

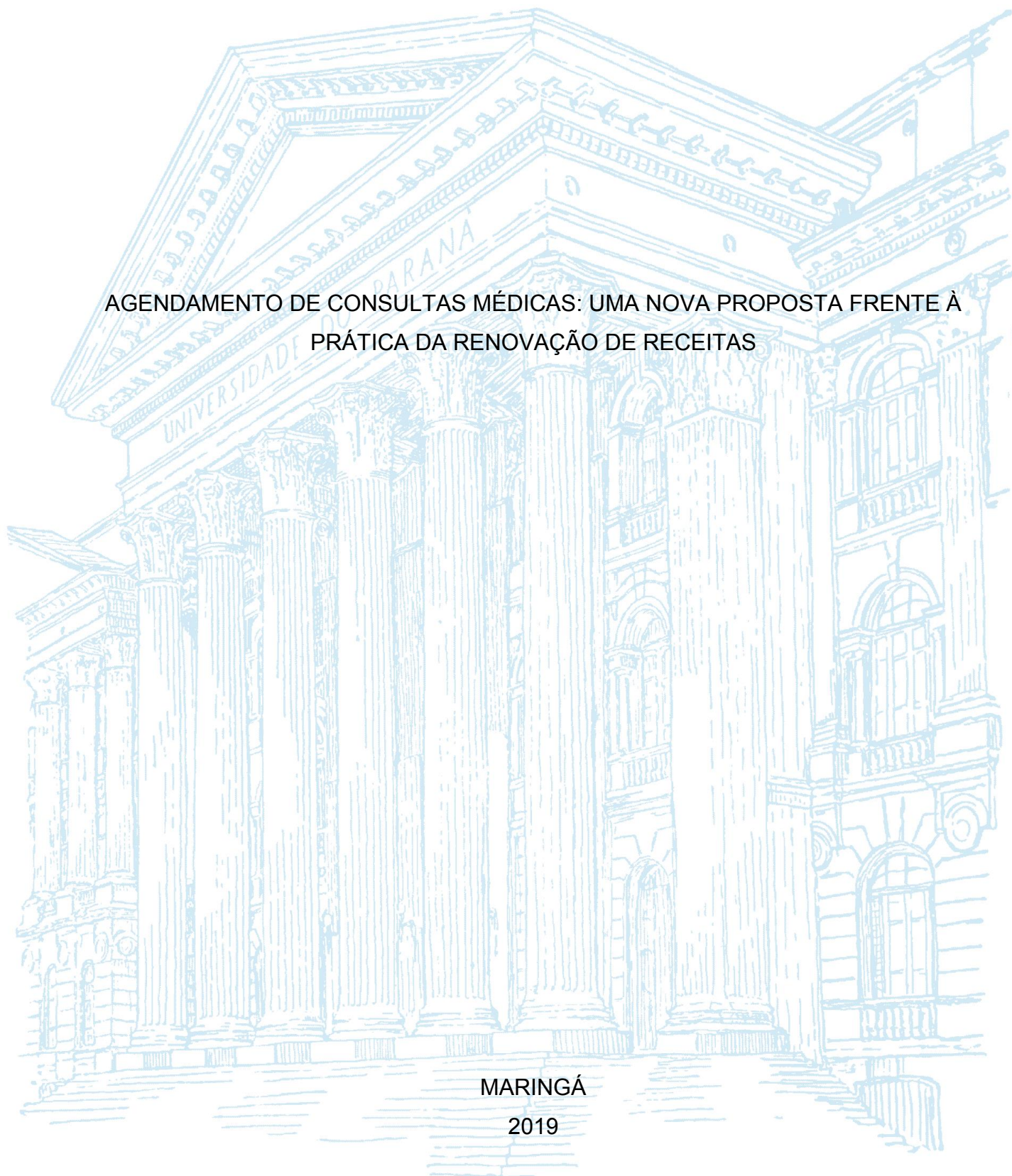
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANO DOS SANTOS SESMILO

AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS: UMA NOVA PROPOSTA FRENTE À
PRÁTICA DA RENOVAÇÃO DE RECEITAS

MARINGÁ

2019



LUCIANO DOS SANTOS SESMILO

AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS: UMA NOVA PROPOSTA FRENTE À
PRÁTICA DA RENOVAÇÃO DE RECEITAS

TCC apresentada ao curso de Especialização em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica à Saúde.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Michelle Durand

MARINGÁ

2019

A todos os profissionais colegas da Unidade Básica de Saúde Rubens Antônio Baqueta na cidade de Floresta, estado do Paraná.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Professora Michelle Durand, pela paciência, dedicação e entusiasmo, com o qual me auxiliou para que este trabalho pudesse ser realizado.

RESUMO

O plano de intervenção que trata do tema “renovação de receitas” é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pela UNA-SUS. Renovação de receitas é uma prática na qual o paciente deixa de passar por consultas de reavaliação médica para apenas e tão somente ter suas receitas de medicamentos contínuos transcritas pelo médico para que continue retirando as medicações na farmácia da UBS. Trata-se de uma prática nociva aos indivíduos portadores de doenças crônicas. Teve como objetivo este plano de intervenção: melhorar o controle das doenças crônicas não transmissíveis dos pacientes acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rubens Antônio Baqueta em Floresta, estado do Paraná, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), substituindo a cultura de “renovação de receitas” por uma cultura de cuidado continuado e programado. A metodologia utilizada neste trabalho foi a Pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social de base empírica criada e desenvolvida em profunda associação com um a ou mais ações ou com a resolução de um problema coletivo. Por meio da criação de uma agenda para consultas de rotina com os pacientes portadores de HAS e DM2 foi possível reduzir drasticamente o número de receitas que antes eram renovadas sem que o paciente fosse reavaliado. Por se tratar de uma mudança de cultura que estava muito arraigada na população, houve e ainda há, algumas reclamações de alguns pacientes, no entanto a grande maioria já consegue perceber os benefícios do acompanhamento programado. Reconhecemos que a criação de agenda médica baseada em grupos prioritários não é capaz de solucionar todos os problemas no processo de trabalho da atenção básica, mas pode ajudar muito no controle das doenças crônicas não transmissíveis, portanto esta é uma estratégia que deve ser encorajada.

Palavras-chave: Receitas médicas. Hipertensão Arterial. Diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The intervention plan that deals with the theme "renewal of medical prescriptions" is a result of the Specialization Course in Basic Care of UFPR funded by UNA-SUS. Renewing medical prescriptions is a practice in which the patient stops going through medical reassessment consultations to just and only have their medical prescriptions of continuous medication transcribed by the physician so that that patient continues to take medications at the Primary Health Care Unit (UBS) pharmacy. It is a harmful practice to individuals with chronic diseases. The objective of this intervention plan was to improve the control of noncommunicable chronic diseases of patients attending the Rubens Antônio Baqueta UBS in Floresta, Paraná State, especially those with Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Type 2 Diabetes Mellitus (2DM), replacing the "medical transcriptions renewal" culture with one of continued and planned care. The methodology used in this work was the Action Research, which is a type of empirical social research created and developed in deep association with one or more actions or with the resolution of a collective problem. By creating an agenda for routine consultations with patients with SAH and 2DM, it was possible to dramatically reduce the number of previously renovated medical transcriptions without reassessing the patient. Since it is a culture change that was deeply ingrained in the population, there were and still are some complaints from some patients; however the vast majority can already realize the benefits of scheduled monitoring. We recognize that setting up a priority group-based medical agenda will not solve all the problems in the basic health care work process, but it can greatly help in the control of chronic noncommunicable diseases, so this is a strategy that should be encouraged.

