimento irá ocorrer pelo NAIM e não mais pelo SMI (DSM, 2010).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos a mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2006)

Atualmente vivemos uma epidemia de doenças crônicas e suas agudizações, a população esta envelhecendo, logo os serviços de saúde precisam atuar de forma a promover saúde, com medidas efetivas visando a não progressão das doenças crônicas, já que estas estão superando as condições agudas que os sistemas de saúde estão acostumados a absorver. E para esse controle adequado é muito importante fornecer ao paciente o modelo de saúde integral (MENDES, 2011).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2003) define envelhecimento como:

> um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

O envelhecimento é, antes de tudo, uma conquista da humanidade, que aprendeu a sobreviver e a resistir às adversidades de forma cada vez mais competente. O número de idosos vem crescendo rapidamente no mundo inteiro e esta mudança traz também novos desafios para todos (BRASIL, 2020b).

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

O Núcleo de Atendimento ao idoso na Marinha (NAIM) é destinado ao atendimento do usuário idoso com idade igual ou maior que 60 anos que se apresenta fragilizado ou em risco de fragilização de acordo com avaliação do Protocolo de Identificação do Idoso vulnerável (VES-13). No protocolo conforme pontuação de itens específicos, o idoso é então designado a ser atendido pelo NAIM e terá seu acompanhamento médico realizado pela equipe multiprofissional - DSM2010 (BRASIL, 2020c).

Para o Sistema de Saúde da Marinha, que reconhece a importância da proteção à saúde destes indivíduos, os Núcleos de Atendimento ao Idoso na Marinha (NAIM) têm suas ações voltadas para a prevenção de agravos à saúde, tais como quedas, atendimentos de emergência e

internação hospitalar, com exercícios físicos, estímulos de memória e linguagem, apoio psicológico para o usuário e suas famílias, criando-se um ambiente propício para a socialização e a solidariedade. As equipes multiprofissionais dos NAIM são qualificadas para o atendimento ao idoso frágil ou com risco de fragilidade e promovem o envelhecimento ativo com conhecimento científico atualizado no campo da Gerontologia e da Geriatria (BRASIL, 2020b).

3 **O PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O antigo Ambulatório Naval de Campo Grande, inaugurado em julho de 1983, tinha como objetivo promover ações de atenção básica de saúde aos usuários do SSM, residentes à Zona Oeste do Município de RJ e áreas circunvizinhas. Realizava atendimentos médicos e odontológicos. Esse ambulatório foi substituído pela Policlínica Naval de Campo Grande (PNCG), cuja construção teve início em dezembro de 2010. Foi inaugurada em 20 de setembro de 2012 com a finalidade de atender a demanda reprimida de assistência médica primária e secundária, e presta atendimento aos militares da ativa, inativos, dependentes e pensionistas do Comando do 1º Distrito Naval. A PNCG está subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) localizado na Tijuca.

Figura 1 – Policlínica Naval de Campo Grande

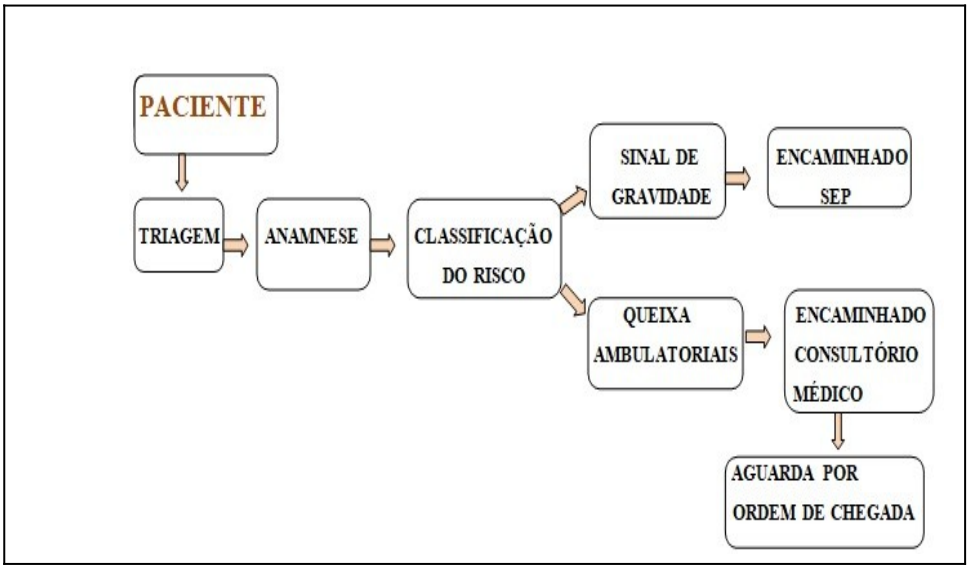
Fonte: Portal Policlínica Naval de Campo Grande, Marinha do Brasil, 2020.

