A ATIVIDADE COMPLEMENTAR DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
DE PÓS-CONSULTA MÉDICA.

Sc
MARÍLIA SIQUEIRA MENDES PIRES AMARAL

Trabalho apresentado à Faculdade de Saú
de Pública da U.S.P., para obtenção do
Gráu de Mestre em Saúde Pública.

Departamento de Prática de Saúde Públi-
ca.

Orientador: Dr. Reinaldo Ramos.

São Paulo, 1974.

Agradecimentos

É com satisfação que registramos nossos agradecimentos ao Prof. Dr. Reinaldo Ramos, por sua valiosa orientação, e à Equipe de Saúde Pública do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, que possibilitaram a realização deste trabalho.

Somos ainda, especialmente gratos, à Prof. Izaltina Goulart Azevedo pelo estímulo e apoio constantes.

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. A PÓS CONSULTA MÉDICA.....	4
2.1. Conceitos Básicos.....	4
2.2. Composição da Pós-consulta.....	7
3. A PÓS-CONSULTA MÉDICA NO CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA.....	9
3.1. Considerações Gerais.....	9
3.2. Material e Métodos.....	13
3.3. A Duração da Pós-consulta.....	15
3.4. Fatores que Interferem na Duração da Pós-consulta.....	18
3.5. Ações Componentes da Pós-consulta.....	25
3.6. Custo Operacional da Pós-consulta.....	29
4. O INSTRUMENTO DA PÓS-CONSULTA MÉDICA.....	34
5. CONCLUSOES.....	38
Resumo.....	39
Referências Bibliográficas.....	41
Anexos.....	42

1 - INTRODUÇÃO

Saúde Pública é a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população. Um de seus objetivos básicos é a mudança de comportamento de indivíduos, famílias e comunidades, em aspectos relacionados à saúde.

Segundo Griffiths³, três etapas são frequentemente necessárias para conseguir-se uma mudança de comportamento

- criar ou mudar percepções,
- utilizar forças motivadoras,
- tomar uma decisão para agir.

O mesmo autor considera ainda que, o fato do indivíduo tomar uma decisão para agir, não significa sistematicamente que passe a agir; necessário se faz uma ligação entre intenção e ação.

Transpondo estes conceitos para uma situação real, podemos verificar que em nossos serviços de Saúde Pública, grande esforço é desenvolvido no sentido de atingir-se e ultrapassar estas etapas. No entanto, é comum o fato do indivíduo passar por estas três etapas, iniciar a ação e não completá-la. Este fato frequentemente se verifica em relação à consulta médica. Um paciente após receber uma consulta, dificilmente segue completa e corretamente as instruções médicas recebidas.

Vários fatores podem interferir no não cumprimento das instruções médicas. Entretanto, torna-se necessário minimizar estes fatores, criando novas percepções e motivações,

induzindo o paciente a prosseguir na ação iniciada. A atividade complementar de Enfermagem de Saúde Pública de pós-consulta médica vem de encontro a esta necessidade e sua utilização tem sido preconizada por administradores e técnicos em Saúde Pública.

Não conseguimos determinar quando e como a pós-consulta médica foi introduzida em nossos serviços de Saúde Pública. As referências encontradas em nossa pesquisa bibliográfica são escassas e superficiais e, na sua quase totalidade, são "Normas Técnicas" de determinados serviços de Saúde Pública.

Considerando a escassez de trabalhos relacionados com o tema e o crescente interesse que vem sendo despertado para com estudos referentes às atividades de Enfermagem de Saúde Pública e instrumentos necessários à realização das mesmas, propuzemo-nos elaborar o presente trabalho.

Preocupando-nos em não apenas teorizar sobre o assunto, mas em apresentar dados operacionais, procuramos desenvolver uma pesquisa em uma Unidade Sanitária que utilizasse a pós-consulta de forma sistemática em sua rotina de trabalho. A escolha do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, baseou-se no fato do mesmo ser campo de estágio da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P. e oferecer condições necessárias à realização de pesquisas desta natureza.

Ao desenvolvermos este trabalho, tivemos em mente três objetivos:

- 1º - descrever os elementos conceituais básicos da atividade complementar de Enfermagem de Saúde Pública de pós-consulta médica;
- 2º - apresentar dados operacionais referentes à pós-consulta médica, baseados em uma situação real;
- 3º - fornecer subsídios para o planejamento e implantação da pós-consulta médica em serviços de Saúde Pública.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para o planejamento de Enfermagem de Saúde Pública. Conseguida esta meta, daremos por atingido o objetivo principal deste nosso trabalho.

2 - A PÓS-CONSULTA MÉDICA.

2.1. Conceitos Básicos.

A pós-consulta médica é uma atividade complementar de Enfermagem de Saúde Pública e tem como objetivo principal aumentar a eficiência da consulta médica. Operacionalmente, este objetivo traduz-se em desenvolver junto ao paciente:

- primariamente, os subsídios necessários ao seguimento das instruções médicas,
- secundariamente, medidas gerais e específicas de promoção e proteção da saúde.

Podemos então definir a pós-consulta como:

"a atividade complementar de Enfermagem de Saúde Pública que consiste no conjunto de ações desenvolvidas junto ao paciente, após a consulta médica, visando a orientação do mesmo quanto à situação encontrada durante a consulta e o estabelecimento de medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde."

A pós-consulta é desenvolvida pelo método de educação individual, sob a forma de entrevista. Esta técnica é

utilizada em decorrência dos próprios objetivos da pós-consulta, permitindo participação ativa do paciente e possibilitando as necessárias adequações das orientações que a compõem.

Duas características básicas da pós-consulta de vem ser consideradas:

1º. A pós-consulta é uma atividade educativa por excelência.