Keywords: Medical Prescriptions. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus type 2.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – OBJETIVOS E COMO ALCANÇÁ-LOS.....	14
QUADRO 2 – AGENDA DE CONSULTAS.....	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	JUSTIFICATIVA.....	10
1.2	OBJETIVOS	10
1.2.1	Objetivo geral	10
1.2.2	Objetivos específicos.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3	METODOLOGIA.....	13
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
	REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Floresta, estado do Paraná, conta hoje com uma população de aproximadamente 7 mil habitantes. Trata-se de um município que fica na região metropolitana de Maringá, para a qual se dirigem muitos habitantes da cidade em busca de trabalho. A cidade é rodeada por propriedades rurais e a agricultura compõe parte importante da economia local, além do setor de serviços e o comércio.

A comunidade de cerca de 3 mil pacientes que é assistida pelos serviços de saúde da Unidade Rubens Antônio Baqueta, em que atuo, é composta por pessoas de classes sociais mais inferiores, sendo o Sistema Único de Saúde - SUS o grande responsável pelos cuidados de saúde desta população.

Por meio do sistema G-MUS de prontuário eletrônico, o qual é usado no município desde janeiro de 2016, sendo um sistema eletrônico de prontuário pago e que conta com recursos muito bons e importantes como agendamento de consultas, triagem por classificação de risco, entre outros, podemos constatar que as doenças crônicas que mais levam os indivíduos à Unidade Básica de Saúde (UBS) são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2. Não temos dados discriminados a respeito das causas de consultas por demanda espontânea devido a características do sistema de prontuário, que agrupa esses pacientes em um único grupo chamado “reabilitação”. No entanto, percebo no dia a dia muita procura por quadros de infecção de vias aéreas superiores, dores agudas e crônicas de origem osteomuscular, além de infecções gastrointestinais agudas.

Um grande problema percebido ao longo dos meses de trabalho dentro da UBS foi o fato de haver certa resistência dos pacientes a passarem por consulta para acompanhamento de suas doenças crônicas. Com o passar do tempo criou-se uma cultura de “renovação de receitas” na qual o paciente deixava sua receita com algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou com algum outro funcionário da unidade para que o médico “renovasse” sua receita. Dessa forma, ao final de cada expediente de trabalho havia inúmeras receitas para que fossem renovadas, sem que se consultasse esse paciente, sem que houvesse uma anamnese, um exame físico, sem que fosse inquerido benefícios, malefícios que porventura o tratamento

estivesse causando, ou seja, uma perpetuação de receitas sem que se soubesse a real condição daquele paciente.

Dados obtidos pelo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) em 2016 mostraram que a principal causa de morte no município de Floresta são as doenças do aparelho circulatório. Além disso, podemos notar por meio de pesquisas feitas no G-MUS, que a maior parte da população que é acompanhada devido a doenças crônicas é formada por portadores de Hipertensão arterial e Diabetes tipo 2, que são doenças que acarretam grande número de óbitos por problemas circulatórios.

1.1 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de que haja uma mudança completa nessa cultura nociva para os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Hipertensão arterial e Diabetes mellitus tipo 2. A resolução deste problema implica em um maior número de doentes compensados em suas doenças, apresentando cada vez menos complicações agudas e crônicas.

Acreditamos enquanto equipe de saúde que a solução desse problema é muito factível e não demanda recursos financeiros consideráveis, além de envolver toda a equipe de saúde. Por meio da criação de uma agenda com consultas programadas para os portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 e um trabalho ostensivo de conscientização dos pacientes sobre a importância de se manter o controle das doenças, conseguiremos reduzir os casos de descompensação aguda e internamentos hospitalares, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e prolongar a expectativa de vida destes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Melhorar o controle das doenças crônicas não transmissíveis dos pacientes acompanhados na Unidade de saúde Rubens Antônio Baqueta em Floresta, estado do Paraná, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, substituindo a cultura de “renovação de receitas” por uma cultura de cuidado continuado e programado.