A PNCG dispõe de 16 consultórios médicos (com especialidades médicas que são Ortopedia, Pediatria, Oftalmologia, Ginecologia, Obstetrícia, Cardiologia, Otorrinolaringologia,

Urologia, Endocrinologia, Dermatologia e o SMI) 11 consultórios odontológicos, um serviço de estabilização de pacientes (SEP) com cinco leitos para estabilizar o paciente crítico no primeiro atendimento e, caso necessário transferir o paciente na ambulância própria da unidade ao HNMD, um laboratório de análises clínicas, serviço de radiodiagnóstico (com mamografia, raio x, ultrassonografia), Fisioterapia, Psicologia Fonoaudiologia, Nutrição e Enfermagem.

O SMI da PNCG, atualmente, funciona com 4 consultórios médicos que mantêm um atendimento diário semanal (de segunda a sexta-feira no horário de 7h30 as 16h30), sob livre demanda, de todos os pacientes que necessitam atendimento clínico ambulatorial. Os pacientes ao serem admitidos passam por uma triagem, sendo colhida anamnese e classificado o risco. Os pacientes que apresentam algum sinal de gravidade são encaminhados diretamente ao SEP, e os pacientes com queixas ambulatoriais são destinados aos consultórios médicos do SMI e aguardam por ordem de chegada.

Figura 2 – Organograma - atendimento clínico ambulatorial



Fonte: DSM 2010.

Com a reabertura do SMI e do ambulatório de especialidades, o volume de atendimentos atingiu rapidamente a mesma média de antes da pandemia por COVID-19. A grande maioria dos usuários que procura atendimento é no intuito de obter encaminhamentos para especialista, pois muitos já faziam acompanhamento antes da pandemia (demanda reprimida durante COVID-19) e buscam o SMI para conseguir retornar ao especialista. Muitos pacientes haviam sido encaminhados diretamente sem ter iniciado atendimento médico pelo SMI, e, agora, com o novo fluxo, resistem e insistem em manter a dinâmica de atendimento anterior.

Desde 2014, quando o Serviço de Medicina Integral passou a existir na PNCG já prestava-se atendimento básico aos usuários por livre demanda, e tinha como objetivo atender os pacientes, que eram encaminhados, se necessário, às especialidades clínicas e/ou ao Serviço de Estabilização de Pacientes (SEP), quando os casos eram emergenciais. Existiam agendas de clínica médica, então o paciente que necessitava de retorno era orientado a marcar consulta no ambulatório de clínica médica, ou seja, não havia a fidelização do paciente ao SMI, e muitos pacientes eram encaminhados às especialidades médicas por meio de uma guia simples de encaminhamento, muitas vezes de forma desnecessária, sem que tivesse sua conduta definida, inclusive para as especialidades do HNMD. Esse processo ao longo de alguns anos gerou um aprazamento elevado em quase todas as especialidades, em todas as policlínicas da área RJ, e nas especialidades médicas do HNMD, causando prejuízo na prestação do serviço terciário aos usuários. Os absenteísmos às consultas agendadas eram elevados, prejudicando ainda mais o sistema de saúde da área RJ.

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), diante desse contexto, determinou que CMAM coordenasse a criação de um novo sistema de atendimento aos pacientes por meio de novas orientações aos Serviços de Medicina Integral nas Policlínicas. Em outubro de 2019, foi criado o Centro de Coordenação do Serviço de Medicina Integral (CCSMI), localizado no CMAM, e, neste mesmo mês, a PNCG recebia as novas orientações sobre o funcionamento do novo SMI.

O SMI precisaria ser um serviço médico de excelência, resolutividade e agilidade prestando serviço de atenção básica pelos médicos de Serviço Militar obrigatório. O usuário precisava sentir-se acolhido e cuidado da melhor forma possível. As agendas da clínica médica passaram a não existir, já que o SMI teria como missão a fidelização do paciente. Apenas as agendas de especialidades foram mantidas.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A Situação-Problema escolhida para trabalhar foi a baixa resolutividade nas ações do SMI, produzindo números elevados de encaminhamentos às especialidades médicas, e consequentemente elevados aprazamentos no sistema de marcação de consulta localizado no setor SAME e absenteísmo, também elevado. O paciente valorizava o atendimento pelas especialidades, de forma fragmentada e seu problema de saúde não era abordado de forma integral pelo médico da AB. A proposta de implantação de um novo SMI nas Policlínicas gerou um “certo desconforto” aos usuários, pois não poderiam mais caminhar livremente pelas especialidades, mas teriam um médico AB para prontamente atendê-los e serem o responsável

pela sua saúde de forma a aumentar a absorção dos usuários ao SMI, diminuído em 20% os encaminhamentos às especialidades médicas.

a) Quais medidas adotar para que os médicos compreendessem que o paciente precisa ser atendido de forma integral e não de forma fragmentada?
b) Como fazer com que médicos tão jovens fossem capazes de absorver os pacientes, de forma a fidelizá-los ao SMI, encaminhando às especialidades apenas casos complexos?
c) Como fazer com que o usuário aceitasse esse novo fluxo, sendo acompanhado por um médico do serviço militar obrigatório (não especialista)?