Portanto, alguns postulados referentes ao processo de aprendizagem devem ser lembrados:

- a - todas as pessoas podem aprender, independentemente de raça, idade, sexo, cultura ou posição social,
- b - a aprendizagem é um processo ativo,
- c - a aprendizagem é associativa, isto é, condicionada,
- d - a emoção é fator importante no processo de aprendizagem,
- e - a motivação é fator básico para qualquer aprendizagem,
- f - a aprendizagem torna-se mais eficiente quando desenvolvida em situações reais,
- g - o estabelecimento de boas relações humanas é fator importante no processo de aprendizagem..

A pós-consulta, como qualquer outra atividade e ducativa, deve nortear-se por tais princípios. Outrossim, ressaltam-se pela importância, os princípios de motivação, repetição e participação (e, c e b, respectivamente), que, dado a adoção de técnica educativa individualizada, tornam-se de fácil consecução, podendo ser largamente explo rados.

2º. A pós-consulta é uma atividade complementar da consulta médica. Este caráter de complementariedade deve ser traduzido em termos de conteúdo e de duração:

a - o conteúdo da pós-consulta, ou seja, sua composição deve estar direta e intrinsecamente relacionada com o conteúdo da consulta médica.

b - a duração da pós-consulta não deve ser superior à duração da própria consulta médica. Esta premissa, no entanto, não encontra sustentáculo se relacionada aos nossos serviços de Saúde Pública, considerando-se que, a elevada demanda de consulta médica nestes serviços, aliada à escassez de recursos em termos de hora/médico, requerem uma maior cobertura da atividade em detrimento de sua qualidade, levando conseqüentemente a uma orientação médica mais rápida e superficial. Associado a este fator, as condições educacionais e culturais dos pacientes atendidos por estes serviços, criam a necessidade de maior detalhamento e melhor adaptação das orientações desenvolvidas durante a pós-consulta.

Pressupondo-se que estes fatores repercutam na composição e, mais especificamente, no nível de detalhamento das orientações, é de supor-se que a duração da pós-consulta não deva, em nosso meio, estar restrita à duração da consulta médica.

2.2. Composição da Pós-consulta.

Composição de uma atividade "é a relação qualitativa de certo modo sequencial de todas as tarefas que a cons-tituem".⁷

Nestes termos, a pós-consulta deve ter a segunte composição:

- a) recebimento do prontuário do paciente,
- b) interpretação dos dados do paciente e da prescrição médica,
- c) recepção do paciente,
- d) avaliação do grau de compreensão do paciente quanto à orientação médica recebida,
- e) esclarecimento do diagnóstico médico,
- f) medidas gerais e específicas de promoção e proteção da saúde:
 - orientação dietética,
 - orientação sobre imunizações,
 - orientação sobre hábitos de vida sadia,
 - outras orientações necessárias,
- g) entrega de medicamentos (quando fornecidos)
- h) orientação sobre o tratamento medicamentoso prescrito,
- i) encaminhamentos,
- j) agendamento para próxima consulta,
- l) registro dos procedimentos desenvolvidos no prontuário do paciente e boletim estatístico.

Evidentemente, esta é uma composição teórica, baseada no conteúdo que uma consulta médica de Saúde Pública deve possuir. Contudo, na prática, uma pós-consulta não implica necessariamente no desenvolvimento de todas estas ações. Sua composição real está diretamente relacionada com o conteúdo efetivo da consulta médica e com as necessidades imediatas do paciente. O estabelecimento de quais orientações devem ser desenvolvidas e seu nível de detalhamento é uma decisão a ser tomada pelo executor, para cada caso individualmente, tendo por base a filosofia e os objetivos da instituição à qual pertence.

3. A PÓS-CONSULTA MÉDICA NO CENTRO DE SAÚDE EXPERIMENTAL DA BARRA FUNDA.

3.1. Considerações Gerais

Visando atingir o segundo objetivo do trabalho, realizamos um estudo no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda (C.S.E.B.F.).

Para uma visualização do contexto em que se insere a pós-consulta no C.S.E.B.F., necessário se faz algumas informações.

O C.S.E.B.F. teve sua criação demarcada por um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde Pública e a Faculdade de Ciências Médicas dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em janeiro de 1967. A partir de sua criação foi formada uma equipe multiprofissional que se encarregou de seu planejamento e instalação. O C.S.E.B.F. situa-se no sub-distrito de Barra Funda que pertence ao Distrito Sanitário de Santa Cecília, do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo. Iniciou seu funcionamento em abril de 1969, tendo como objetivos:

- "1º - promoção, proteção e recuperação da saúde da população residente na área do sub-distrito da Barra Funda, através da assistência médico-sanitária e dos métodos educativos disponíveis, visando a redução da morbidade e da mortalidade e a aquisi-

ção de conhecimentos pelos indivíduos, pelas famílias e pela comunidade, a fim de que possam assumir a sua responsabilidade na problemática de saúde;

- 2º - ensino de Saúde Pública e demais disciplinas do Departamento de Medicina Social, através de estágio para alunos de medicina, enfermagem e outros profissionais de saúde;
- 3º - treinamento de pessoal de Saúde Pública, tanto para a Unidade como para a Secretaria de Saúde;
- 4º - realização de pesquisas operacionais aplicadas à Saúde Pública, desenvolvendo métodos e técnicas que possam ser estendidas à rede de Unidades Sanitárias do Estado de São Paulo".⁵

Foram definidas como características básicas do C.S.E.B.F.:

- "a - atende somente moradores residentes na área do sub-distrito da Barra Funda, compreendendo uma população de 26.500 habitantes e uma área de 2,5Km².
- b - adota sistema de matrícula e prontuário familiar, onde são registrados todos os atendimentos recebidos pela família.
- c - procura dar atendimento às necessidades globais da família, através do trabalho da equipe multiprofissional, considerando o homem em seus aspectos bio-psico-sociais.