1.2.2 Objetivos específicos

- Melhorar o controle pressórico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Melhorar o controle glicêmico dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2;
- Reduzir o número de vezes que o paciente procura um serviço de pronto atendimento por descompensação da doença de base;
- Criar uma nova visão de acompanhamento das doenças crônicas;
- Criar uma agenda para o médico da Equipe de Saúde da Família, que contemple consultas programadas para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 da Unidade Básica de Saúde Rubens Antônio Baqueta.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A prática da renovação de receitas constitui-se em uma cultura nociva, em que o paciente se recusa a passar por consulta medica para que, apenas e tão somente, tenha a receita de seus medicamentos de uso continuo transcrita e assinada pelo medico, para que possa continuar retirando tais medicamentos na farmácia da UBS. A educação em saúde, associado ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertenso e/ou diabéticos (SILVA, 2006).

Não dispomos de dados sobre este tema específico, talvez até mesmo pelo receio dos profissionais em reconhecer total inversão da lógica primeira do atendimento médico, centrada em anamnese, exame clínico, diagnóstico e tratamento. Porém, no dia a dia, no contato com outros médicos de outras UBS's e de outros municípios, conseguimos perceber que a renovação de receita não se trata de uma cultura restrita a UBS Rubens Antônio Baqueta na cidade de Floresta no Paraná.

Tal pratica vem de encontro ao complexo problema enfrentado há muitos anos nas UBS's no que se refere ao acolhimento à demanda espontânea e ao funcionamento efetivo de uma agenda organizada para o médico da ESF que englobe o atendimento às queixas agudas e às consultas de rotina aos pacientes portadores de doenças crônicas. Tal complexidade é caracterizada pela exigência de que se considere, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade (BRASIL, 2013).

De acordo com o Caderno da Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea V.I, é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, entendida como legítima. No entanto, o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para consulta médica. É preciso ampliar a capacidade clínica da equipe para ela seja capaz de realizar\acionar intervenções que promovam resolutividade para os pacientes (BRASIL, 2013).

De acordo com a Linha Guia de Hipertensão Arterial da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana, e em combinação com Diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Tanto a HAS, quanto Diabetes Mellitus, são doenças graves, silenciosas, de difícil diagnóstico precoce, e que o tratamento muitas vezes contempla medicamentos que causam muitos efeitos colaterais, motivos que levam ao baixo controle destas doenças (SESA, 2018).

O Estudo de Prevalência de Diabetes Mellitus, realizado no Município de Ribeirão Preto no período de 1996 a 1997, demonstrou um alto grau de desconhecimento da doença. Das pessoas com Diabetes Mellitus, 46,5% desconheciam ser portadoras da doença (TORQUATO et al., 2003).

Outro fator que dificulta o controle da HAS e do DM é a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Muitos são os fatores que contribuem a falta de adesão, como dificuldade financeira, um grande número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos aos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a característica assintomática da doença e sua cronicidade (GIROTTI, 2011).

A escolaridade, assim como o grau de conhecimento sobre as doenças também devem ser levadas em conta quando se fala em adesão ao tratamento. A boa relação médico/paciente é outro fator que pode ajudar a alcançar melhores resultados no controle da HAS e do DM.

A educação em saúde é fundamental, pois não é possível um controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não souber em quais princípios se fundamentam as medidas terapêuticas. A participação ativa do indivíduo é imprescindível para alcançar o controle das doenças e se evitar complicações (PAIVA et al., 2006).

O enfrentamento do desafio de prestar um cuidado efetivo e continuado aos pacientes portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sem, contudo deixar de lado os indivíduos que demandam queixas agudas, dentro de uma unidade básica de saúde, passa impreterivelmente pela organização do processo de trabalho dentro da UBS. A criação de uma agenda de atendimentos é parte fundamental deste processo.

3 METODOLOGIA

Pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2007) a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é criada e realizada em profunda associação

com uma ou mais ações ou com a resolução de um problema coletivo, é desempenhada por pesquisadores e demais atores envolvidos com a situação.

A pesquisa-ação é composta por diversas fases. A fase exploratória, já realizada, está descrita na introdução deste trabalho e diz respeito ao convívio no dia a dia da unidade de saúde, na relação com os outros profissionais, na identificação de situações/problemas a serem solucionadas, na descrição das condições sociais e demográficas da população em análise, entre outros aspectos.