Para descrever o problema foram coletados dados baseados em relatórios diários do mês de agosto de 2020. Foram identificados dois descritores:

a) Percentual de encaminhamentos médicos à especialidades – No mês de agosto o percentual de encaminhamentos as especialidades foi de 42%. Analisou-se este percentual nos meses de agosto, setembro e outubro; e
b) Percentual de pacientes absorvidos pelo SMI – calculado da seguinte forma: Número total de pacientes atendidos - (número de pacientes encaminhados ao NAIM) - (número de pacientes encaminhados as especialidades). No mês de agosto o percentual de pacientes absorvidos foi de 58%. Passamos a encaminhar pacientes ao NAIM a partir do mês de setembro. Analisou-se o percentual de absorção de pacientes pelo SMI nos meses de agosto, setembro e outubro.

3.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Diante da baixa resolutividade, observadas nas ações dos médicos do SMI, foram identificadas algumas causas possíveis para o problema em questão:

a) alta rotatividade de médicos no setor (lotados por apenas 1 ano, oriundos do SMO) não renovam seus contratos;
b) ausência de qualificação dos médicos para o perfil do SMI, produzindo baixa absorção de usuários e gerando um número elevado de encaminhamentos médicos às especialidades na maioria das vezes desnecessários ou precoces;
c) resistência dos usuários em aceitar o novo fluxo de atendimento (adesão ao SMI sem ida as especialidades);
d) baixa adesão dos médicos aos protocolos existentes de condução dos casos e indicação para encaminhamento aos especialistas.

Destas quatro possíveis causas, foram eleitas três causas críticas para trabalhar. São elas:

a) falta de preparo do médico para atuação no SMI;
b) resistência do usuário na aceitação do novo fluxo de atendimento.

Como consequências das causas listadas acima, observamos inúmeros pacientes encaminhados de forma incorreta sem nenhum embasamento clínico e, por vezes, desnecessária ao especialista por resistência do usuário e por inaptidão do médico com o serviço. Na sociedade brasileira a concepção da população como um todo, é fazer uso dos serviços de saúde de forma fragmentada, tanto na rede privada como na rede pública. Os próprios médicos muitas vezes induzem a isso por não saberem como atuar em um modelo de saúde integral, consequentemente o que se observa é um custo elevado com esse modelo fragmentado, aonde o paciente não possui um médico para concentrar todos os seus problemas e ajudá-lo na solução dos mesmos, por meio de emissão de guias de referência contrarreferência quando necessários aos especialistas em caso de dificuldade de controle de suas doenças.

Outra consequência eram os elevados aprazamentos para atendimento pelas especialidades médicas contribuindo em efeito cascata para que ocorresse elevado absenteísmo dentro das mesmas.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Medidas foram adotadas pela PNCG junto à coordenação do SMI a fim de proporcionar qualidade ao atendimento clínico, fortalecer a relação médico-paciente com o SMI, e assim reduzir os encaminhamentos aos especialistas.

Problema a ser enfrentado: Baixa resolutividade das ações do Médico da Atenção Básica (Serviço de Medicina Integral-SMI)

Matriz de Programação de Ações I:

Causa Crítica 01: Falta de preparo do médico para atuação no SMI.

Descritor 01: 42% dos pacientes atendidos no SMI em agosto de 2020 foram encaminhados às especialidades médicas.

Descritor 02: 100% dos pacientes encaminhados às especialidades médicas em agosto de 2020 se deram por meio de guia simples sem utilização dos critérios descritos nos protocolos de encaminhamentos às especialidades.

Indicador 01: Percentual de pacientes encaminhados às especialidades pelo médico do SMI.

Indicador 02: Ausência de Guia Referência Contrarreferência.

Forma de Cálculo 01: Número total de usuários atendidos mensal – número de usuários encaminhados ao NAIM mensal – número de usuários absorvidos pelo SMI mensal = número de pacientes encaminhados às especialidades mensal

Forma de Cálculo 02: Número total de pacientes encaminhados às especialidades médicas mensal que possuem guia Referência Contrarreferência.

Fonte: SAME/SMI

Periodicidade da análise: Mensal para avaliar cumprimento das metas.

Meta 01: Redução de 25% dos pacientes sem guia Referência Contrarreferência (implantado em set 2020).

Meta 02: 100% dos pacientes encaminhados à especialidades com guia Referência Contrarreferência

Resultados alcançados: Utilização correta da guia de encaminhamento às especialidades.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES 1

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Divulgação dos Protocolos por meio de cópias em cada consultório de atendimento clínico	Humanos	Divulgação realizada	setembro 2020	CC(Md) Ana Büchler
Implantar o Projeto Educação Médica continuada através palestras ministradas pelos especialistas visando orientar os médicos do SMI sobre quais exames iniciais necessários, como conduzir o paciente, quando encaminhar ou não ao especialista	Humanos	Palestras realizadas	A partir de setembro 2020	CC(Md) Ana Büchler
Orientar médicos do SMI a discutir com o especialista desta OM em caso de duvidas quanto a condução do caso clínico, proporcionando mais confiança ao médico clínico, e por sua vez ao próprio paciente	Humanos	Dúvidas resolvidas	A partir de setembro 2020	CC(Md) Cristiane Ribeiro CC(Md) Ana Büchler
Orientar médicos do SMI a discutir o caso com o Gestor do SMI quando optar por encaminhar para especialista da Unidade Terciaria , no caso, o HNMD; de forma a evitar um encaminhamento de forma errônea	Humanos	Dúvidas resolvidas	A partir de setembro 2020	CC(Md) Cristiane Ribeiro CC(Md) Ana Büchler
Orientar os médicos do SMI quanto a importância do preenchimento detalhado da guia Referência e Contrarreferência em casos de encaminhamentos	Humanos	Orientação realizada	setembro 2020	CC(Md) Cristiane Ribeiro CC(Md) Ana Büchler
Inserir nas salas de atendimento médico do SMI guia referencial com as especialidades médicas existentes nas policlínicas da área RJ	Físicos (Papel)	Guia referencial inserido	outubro 2020	CC(Md) Joana Pinheiro
Criar o ambulatório de Risco Cirúrgico, a ser realizado pelo cardiologista retirando do SMI esta função. Falta de preparo do médico para atuação no SMI;	Humanos(Cardiologista)	Ambulatório Criado	agosto 2020	CC(Md) Adriana Maturana