- d - desenvolve atividades programadas com critérios científicos de eficiência operacional.
- e - dá ênfase aos aspectos promocionais da saúde da comunidade procurando motivar a população a procurar os serviços de saúde.
- f - desenvolve atividades educacionais através de orientações individuais, feitas pelo serviço de Enfermagem antes e depois de cada consulta; orientações em grupo feitas a partir de problemas identificados pela equipe de saúde: grupos de terapia ocupacional, de gestantes, de mães e de alcóolatrás.
- g - imprime caráter dinâmico, procurando a comunidade através das visitas domiciliares realizadas por Visitadoras de Saúde Pública, treinadas na Unidade, sob supervisão da Enfermagem. As visitas são polivalentes e obedecem a uma prioridade de acordo com as normas de cada programa.
- h - desenvolve contatos com as instituições da comunidade, procurando a coordenação de recursos em função dos programas propostos."4

O C.S.E.B.F. tem como áreas básicas de atuação: saúde da criança, saúde materna e saúde do adulto e suas atividades são desenvolvidas de forma integrada, através de seus diversos sub-programas, pelos serviços:

- médico-odontológico,
- enfermagem,
- social,

- laboratório,
- epidemiologia e estatística,
- administrativo.

Paralelamente às atividades assistenciais prestadas à população da área, o centro desenvolve atividades de ensino, treinamento e pesquisa. ⁶

A Enfermagem de Saúde Pública participou ativamente, desde as fases de planejamento e instalação do centro de saúde e desenvolve suas atividades de forma integrada, junto aos vários sub-programas.

As atividades de enfermagem desenvolvidas no centro compreendem:

- Atividades técnicas: consultas e entrevistas de enfermagem, visita domiciliária, preparo para a consulta, pré e pós-consulta médica, vacinações, testes, tratamentos, coleta de material para exames de laboratório, coordenação de grupos da comunidade, etc.
- Atividades administrativas: planejamento, supervisão, avaliação, etc.
- Atividades de ensino: treinamento e supervisão de estagiários, visitantes e atendentes de Saúde Pública.
- Atividades de pesquisa.

O atendimento médico de rotina realizado no C.S.E.B.F. inclui: preparo para consulta, pré-consulta médica, consulta médica propriamente dita e pós-consulta médica.

A pós-consulta é desenvolvida sistematicamente nas clínicas de Saúde Materna, Saúde da Criança e Saúde do Adulto, na mesma concentração da consulta médica. O instrumento de enfermagem utilizado para sua execução é a hora/visitador de Saúde Pública.

Nosso estudo no C.S.E.B.F. objetiva especificamente:

- obter dados sobre a duração da pós-consulta,
- identificar os possíveis fatores que interferem em sua duração,
- estabelecer em que proporção as ações componentes da pós-consulta estão sendo desenvolvidas pelo serviço,
- determinar o custo operacional da pós-consulta.

Na tentativa de bem definir as variáveis a serem estudadas e estabelecer critérios mais uniformes, julgamos necessário limitar o estudo a uma clínica do C.S.E.B.F. A clínica escolhida foi a da Saúde da Criança, tendo como base o maior volume de atendimento em relação às demais.

3.2. Material e Métodos

3.2.1. População e Amostra.

A população em estudo foi constituída por crianças de 1 mês a 14 anos, atendidas na Clínica de Saúde da

Criança do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, do Distrito Sanitário de Santa Cecília - D.R.S. 1 - São Paulo, Capital. A unidade amostral utilizada foi a criança atendida em pós-consulta. Para a constituição da amostra, procedeu-se da seguinte forma: foram incluídas na amostra todas as crianças de 1 mês a 14 anos que compareceram à Clínica de Saúde da Criança para submeter-se a consulta médica em um período determinado em função de perfazer um total de 200 observações. A única condição para a criança participar da amostra foi a de ter passado por consulta médica. Necessário se faz esclarecer que o C.S.E.B.F. tem como norma o oferecimento de pós-consulta a todo paciente que se submete à consulta médica.

3.2.2. Técnica e Instrumento da Pesquisa.

Durante a fase preliminar do estudo, várias entrevistas foram realizadas. Estas entrevistas tiveram como objetivo fornecer subsídios para o planejamento da pesquisa e foram realizadas com professores, administradores e técnicos de Saúde Pública, inclusive profissionais de Enfermagem de Saúde Pública.

A "observação" foi definida como a técnica a ser utilizada na coleta de dados. A atividade de pós-consulta' da Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.F. seria observada de forma:

- direta,
- sistemática,

- sem participação,
- com conhecimento do observado,
- em situação natural.

Passou-se então à elaboração do instrumento de pesquisa que se constituiu de um formulário, a ser preenchido pelo observador. Este formulário, (anexo 1) permitir-nos-ia coletar simultaneamente, dados sobre a duração, as características e as ações componentes da pós-consulta.

3.3. A Duração da Pós-consulta Médica.

3.3.1. Generalidades.

O estudo realizado na Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.F., abrangeu um total de 200 observações.

Para efeito deste estudo, a pós-consulta foi definida como "a atenção dispensada por visitadora de Saúde Pública à criança de 1 mês a 14 anos (e seus acompanhantes), sadia ou doente, com a finalidade de orientá-los quanto à situação encontrada por ocasião da consulta médica, na Clínica de Saúde da Criança".