A definição do problema, também abordado na introdução e na justificativa deste trabalho, aborda com detalhes a questão da problemática da renovação de receitas e seus males aos indivíduos por ela impactados.

O quadro a seguir mostra com detalhes os objetivos fixados, as atividades a serem desenvolvidas para se alcançar as metas estabelecidas e os agentes envolvidos nas tais atividades.

QUADRO 1 - OBJETIVOS E COMO ALCANÇÁ-LOS

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Metas a atingir
Organizar agenda de consultas	1° Montar agenda que contemple os objetivos já citados, 2° Agendar as consultas e manter agenda organizada	1° Enfermeira da ESF 2° Recepcionista da unidade	Acabar com a renovação de receitas; diminuir o tempo de espera na consulta
Conscientizar a população para a nova forma de funcionamento e atendimento	Confeccionar cartazes explicando a nova forma de atendimento e suas vantagens; educar os pacientes a agendarem com antecedência suas consultas	ACS's**	Reduzir o número de reclamações e criar na prática a ideia de longitudinalidade
Alcançar as metas de tratamento	Fornecer cartões de anotação para pressão arterial (PA) e glicemia e instituir tratamento de acordo com os estágios das doenças	Médico ESF	PA < 140/90mmHg ou 130/80mmHg a depender do paciente e HbA1C*** < 7% ou 8% a depender da idade do paciente

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Definidas as estratégias para a tentativa de solução do problema “renovação de receitas”, o primeiro passo foi organizar uma reunião com funcionários dos diversos setores da UBS para expor o problema, discuti-lo e falar sobre as propostas de intervenção para solucioná-lo. Nesta reunião estiveram presentes as seis agentes comunitárias de saúde (ACS's), uma representante da recepção, a enfermeira, que também é a chefe da UBS, o farmacêutico e o médico da Estratégia Saúde da Família.

A reunião foi muito proveitosa e todos puderam expor seus pontos de vista sobre o assunto, chegando a um consenso dos malefícios que tal prática acarreta para a saúde dos usuários da UBS. Foi levantado durante essa reunião o desafio que seria tentar romper com uma cultura tão arraigada e cômoda para os pacientes e a necessidade de se firmar um pacto em prol de fazer valer as decisões ali tomadas.

Ficou decidido que as ACS's ficariam responsáveis pela elaboração de cartazes falando sobre a nova forma de atendimento com consultas agendadas para os pacientes hipertensos e diabéticos e as vantagens trazidas por essa nova forma de trabalho. Além disso, elas também ficariam responsáveis por divulgar essa nova forma de agenda durante a atuação em suas respectivas áreas. Como combinado, assim foi feito. Elaboraram os cartazes, que foram fixados nas paredes do hall de entrada da UBS e nas paredes do corredor onde os pacientes aguardam para entrar nos consultórios.

Em segundo lugar, ficou estabelecido que a enfermeira ficaria responsável pela elaboração de uma agenda para o médico da família. Da mesma forma, essa tarefa foi cumprida e na semana seguinte entrou em funcionamento. Segue abaixo a agenda criada (lembrando que a UBS conta com um segundo médico que atende à demanda espontânea nas segundas, terças e quartas-feiras à tarde e nas quintas-feiras a totalidade do expediente).

QUADRO 2 - AGENDA DE CONSULTAS

Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Demanda	Demanda espontânea	Demanda	Atividades	Demanda espontânea

	espontânea		espontânea	teóricas	
Tarde	Hipertensos e diabéticos	Hipertensos, diabéticos e saúde mental.	Visita domiciliar	Atividades teóricas	Saúde do idoso e demanda espontânea

De início, e de certa forma até o presente momento em menor proporção, percebemos uma resistência/insatisfação de muitos pacientes, os quais já estavam acostumados a pouco passar por consultas de rotina e reavaliação. Era e ainda é muito comum ouvir questionamentos do tipo: “por que agora é obrigado a passar por consulta para renovar as receitas?”. Tem sido um período de sensibilização e orientação aos pacientes sobre a necessidade de acompanhamento das doenças crônicas. Muitos indivíduos ao se depararem com exames de hemoglobina glicada de 10% por exemplo, começam a perceber a importância de acompanhamento.