Matriz de Programação de ações II:

Causa Crítica 02: Resistência do usuário na aceitação do novo fluxo de atendimento.

Descritor 01: 58% dos pacientes atendidos no SMI em agosto de 2020 foram absorvidos

Descritor 02: Usuários insatisfeitos, resistentes em aceitar o novo fluxo de atendimento por não receber guia de encaminhamento ao especialista.

Indicador 01: Percentual de pacientes absorvidos no SMI.

Indicador 02: Percentual de satisfação do usuário com o SMI.

Forma de Cálculo 01: Número total de usuários atendidos pelo SMI mensal – (Número de usuários encaminhados às especialidades mensal) – (número de usuários encaminhados ao NAIM mensal) = Número de pacientes absorvidos no SMI mensal

Forma de Cálculo 02: Análise semanal de todos os questionários satisfação do usuário respondidos e lançamento dos dados na planilha Pesquisa de Satisfação que irá atribuir o percentual de satisfação do usuário com o SMI

Fonte: SMI: Ouvidoria /SMI

Meta 01: Adesão de 70% de usuários no SMI

Meta 02: Atingir 60% de satisfação dos usuários com o serviço oferecido pelo SMI

Resultados: Usuários satisfeitos, serviço de medicina integral implantado, funcionado de forma efetiva e resolutiva.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES 2

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Divulgação dos Protocolos por meio copias em cada consultório de atendimento clínico	Humanos	Divulgação realizada	Setembro 2020	CC(Md) Ana Büchler
Capacitar 8 médicos através do Projeto Educação Médica continuada por meio de palestras ministradas pelos especialistas visando orientar os médicos do SMI sobre quais exames iniciais necessários, como conduzir o paciente, quando encaminhar ou não ao especialista	Humanos	Palestras realizadas	A partir de setembro 2020	CC(Md) Ana Büchler
Divulgar aos especialistas, caso não vejam necessidade de manter acompanhamento do paciente, que encaminhe o retorno deste ao SMI por meio da guia Referencia Contrareferência	Humanos	Divulgação realizada	A partir de setembro 2020	CC(Md) Cristiane Ribeiro CC(Md) Ana Büchler
Disponibilizar agendas em cada consultório do médico da Atenção Básica para marcação do retorno dos pacientes ao SMI, fidelizando cada médico a sua sala de atendimento, de forma que os paciente também sintam-se referenciados a um médico	Físicos: agenda	Agenda disponibilizada	Setembro 2020	CC(Md) Cristiane Ribeiro
Instalar o sitema digital PIN-HNMD nos Serviços de Medicina Integral (SMI) das policlínicas da área RJ, com o intuito de proporcionar maior flexibilidade aos atendimentos no SSM	Humanos: Operador de Sistemas Físicos :Computador	Sistema instalado	Setembro 2020	CC(Md) Adriana Maturana
Instituir o questionário de pesquisa de satisfação que é oferecido ao término do atendimento médico ao paciente para que seja preenchido, visando obter o feedback do usuário em relação ao novo sistema de SMI.(5 de out 2020), serviço de ouvidoria emite relatório semanal com os resultados	Humanos Físicos: Papel e caneta	Questionário distribuído	Outubro 2020	CC(Md) Joana Pinheiro CC(Md) Ana Büchler
Descrever o novo fluxo do atendimento do SMI na pagina de internet da PNCG	Humanos Digital	Página PNCG atualizada	Outubro 2020	CC(Md) Ana Büchler

Ministrar mini palestras em salas de espera com as orientações do novo fluxo e orientar individualmente cada usuário durante o atendimento classificatório com a equipe de enfermagem	Humanos	Palestras sendo realizadas	Setembro 2020	SG(Enf) Império

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão de projeto será realizada pela Gestora do SMI, CC(Md) Ana Büchler, CC(Md) Cristiane Ribeiro, CC(Md) Joana Pinheiro, que serão as responsáveis pelo acompanhamento da execução das ações propostas na matriz, avaliando-as por meio de relatórios mensais emitidos ao CCSMI. Serão avaliados dados que busquem mostrar a eficácia e efetividade nas ações dos médicos do SMI. Planeja-se obter uma redução de número de encaminhamentos médicos às especialidades (em 25% que foi atingida no primeiro mês seguinte a implantação, setembro de 2020), Percentual de absorção do SMI(70%), nível de satisfação do usuários com o novo serviço oferecido pela OM (80% atingido em outubro de 2020).