A duração da pós-consulta foi definida operacionalmente como "o tempo utilizado na execução da atividade, incluindo desde o recebimento do prontuário familiar até o registro dos procedimentos desenvolvidos na ficha do paciente e no boletim estatístico".

3.3.2. Resultados.

As durações máxima e mínima das pós-consultas observadas foram, respectivamente, 23 e 4 minutos. Constatada esta amplitude de variação em sua duração, utilizou-se a seguinte categorização para efeito de processamento de dados:

Categoria A - 4 a 8 minutos exclusive

Categoria B - 8 a 12 minutos exclusive

Categoria C - 12 a 16 minutos exclusive

Categoria D - 16 a 20 minutos exclusive

Categoria E - 20 a 24 minutos exclusive

De acordo com esta categorização, os dados sobre duração, ofereceram os seguintes resultados:

Tabela 1 - Duração da pós-consulta na população amostral.

Duração (em minutos)	Nº	%
4 — 8	85	42,5
8 — 12	77	38,5
12 — 16	28	14,0
16 — 20	7	3,5
20 — 24	3	1,5
TOTAL	200	100,0

Como pode-se observar pela tabela 1, os maiores percentuais de concentração da pós-consulta distribuem-se, na população amostral, pelas categorias A, B e C, que re

presentam durações de 4 a 16 minutos. A moda encontra-se na categoria A (4 a 8 minutos), com 42,5% das observações.

O tempo total da atividade observada foi de 1.864 minutos, o que correspondeu a uma duração média de pós-consulta de 9,320 minutos, com um desvio padrão de 3,620 minutos. Encontrou-se um intervalo de 95,0% de confiança para a verdadeira média do tempo de duração da pós-consulta de 8,818 a 9,822 minutos.

3.3.3. Comentários.

Foi-nos relatado em aulas da Disciplina de Enfermagem de Saúde Pública II, que a duração média da atividade complementar de pós-consulta seria de 10 minutos, com um conseqüente rendimento instrumental de 6 pós-consultas por hora/instrumento. Este era um dado teórico que pressupunha certo padrão de qualidade em termos de composição de pós-consulta e merecia comprovação. Nosso estudo revelou uma duração média de 9,320 minutos, com 95% de confiança de estar no intervalo de duração de 8,818 a 9,822 minutos. Embora considerando as limitações deste estudo, principalmente decorrente da especificidade de clínica, podemos verificar que a duração média de pós-consulta observada aproximou-se bastante da duração média teórica proposta. Este achado não se presta a grandes interferências, tão pouco a generalizações, uma vez que a duração da pós-consulta é diretamente proporcional à sua composição e ao seu respectivo nível de detalhamento e que estes estão, de

certa forma, vinculados à filosofia, objetivos e características de cada Serviço de Saúde Pública.

No entanto, constitui um ponto de referência prático que poderá ser utilizado como subsídio para o planejamento de Enfermagem de Saúde Pública.

3.4. Fatores que interferem na duração da pós-consulta médica.

3.4.1. Generalidades.

Baseando-se nas entrevistas realizadas durante a fase preliminar do estudo e no tipo de atendimento oferecido pela Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.F., foram identificados três elementos que possivelmente poderiam interferir na composição da pós-consulta e/ou no nível de detalhamento das orientações que a constituem, o que deveria consequentemente, estar refletindo em sua duração. Foram eles: o tipo de consulta médica precedente à pós-consulta, a idade e a classificação sócio-econômica da criança.

As pós-consultas foram portanto, estudadas segundo estes três aspectos.

Com relação ao tipo de consulta médica precedente, utilizou-se para efeito de categorização o critério médico. Assim, as pós-consultas foram categorizadas em :

- pós-consultas de puericultura,
- pós-consultas de pediatria.

Para efeito de categorização das pós-consultas por classificação sócio-econômica foram utilizados os critérios adotados pelo Serviço Social do C.S.E.B.F. As famílias são classificadas segundo o saldo mensal de renda familiar (diferença entre receita e gastos), e o número de pessoas que a constituem. Incluem-se na receita todas as fontes de renda familiar e, nos gastos, as despesas com alimentação (R\$ 70,00 por pessoa, por mês), aluguel, água, luz, gaz e prestações de casa ou terreno.

A Tabela 2 mostra os índices adotados para classificação sócio-econômica das famílias atendidas no C.S.E.B.F.

Tabela 2 - Índices de classificação sócio-econômica do C.S.E.B.F. em janeiro de 1974.

Classes No Pessoas	A	A ₅	B	B ₅	C
1	60	120	180	240	312
2	90	180	270	360	468
3	120	240	360	480	624
4	150	300	450	600	780
5	180	360	540	720	956
6	210	420	630	840	1092
7	240	480	720	960	1248
8	270	540	810	1080	1404
9	300	600	900	1200	1560
10 e	330	660	990	1320	1716

Desta forma, as pós-consultas foram categorizadas de acordo com a classificação sócio-econômica dos pacientes observados:

- pós-consultas de classe A,
- pós-consultas de classe A₅,
- pós-consultas de classe B,
- pós-consultas de classe B₅,
- pós-consultas de classe C.

Com relação à idade da criança, as pós-consultas foram categorizadas em:

- pós-consultas de infante
- pós-consultas de pré-escolar,
- pós-consultas de escolar.

3.4.2. Resultados.

Tabela 3 - Distribuição das pós-consultas observadas por classificação sócio-econômica, tipo de consulta médica e grupo etário.