Durante a reunião de equipe, na qual discutimos a proposta de intervenção, ficou também decidido que uma das mudanças a ser estabelecida seria a de que a enfermeira da equipe seria agora a responsável pela triagem dos pacientes nos períodos da manhã, a fim de melhorar a resolutividade já nesta etapa e conscientizar e orientar os pacientes sobre o novo modelo de atendimento da UBS. No entanto, devido à enfermeira acumular funções administrativas por ser a chefe geral da UBS, nem todos os dias ela consegue ficar responsável pela triagem, ficando assim em seu lugar algum técnico de enfermagem. Isso tem acarretado que, muitas vezes alguns pacientes, embora cientes da possibilidade de agendamento da consulta, procure a UBS pela manhã para poder renovar as receitas das medicações de uso contínuo. Há certa dificuldade de alguns técnicos em contrariar o paciente pedindo para que marque consulta para outro dia. Muitas vezes o paciente afirma estar sem os medicamentos e precisa então passar por consulta naquele dia.

Outra dificuldade que enfrentamos é o fato de apesar de as consultas agendadas no período da tarde serem com horário marcado, a grande maioria dos pacientes permanece chegando próximo às 13 horas, que é o horário quando começam a ser atendidos, não melhorando assim um dos problemas que gostaríamos de solucionar que é o tempo prolongado de espera.

Não obstante as dificuldades naturais que ocorrem durante o processo, muitos pacientes já conseguem se mostrar adaptados e conscientes da maneira

como devem manter o acompanhamento de suas doenças crônicas. Acabamos com o grande número de receitas, que ao final de todos os dias eram entregues para que fossem renovadas, ficando assim apenas àquelas dos pacientes que realmente tem problemas de locomoção ou são acamados e, portanto não podem por esses motivos comparecer com maior frequência na UBS.

Nesse momento ainda é difícil estabelecer com exatidão a melhora dos padrões de pressão arterial e glicemia dos pacientes que agora estão sendo acompanhados com maior frequência devido ao pouco tempo decorrido desde as mudanças efetuadas no modelo de trabalho implantado. Mas esperamos que tais mudanças reflitam no melhor controle das doenças crônicas, em especial a Hipertensão Arterial e o Diabetes tipo 2.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de acabar com uma cultura de renovação de receitas, a criação de agenda de consultas se mostrou eficaz para eliminar ou ao menos reduzir a ocorrência dessa prática nas Unidades Básicas de Saúde. A dinâmica do atendimento com horário marcado, sem deixar de lado o acolhimento à demanda espontânea, organiza o processo de trabalho e contribui para a criação do vínculo usuário/equipe de saúde na perspectiva do cuidado continuado. Sabemos que cada comunidade tem suas particularidades e, portanto, seus meios possíveis de organização, no entanto um esforço deve ser feito para que o processo de trabalho seja sempre acolhedor e resolutivo para o cidadão. A mudança de cultura numa sociedade é sempre desafiadora na medida em que traz para cada indivíduo a responsabilidade por sua saúde, seus atos e o rompimento com práticas baseadas no comodismo. Sugerimos que novas pesquisas sejam produzidas para denunciar práticas danosas no processo de trabalho da atenção básica e ao mesmo tempo aponte caminhos para solucioná-las afim de que tenhamos cada vez mais qualidade na prestação de serviços de saúde para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos da atenção básica, n.28, V.I : Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013.

GIROTTTO, Edmarlon et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013 .

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 377-385, Feb. 2006 .

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223| **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007

TORQUATO, Maria Teresa da Costa Gonçalves et al. Prevalência de diabetes mellitus e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil. **São Paulo Med. J.** , São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.