O primeiro relatório mensal realizado em final de setembro já apresentou uma redução de percentual de encaminhamentos médicos, que em agosto foi de 46% e no mês de setembro diminuiu para 26%.

No segundo relatório emitido em final de outubro o número de pacientes encaminhados às especialidades médicas se manteve em 27% (aumento de 1% nos encaminhamentos se comparado ao mês anterior). Houve aumento no percentual de pacientes absorvidos pelo SMI que foi de 72% quando comparados com os dados do mês setembro que foi de 70%.

O gráfico 1 apresenta o número de pacientes atendidos no SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020, observa-se que em agosto ainda foi baixo devido ao retorno do serviço e, normalizou nos meses de setembro e outubro números anteriores à epidemia COVID19.

Gráfico 1 – Número de pacientes atendidos no SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020

Fonte: A autora, 2020.

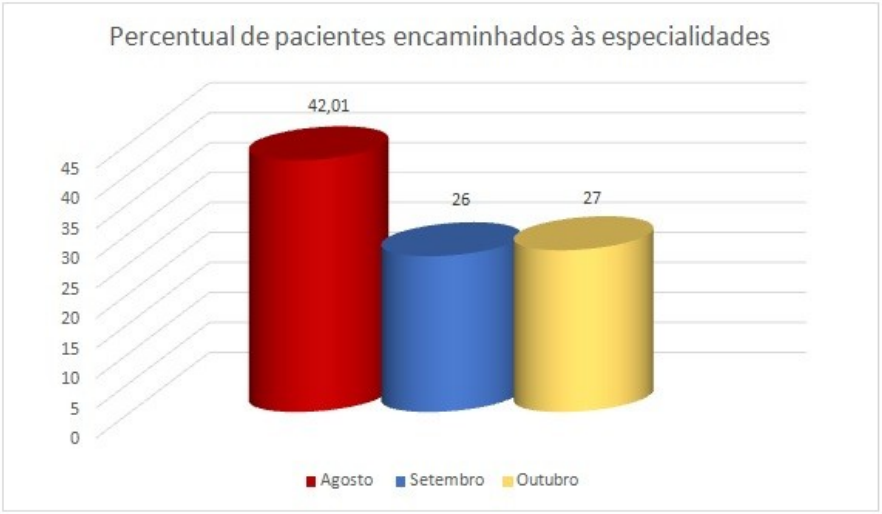
O gráfico 2 apresenta a taxa mensal de absorção de pacientes pelo SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020. Observamos que em agosto essa taxa ainda era baixa mas nos meses de setembro e outubro apresentam percentuais crescentes na taxa de absoção com consequente fidelização deste usuário ao serviço.

Gráfico 2- Taxa mensal de absorção de pacientes pelo SMI nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020

Fonte: A autora, 2020.

O gráfico 3 apresenta o percentual mensal de encaminhamentos às especialidades nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020. Observamos um percentual elevado no mês de agosto e, consequente queda nos meses de setembro e outubros após a implantação do projeto.

Gráfico 3– Percentual mensal de encaminhamentos às especialidades nos meses de agosto, setembro e outubro de 2020

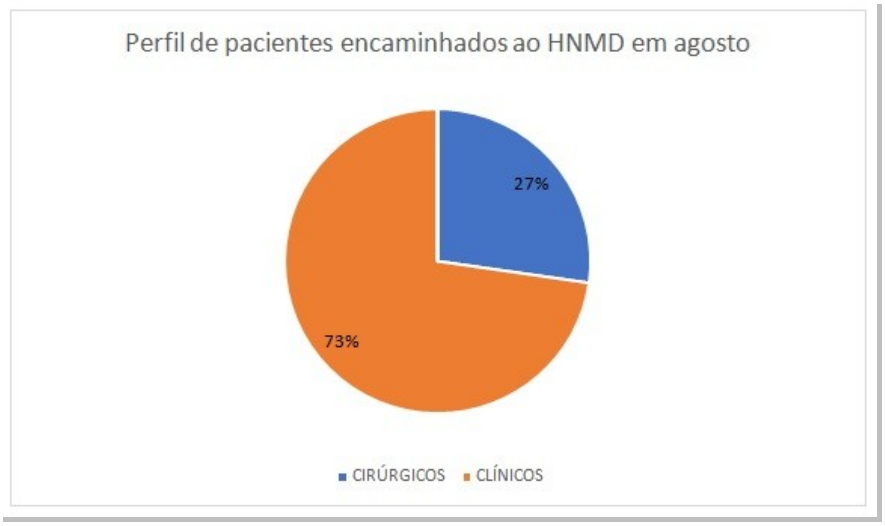


Fonte: A autora, 2020.

Da mesma forma que ao compararmos o perfil de encaminhamentos às especialidades do HNMD durante o mesmo período, observamos no mês de agosto um volume de 16 encaminhamentos clínicos e 6 cirúrgicos, ao passo que em setembro obtivemos 23 encaminhamentos clínicos e 31 cirúrgicos e no mês de outubros obtivemos 33 encaminhamentos clínicos e 17 encaminhamentos cirúrgicos (gráficos 4,5,6). Esses valores foram lançados em percentual nos gráficos abaixo para melhor visualização.