Classes sócio-econômicas	P.C. Puericultura				P.C. Pediatria				TOTAL	
	Inf	PE	Esc	Sub-total	Inf	PE	Esc	Sub-total	Nº	%
A	14	21	5	40	32	38	15	85	125	62,5
A ₅	2	4	3	9	3	3	-	6	15	7,5
B	2	1	2	5	1	-	1	2	7	3,5
B ₅	1	-	-	1	1	2	3	6	7	3,5
C	8	8	7	23	9	6	3	18	46	23,0
TOTAL	27	34	17	78	46	49	27	122	200	100,0
%	13,5	17,0	8,5	39,0	23,0	24,5	13,5	61,0	100,0	-

Como se pode observar pela tabela acima,

verificam-se baixos percentuais de concentração de pós-consulta nas classes sócio-econômicas A₅, B e B₅, (7,5%, 3,5% e 3,5% das observações respectivamente). Este fato era esperado uma vez que em estudo realizado por Garcia², em 1972, constatou-se que das 3.067 famílias matriculadas no C.S.E.B.F., de abril de 1969 a maio de 1972, 49,56% foram classificadas sócio-economicamente como A, 9,43% como A₅, 7,92% como B, 5,53% como B₅ e 27,45% como C. A amostra utilizada em nosso estudo deveria refletir , pelo menos, parcialmente, a situação encontrada no referido trabalho, o que realmente ocorreu.

Constatado este resultado, utilizou-se, para efeito de análise dos dados apenas os valores das classes sócio-econômicas extremas, ou sejam, das classes A e C.

Os dados foram processados em termos de média aritmética e erro padrão da média, para intervalos de 95,0% da confiança.

Tabela 4 - Duração das pós-consultas observadas por tipo de consulta médica precedente, classe sócio-econômica e grupo etário.

Duração (minutos)	Puericultura						Pediatria					
	Classe A			Classe C			Classe A			Classe C		
	Inf.	P.E.	Esc.	Inf.	P.E.	Esc.	Inf.	P.E.	Esc.	Inf.	P.E.	Esc.
4—8	2	15	4	5	5	4	5	9	4	6	4	5
8—12	7	5	1	3	3	3	11	20	9	1	2	3
12—16	4	1	-	-	-	-	11	6	2	1	-	-
16—20	1	-	-	-	-	-	2	3	-	1	-	-
20—24	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
TOTAL	14	21	5	8	8	7	32	38	15	9	6	8

Tabela 5 - Durações médias das pós-consultas observadas e seus respectivos erros padrões da média para um intervalo de 95% de confiança (em minutos).

Tipo de consulta médica	Classes Sócio-eco nômicas	Grupos Etários		
		Infante	Pré-escolar	Escolar
Puericultura	A	11,143 $\pm$ 1,897	7,333 $\pm$ 1,548	6,800 $\pm$ 3,173
	C	7,500 $\pm$ 2,509	7,500 $\pm$ 2,509	7,714 $\pm$ 2,682
Pediatria	A	12,375 $\pm$ 1,254	10,316 $\pm$ 1,151	9,467 $\pm$ 1,832
	C	8,667 $\pm$ 2,365	7,333 $\pm$ 2,897	7,500 $\pm$ 2,509

3.4.3. Comentários.

Observando-se os dados brutos, Tabela 4, podemos verificar certa tendência da duração assumir valores maiores para as pós-consultas de pediatria, especialmente as de classe sócio-econômica A. A mesma tendência, porém em menor grau, pode ser observada para as pós-consultas de infante de um modo geral.

Os dados apresentados na Tabela 5, análise dos dados da Tabela 4, reforçam a tendência acima referida. As pós-consultas de pediatria em relação às de puericultura, assumem durações médias maiores para o grupo infante, classe A, sendo que, para os demais grupos, pré-escolar e escolar, o fato verifica-se apenas na classe A.

Observando-se as consultas de pediatria, isoladamente, verifica-se que existe um diferencial entre as durações médias das pós-consultas da classe A e C, para todos os grupos etários e que este diferencial tende a diminuir, proporcionalmente, à medida que a idade da criança aumenta (+3,808 minutos; + 2,983 minutos; + 1,967 minutos). Todavia, para as pós-consultas de puericultura tal fato verifica-se apenas para o grupo infante (+ 3,643 minutos).

Embora o estudo não permita definir qual a variável determinante destas diferenças, dado o caráter de interdependência entre as mesmas, pode-se concluir que existe um gradiente decrescente para as médias de duração da pós-consulta, no sentido de:

- pós-consultas de pediatria para puericultura,
- pós-consultas de classe A para classe C,
- pós-consultas de infante para escolar.

Este resultado vem corroborar a pressuposição inicial de que o tipo de consulta precedente, a classificação sócio-econômica e a idade do paciente interferem na duração da pós-consulta.

3.5. Ações Componentes da Pós-consulta.

3.5.1. Generalidades.

Na Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.E, a pós-consulta compreende os seguintes procedimentos:

- a - recebimento do prontuário familiar;
- b - identificação da ficha do paciente;
- c - interpretação dos dados do paciente e da prescrição médica;
- d - recepção do paciente e de seu acompanhante;
- e - avaliação do grau de compreensão do acompanhante do paciente quanto à orientação médica recebida;
- f - esclarecimento ou reforço da orientação médica;
- g - orientação preventiva específica;
- h - orientação dietética;
- i - orientação sobre hábitos de vida sadia;
- j - entrega de medicamentos;
- l - orientação sobre o tratamento medicamentoso prescrito;

- m - encaminhamentos, quando necessários, a: aplicação tópica de fluor, exames laboratoriais, imunizações, tratamentos específicos e outros;
- n - agendamento para retorno;
- o - registro dos procedimentos desenvolvidos na ficha do paciente e no boletim estatístico.

Considerando que os itens a,b,c,d,n,o,são desenvolvidos em 100% das pós-consultas, foram utilizados para efeito de coleta de dados apenas os demais, procedendo-se alguns desdobramentos.