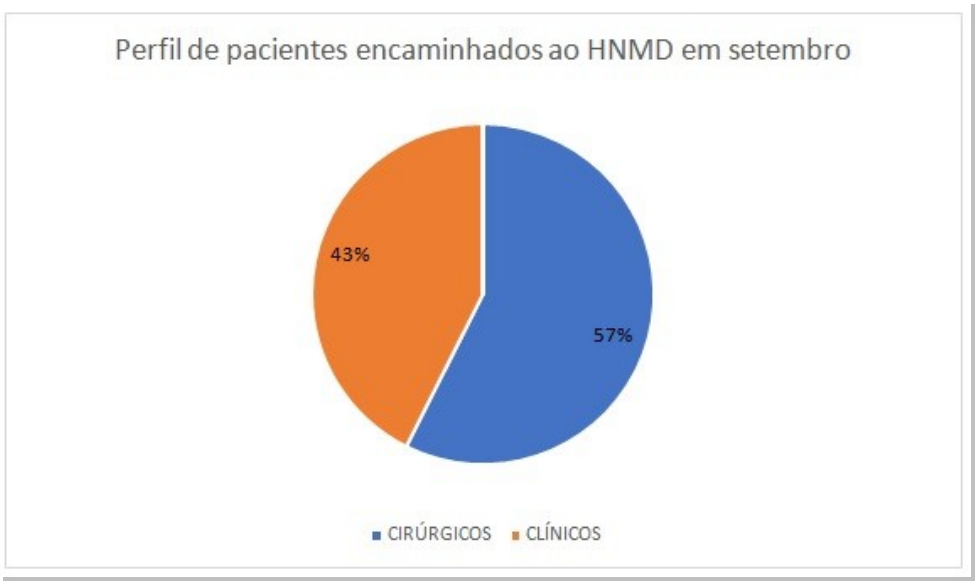
No mês de novembro objetiva-se conseguir a redução do número de encaminhamentos clínicos ao HNMD, mantendo os encaminhamentos cirúrgicos.

Gráfico 4 – Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em agosto



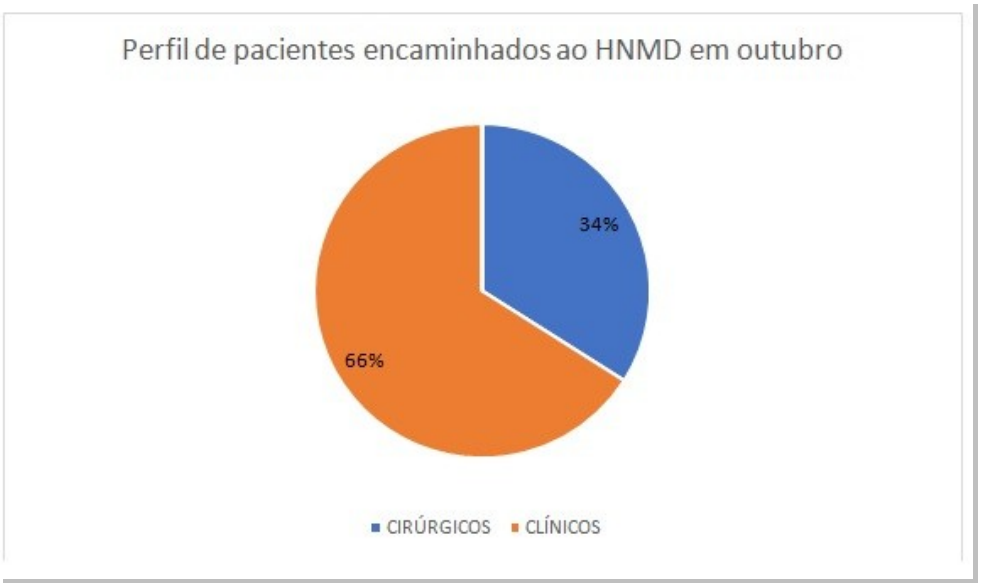
Fonte: A autora, 2020.

Gráfico 5 – Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em setembro



Fonte: A autora, 2020.

Gráfico 6 – Perfil de pacientes encaminhados ao HNMD em outubro



Fonte: A autora, 2020.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível observar o seguinte:

a) o corpo clínico do SMI é formado por muitos médicos jovens, com pouca experiência clínica, inicialmente muito inseguros e a capacitação destes médicos ao serviço lhes permitiu atuar com segurança e ganhar respeito perante usuário e;

b) demanda reprimida de quase 6 meses dos pacientes aguardando retorno das consultas, muitas delas agendadas com especialistas antes da pandemia, sendo adaptados a uma nova sistemática de atendimento clínico;

c) após a abertura das agendas para marcações, observamos lotação rápida das especialidades, pois além dos encaminhamentos necessários às especialidades de nossa Organização Militar (OM), percebemos muitos agendamentos vindos diretamente de outras policlínicas;