3.5.2. Resultados.

Os resultados dos dados referentes às ações componentes da pós-consulta, encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa das ações componentes da pós-consulta na população amostral.

Ações	Componentes	Nº	%
e	- Avaliação do acompanhante do paciente sobre a orientação médica recebida...	200	100,0
f	- Esclarecimento ou reforço da orientação médica.....	187	93,5
g	- Orientação preventiva específica:		
	- não adquirir doença.....	35	42,5
	- não voltar a ter doença.....	69	34,5
	- evitar agravamento da doença..	77	38,5
	- nenhuma orientação.....	70	35,0
h	- Orientação dietética:		
	- geral.....	108	54,0
	- especial.....	54	27,0
	- nenhuma orientação dietética..	38	19,0
i	- Orientação/hábitos de vida sadia.....	49	24,5
j	- Entrega de medicamentos.....	101	50,5
	- não prescrição medicamentosa..	44	22,0
m	- Encaminhamentos.....	144	72,0
	Total de observações.....	200	100,0

3.5.3 Comentários.

Observando-se a Tabela 6, pode-se constatar que:

- Na Clínica de Saúde da Criança a avaliação do grau de compreensão do acompanhante do paciente sobre a orientação médica recebida foi verificada em 100% das observações, e que 93,5% destas receberam esclarecimento ou reforço da orientação médica. Estes dados demonstram a ênfase que o serviço dá a estes aspectos.
- A orientação preventiva específica esteve presente em 65% das observações e algumas associações foram verificadas em seus sub-ítem, uma vez que os mesmos não são mutuamente excludentes, o que refletiu em seus respectivos percentuais que, à primeira vista, parecem incongruentes.
- A orientação dietética geral e especial foram verificadas, respectivamente, em 54% e 27% das observações, proporcionando uma cobertura de orientação dietética de 81% das pós-consultas observadas.
- A orientação sobre hábitos de vida sadia esteve presente em apenas 24,5% das observações. Este valor, em parte, pode ser justificado pelo fato de que incluem-se neste ítem orientações sobre sono, exposição ao sol, vestuário, eliminações e que estas orientações são mais frequentemente desenvolvidas junto a crianças menores de 1 ano, que, pela Tabela 3, representam 36,5% das observações.
- A entrega de medicamentos atingiu um percentual de 50,5%. Este dado reflete uma norma do C.S.E.B.F., na qual apenas recebem medicamentos os pacientes da classe sócio-econômica A, que, pela Tabela 3, representam 62,5% das observações. A diferença, 12%, evidentemente está relacionada com a não prescrição medicamentosa que, em todas as observações foi de 22%.

- A orientação sobre tratamento medicamentoso esteve presente em 100% das pós-consultas observadas onde fez-se necessária, ou seja, 78%, pois em 22% das observações, não houve prescrição medicamentosa.
- Encaminhamentos verificaram-se em 72% das observações e refletem necessidades próprias dos pacientes atendidos.

De uma forma global, a frequência das ações componentes das pós-consultas observadas, estão refletindo as necessidades dos pacientes atendidos pelo serviço.

Se não podemos, apenas com estes dados, considerar a pós-consulta oferecida pela Clínica de Saúde da Criança como ótima, tão pouco podemos fazê-lo em contrário. Conforme abordamos anteriormente, embora exista uma composição teórica de pós-consulta ideal, nem sempre é possível ou aconselhável desenvolvê-la integralmente, a um só tempo. Suas ações componentes deverão ser desenvolvidas na medida em que se fizerem necessárias. Os elevados percentuais de frequência das ações componentes da pós-consulta encontrados neste estudo demonstram o nível de atendimento oferecido pelo C.S.E.B.F. .

3.6. Custo Operacional da Pós-consulta Médica.

A forma mais prática e simples de calcular o custo médio unitário de uma atividade é dividir o valor do total de recursos utilizados para produzir esta atividade pelo total de atividades produzidas, em determinado período de tempo.

Para o cálculo dos recursos necessários à produção de uma atividade, deve-se considerar:

- capacidade instalada,
- equipamentos,
- material permanente e de consumo,
- despesas de manutenção e limpeza,
- despesas com pessoal.

Assim, para produção da pós-consulta na Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.F., podemos observar:

- a - Capacidade Instalada - Tomando-se por base a planta física do C.S.E.B.F., anexo 2, verifica-se que o centro possui uma área construída total de 802m^2 , excluindo pátios e jardins e que, destes, apenas 28m^2 são destinados à pós-consulta. Portanto, a área destinada à pós-consulta em todas as clínicas do centro representa 3,5% de sua área total construída. Considerando-se apenas a área de pós-consulta da Clínica de Saúde da Criança, 12m^2 , esta relação baixa para 1,5%. Contudo, esta área permite a utilização de três instrumentos simultaneamente, sendo que a área correspondente a um instrumento, 4m^2 , representa apenas 0,5% da área construída total do centro de saúde. Outrossim, observou-se que as áreas destinadas à execução da pós-consulta, são também utilizadas sistematicamente para a produção da pré-consulta médica e, eventualmente, para entrevistas e consultas de enfermagem.

- b - Equipamentos - Não são necessários para a produção da pós-consulta.
- c - Material permanente e de consumo - O material permanente utilizado constitui-se de uma mesa, duas cadeiras e um armário em cada sala de pós-consulta. O material de consumo específico resume-se em pequenos impressos para encaminhamentos, quando necessários, uma vez que o centro utiliza-se do sistema de prontuário familiar, onde são anotadas todas as atividades desenvolvidas pelo centro de saúde.
- d - Despesas de manutenção e limpeza - Incluem-se neste item as despesas com reparos, iluminação artificial e limpeza. Considerando-se as características da área e do material utilizado, tomamo-las como irrelevantes.
- e - Despesas com pessoal - Inclui-se neste item o salário do Visitador de Saúde Pública que, em regime de 8 horas diárias, a 1º de janeiro de 1974, era da ordem de Cr\$1167,00 mensais, acrescido de 20% sobre o mesmo, correspondendo às despesas com férias e eventuais licenças. Embora sejam escaladas diariamente três visitadoras em tempo parcial, para realizar pós-consulta na Clínica de Saúde da Criança (uma para o período da manhã e duas para o período da tarde), torna-se impossível o cálculo da real despesa com pessoal em pós-consulta, visto que as visitadoras realizam paralelamente as pré-consultas médicas.

Como os recursos necessários à produção da pós-consulta são utilizados para produzir concomitantemente outras atividades e, na impossibilidade de estabelecer-se uma estimativa do valor real dos recursos materiais empregados, não se pôde aplicar o processo de cálculo anteriormente citado.

Optamos pelo cálculo baseado no custo de uma unidade de instrumento utilizado e seu respectivo rendimento.

Assim, o custo da pós-consulta será calculado pela expressão:

$$\begin{array}{lcl} \text{Custo da} & & \text{Custo da hora/visitador} \\ \text{Pós-consulta} & = & \frac{\text{Rendimento instrumental}}{\text{Rendimento instrumental}} \end{array}$$

Para o cálculo da hora/visitador utilizaremos apenas as despesas com pessoal, considerando-se que, parte dos recursos que compõem o instrumento são de caráter permanente, cuja depreciação parece-nos insignificante para este cálculo e, pressupondo-se que as demais despesas sofreriam uma diluição que as tornariam desprezíveis se relacionadas com a produção total, que, na clínica em estudo, foi de 5.076 pós-consultas em 1973.

$$\begin{array}{lcl} \text{Custo da} & & 1.167,00 + 233,00 * \\ \text{Hora/visitador} & = & \frac{160}{160} = 8,75 \end{array}$$

*1.167,00 = salário mensal do visitador de Saúde Pública.

233,00 = 20% sobre o salário.

160 = total de horas trabalhadas por mês.

Este estudo, na Clínica de Saúde da Criança, constatou uma duração média de pós-consulta de 9,320 minutos. Acrescendo-se-lhe 15% de seu próprio valor, que pressumos corresponder ao tempo dispendido e necessário aos intervalos das pós-consultas, teremos um rendimento instrumental de 5,6 pós-consultas por hora/visitador.

De forma que o custo operacional médio da pós-consulta, em janeiro de 1974, será o resultado da divisão de Cr\$8,75 (custo da hora/visitador) por 5,6 (rendimento instrumental), ou seja, Cr\$1,56.

4. O INSTRUMENTO DA PÓS-CONSULTA MÉDICA.

Pretende-se, neste tópico, tecer algumas considerações sobre o instrumento de enfermagem a ser utilizado na pós-consulta médica.

Instrumento, segundo a Técnica de Programação local⁷, "é o conjunto de recursos combinados segundo um critério de funcionalidade e eficiência para produzir uma atividade." Em termos de pós-consulta, estes recursos podem ser classificados em recursos humanos e recursos materiais, os quais serão analisados separadamente.

4.1. Recursos Humanos.

Teoricamente, o profissional ideal para executar a pós-consulta, é o enfermeiro. Entretanto, em nosso meio, sua utilização para este tipo de atividade, seria um requisito, impossível de ser adotado, considerando as deficiências quantitativas deste profissional, bem aquém do próprio profissional médico.

Poderíamos lançar mão do auxiliar de enfermagem, todavia a situação é semelhante, crescendo-se que a demanda das instituições hospitalares absorve toda a mão-de-obra que se forma. Outrossim, esta característica de mercado tem norteado a formação deste profissional, capacitando-os mais especificamente para a área de medicina curativa, o que não

exclui sua utilização em outras áreas, porém os tornam melhor aproveitáveis naquela área.

À Saúde Pública resta a opção e a responsabilidade de treinar pessoal auxiliar para desenvolver parte de suas atividades.

Este pessoal auxiliar, cuja seleção, formação, treinamento e supervisão é da competência da Enfermeira de Saúde Pública, quando bem aproveitado, poderá constituir excelente potencial de trabalho, permitindo assim que o profissional de nível superior possa desempenhar funções outras em que, sua participação seja indispensável.¹

A exemplo do C.S.E.B.F., a utilização do visitador de Saúde Pública ou equivalente, oferece algumas vantagens:

- período de treinamento menor, em relação aos demais, o que possibilita menor investimento em sua formação e maior contingente de mão-de-obra,
- treinamento específico para a área de Saúde Pública , permitindo certo aprimoramento das técnicas que lhe são próprias,
- mão-de-obra mais barata.

A experiência do C.S.E.B.F. tem demonstrado ser o visitador de Saúde Pública, em nosso meio, um ótimo elemento para executar a pós-consulta, não só pelas vantagens acima mencionadas como também pelo tipo de relacionamento que se estabelece entre ele e o paciente, o que facilita significativamente a comunicação recíproca.

4.2. Recursos Materiais.

Entre os recursos materiais levemos considerar a capacidade instalada, o mobiliário e o material de consumo.