d) desde a reabertura dos ambulatórios e do SMI ocorrido em agosto de 2020, observamos que o número de pacientes que buscam o SMI retornou a normalidade que estava antes do seu fechamento com a pandemia COVID19;

e) ao compararmos os dados estatísticos dos meses de agosto, setembro e outubro, observamos que no mês de agosto, a média de encaminhamentos foi

de 46%, enquanto que em setembro, a taxa média de encaminhamentos caiu para 26% e em outubro se manteve em 27%;

f) a taxa de absorção dos usuários pelo SMI em agosto foi de 57,98%, e vem aumentando nos meses subsequentes sendo 70% em setembro e 72% em outubro; e

g) a pesquisa de satisfação implantada em outubro 2020, realizada por meio de questionário preenchido pelo usuário, nos mostra uma taxa de 80% de satisfação com o SMI.

Este trabalho logrou êxito em elevar a baixa resolutividade das ações do Médico da Atenção Básica (Serviço de Medicina Integral-SMI). Tal levantamento demonstrou a necessidade de se adotar medidas para que o serviço prestado pelo médico do Serviço de Medicina Integral da Policlínica Naval de Campo Grande seja de excelência, resolutividade e consiga fidelizar o usuário a este novo modelo de atendimento de atenção à saúde. Colateralmente detectou-se a realidade da inexistência de um trabalho de triagem no atendimento clínico ambulatorial.

A partir do alcance dos objetivos específicos e principalmente da implementação das medidas como a divulgação dos POPs de atendimento clínico, sistema digital PIN-HNMD nos Serviços de Medicina Integral (SMI) das policlínicas da área RJ, entre outras, será possível averiguar a eficácia das mudanças, através da diminuição de percentual de encaminhamentos médicos.

Acreditamos que com a consolidação do SMI, conseguiremos reduzir significativamente os encaminhamentos às especialidades tanto para o HNMD quanto para as próprias policlínicas, promovendo também uma mudança na expectativa do atendimento do usuário do Sistema de Saúde da Marinha.

É necessário que sejam promovidas palestras, treinamentos internos na própria OM de forma continuada, aplicação dos POPs já desenvolvidos, e apoio dos especialistas lotados nas policlínicas junto ao SMI, a fim de garantir a consolidação do Serviço de Medicina Integrada tanto para o usuário como para os próprios médicos e equipe multidisciplinar . É o inicio da implantação de um novo modelo de atendimento visando não mais uma atenção à saúde de forma fragmentada, de alto custo pouco proveitosa ao paciente. E mais que isso, é uma mudança de concepção da sociedade brasileira como um todo, de que apenas com a implantação do modelo de saúde integral poderemos fornecer uma atenção plena ao usuário, com custo mais baixo e muito mais proveitosa ao paciente com melhores resultados a longo prazo.

Atuar na gestão do cuidado com os pacientes da Atenção Básica mudando a forma de atuação do médico de forma a absorver os pacientes, acompanhar e tratar suas patologias e consequentemente ganhar a adesão do usuário ao SMI, foi um desafio. O desafio de mudar a mentalidade dos médicos de não praticar uma medicina fragmentada por especialidades mas sim oferecer um serviço médico integral. E, mudar consequentemente a forma como o usuário vê o medico da Atenção Básica para alguém capacitado a solucionar sua questão saúde, alguém capaz de lhe orientar e conduzir com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, v.3, n.1, p. 1-0, 2007.

BRASIL, Marinha do Brasil. Direoria de Saúde da Mainha. *DSM-2010: Normas para o atendimentode saúde em baixa e média complexidade.* 2020c.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-401: Normas para assistência médico-hospitalar.* 3ª Rev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Cadernos de Atenção Básica. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.ht Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é atenção Primária?* Portal Ministério da Saúde. 2020a. Diponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee. Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Defesa. Marinha do Brasil. *Núcleo de Atendimento ao Idoso na Marinha.* Portal Marinha do Brasil. 2020b. Disponível em: https://www.marinha.mil.br/saudenaval/naim Acesso em: 21 out. 2020.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C, CORBO, A. D., Orgs. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro; EPSJV Fiocruz; 2007.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE (PNCG). *OI N°10 – 41, de 20 de agosto de 2020, Normas para o Funcionamento e Organização do Serviço de Medicina Integral (SMI)*. Rio de Janeiro, 2020.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p

ANEXO A – Encaminhamento Ambulatorial

Saúde Naval

Encaminhamento Ambulatorial

Encaminhamento: ☐ Interno ☐ Externo

Unidade: _____ Clínica: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

NIP: _____ Posto/Graduação: _____ OM: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Peso: _____ Altura: _____ Data de Nasc.: ___/___/___

INDICAÇÃO CLÍNICA

_____

Encaminho à(ao): ☐ HNMD ☐ HCM ☐ UISM ☐ OCM

☐ PNNSG ☐ PNCG ☐ PNN ☐ ANP

☐ Outros: _____

Clínica/Serviço: _____

___/___/___ ___:___ _____

Data Hora Assinatura/Carimbo do Requisitante

AGENDAMENTO

Agendado para: _____ às ___:___

ANEXO B – Encaminhamento para Procedimentos de Média e Alta Complexidade: Referência e Contrarreferência

Saúde Naval®

Encaminhamento para Procedimentos de Média e Alta Complexidade: Referência e Contrarreferência

Unidade: _____ Clínica: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

NIP: _____ Posto/Graduação: _____ OM: _____

Endereço: _____ Data de Nasc.: ___/___/___

Bairro: _____ Tel.: _____ E-mail: _____

Titular: _____ NIP: _____ Posto/Grad.: _____

ENCAMINHAMENTO

Encaminhado à (ao): _____ Clínica de: _____

Medicamentos utilizados: _____

_____

Exame complementar em anexo: ☐ Não ☐ Sim _____

História Clínica: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

___/___/___
Data

_____
Assinatura/Carimbo do Profissional

CONTRARREFERÊNCIA

Parecer (Anexar exames complementares e demais informações):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

___/___/___
Data

_____
Assinatura/Carimbo do Profissional

03082019-1

ANEXO C – Anexo B/ DSM-2010: Instrumento de avaliação do idoso – VES 13

OSTENSIVO **DSM-2010**

ANEXO B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO IDOSO – VES 13

OM.:_____ DATA:_____/_____/_____.

NOME:_____ NIP:_____

_

MÁX. 3Pts	**1. IDADE**					75 A 84 Anos	1
						≥85 Anos	3
1pts	**2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE** Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:					Excelente	0
						Muito Boa	0
						Boa	0
						Regular	1
						Ruim	1
2pts	**3. LIMITAÇÃO FÍSICA** Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: **Pontuação** 1 Ponto para cada resposta "muita dificuldade*" ou "incapaz de fazer*". Nas questões de 3 a até 3f considerar no máximo 2 pontos.		**Nenhuma dificuldade**	**Pouca dificuldade**	**Média dificuldade**	**Muita dificuldade***	**Incapaz de fazer***
		a- Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	( )	( )	( )	( )*	( )*
		b- Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
		c- Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	( )	( )	( )	( )*	( )*
		d- Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
		e- Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	( )	( )	( )	( )*	( )*
		f- Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	( )	( )	( )	( )*	( )*
4pts	**4. INCAPACIDADE** Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para: **Pontuação** Considerar 4 pontos para uma ou mais resposta "sim". Nas questões 4ª até 4e, considerar no máximo 4 pontos.	a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)					
		( ) SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?				( ) SIM*	( ) NÃO
		( ) NÃO					
		( ) NÃO FAÇO COMPRAS→ Isto acontece por causa de sua saúde?				( ) SIM*	( ) NÃO
		b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?					
		( ) SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?				( ) SIM*	( ) NÃO
		( ) NÃO					
		( ) NÃO LIDO COM DINHEIRO→ Isto acontece por causa de sua saúde?				( ) SIM*	( ) NÃO
		c. atravessar o quarto andando? .					
		( ) SIM → Você recebe ajuda para andar?				( ) SIM*	( ) NÃO
		( ) NÃO					
		( ) NÃO ANDO→ Isto acontece por causa de sua saúde?				( ) SIM*	( ) NÃO
		d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?					
		( ) SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leve?				( ) SIM*	( ) NÃO
		( ) NÃO					
		( ) NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES→ Isto acontece por causa de sua saúde?				( ) SIM*	( ) NÃO
		e. tomar banho de chuveiro ou banheira?					
		( ) SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?				( ) SIM*	( ) NÃO
		( ) NÃO					
		( ) NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?				( ) SIM*	( ) NÃO

Obs: Pontuação ≥ 3 encaminhar ao NAIM. Respondido por: ( ) Usuário ( ) Acompanhante

Resultado:_____ _____

Posto/Graduação/Nome

OSTENSIVO **-B-1** **ORIGINAL**

ANEXO D – Questionário de satisfação

MARINHA DO BRASIL
CENTRO MÉDICO ASSISTENCIAL DA MARINHA

SMI Serviço de Medicina Integral

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

1) Atendimento do profissional:

( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

2) Tempo de espera para atendimento:

( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

3) Clareza das informações prestadas pelo médico:

( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

4) Clareza das informações prestadas na recepção do SMI:

( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

5) O atendimento no SMI resolveu seu problema?

( ) Sim ( )Não Por quê?_____

6) De modo geral, qual seu nível de satisfação com o atendimento?

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

7) Comentários/Sugestões:

_____

_____

_____

_____

ANEXO E – Questionário de Satisfação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

05 a 09 OUT

Número de questionários respondidos	0

	Muito Bom	**Bom**	**Regular**	**Ruim**
Atendimento do profissional	0	0	0	0
Tempo de espera para atendimento	0	0	0	0
Clareza das informações prestadas pelo médico	0	0	0	0
Clareza das informações prestadas na recepção do SMI	0	0	0	0

	Sim	**Não**
O atendimento no SMI resolveu problema	0	0

	Muito Bom	**Bom**	**Regular**	**Ruim**

Nível de satisfação com o atendimento	0	0	0	0	
Observações: **Para Nível de satisfação com o atendimento, considerar:** **1 a 3 = RUIM** **4 a 6 = REGULAR** **7 e 8 = BOM** **9 e 10 = MUITO BOM**					