- capacidade instalada - baseando-se na experiência do C.S.E.B.F., acredita-se que não seja necessário uma área superior a $4m^2$ para a sala de pós-consulta. Esta área satisfaz plenamente as necessidades da pós-consulta, e exclusividade não lhe é característica. Atenção especial deve ser dada à sua localização, para permitir fácil acesso aos pacientes. A sala de pós-consulta deve estar anexa ao consultório médico e à sala de espera. Ventilação e iluminação naturais são importantes não só sob o aspecto de saúde ambiental, como também econômico. As paredes devem ser revestidas em cores suaves, não sendo aconselhável o uso de quadros ou outros objetos que possam desviar a atenção dos pacientes.
- mobiliário - constitui-se basicamente de uma mesa com gavetas e duas cadeiras. Armários poderão ser necessários quando o serviço oferecer medicamentos. Os móveis devem ter linhas simples, oferecer conforto e possibilitar fácil manuseio e limpeza.
- material de consumo - resume-se em impressos de requisições para possibilitar os diversos encaminhamentos, folha de evolução clínica para ser anexada ao prontário quando necessário e pequenos cartazes e/ou folhetos

explicativos para ilustração das orientações desenvolvidas. Quando for necessário realizar demonstrações que exijam materiais específicos, estes devem ser incluídos, caso não haja sala própria.

Um detalhe importante que deve ser considerado quando se planeja ou implanta serviços que incluem a pós-consulta, diz respeito ao adequacionamento do instrumento' de pós-consulta ao instrumento de consulta médica. Quando o rendimento instrumental da hora/pessoal auxiliar de Enfermagem de Saúde Pública for análogo ao da hora médica, recomenda-se uma relação 1 : 1. No entanto, se o rendimento instrumental da hora/médico for superior e o custo social de espera do paciente significativo, recomenda-se uma alteração na referida relação, de acordo com os respectivos rendimentos instrumentais.

5 - CONCLUSÕES

O estudo sobre a atividade complementar de Enfermagem de Saúde Pública de pós-consulta médica, realizado na Clínica de Saúde da Criança do C.S.E.B.F., permite as seguintes conclusões:

1. A duração média da atividade foi de 9,320 minutos, aproximando-se significativamente da média teórica proposta por técnicos de Saúde Pública.
2. A pressuposição inicial de que fatores como: tipo de consulta médica precedente, idade e classificação sócio-econômica da criança interferem na duração da pós-consulta foi corroborada.
3. Os elevados percentuais de frequência das ações componentes da pós-consulta verificados, permitem inferir o alto nível do atendimento oferecido pelo C.S.E.B.F.
4. O custo médio unitário da pós-consulta, obtido através de cálculo baseado no rendimento instrumental encontrado, foi de R\$1,56.
5. A utilização de pessoal auxiliar de Saúde Pública para a execução da pós-consulta é uma necessidade e oferece algumas vantagens. No momento, o Visitador de Saúde Pública tem demonstrado ser um ótimo elemento para sua realização.

R E S U M O

Descreve os elementos conceituais básicos da pós-consulta médica, caracterizando-a como atividade educativa e complementar. Apresenta dados operacionais obtidos através de um estudo no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, São Paulo, sobre sua duração e os fatores que podem nela interferir, sua composição e seu custo médio unitário. Analisa os aspectos referentes ao instrumento da pós-consulta mostrando a necessidade e as vantagens da utilização de pessoal auxiliar de Saúde Pública para sua execução. Apresenta ainda algumas sugestões quanto aos recursos materiais que lhe são necessários e seu adequacionamento ao rendimento instrumental da consulta médica.

S U M M A R Y

This thesis describes the basic conceptual elements of Medical After-Care characterizing it as an educational and complementary activity. It presents operational data obtained through a study in the Experimental Health Center of Barra Funda, São Paulo, on the duration of Medical After-Care and the factors that can interfere with it, its composition, and its average unit cost. It analyses those aspects which refer to the means of After-Care showing the necessity and the advantages of utilizing auxiliary personnel from the Public Health Service for its execution. It also presents some suggestions regarding the materials resources which are basic to this service and their contribution to the improvement of the Medical After-Care stage.

Referências Bibliográficas.

1. FERREIRA, M.L. de Souza et al. - Recursos humanos para a saúde: treinamento de Visitadoras de Saúde Pública. Trabalho apresentado no XVIII Cong. Brasileiro de Higiene, São Paulo, 1970.
2. GARCIA, M.N. - Estudo para implantação de uma creche experimental anexo ao C.S.E.B.F. Trabalho apresentado à Fac. Paulista de Serviço Social da P.U.C., São Paulo 1972.
3. GRIFFITHS, W. - The educational approach to health work. California's Health, 15 (12), dec., 1957.
4. MERCADANTE, O.A. et al. - Atividades de ensino de um centro de saúde experimental. Trabalho apresentado no XVIII Cong. Brasileiro de Higiene, São Paulo, 1970.
5. MERCADANTE, O.A. - Um centro de saúde como local de estágio de Saúde Pública para estudantes de medicina. Trabalho apresentado à Fac. de Saúde Pública da U.S.P. para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, São Paulo, 1971.
6. SIMON, U.M. - O Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. Trabalho apresentado à Fac. de Saúde Pública da U.S.P. para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, 1970.
7. TÉCNICA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL. São Paulo, 1971. (Apostila do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde da Fac. de Saúde Pública da U.S.P. . Trabalho Docente nº 50).

A N E X O I

FICHA DE OBSERVAÇÃO Nº _____

C.S.E.B.F.

Pós-consulta Médica: S. Criança

DATA: _____

Observador: _____

[illegible]

	Nº	Atividade
	S	Avaliação
	N	do acompanhamento do paciente
	S	Esclarecimento ou
	N	reforço da orientação médica
	S	O.P. Não adquirindo
	N	doença
	S	O.P. Evitar o agravamento da doença
	N	
	S	Orientação Dietética Geral
	N	
	S	Orientação Dietética Especial
	N	
	S	
	N