

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARJORE NOVAES FARIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DA
AGENDA MÉDICA PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA DA
ESF PALMEIRAS EM BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2017

MARJORE NOVAES FARIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DA
AGENDA MÉDICA PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA DA
ESF PALMEIRAS EM BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Wania Cristina da Silva

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2017

MARJORE NOVAES FARIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DA
AGENDA MÉDICA PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA DA
ESF PALMEIRAS EM BOM SUCESSO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Ms. Wania Cristina da Silva - UFMG

Examinador 2 – Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

AGRADECIMENTOS

Concluir mais esta etapa em minha vida acadêmica foi sem dúvida alguma uma árdua tarefa. A realização de sonhos não vem de graça, ainda mais em tempos de grandes desafios pessoais. Se cheguei até aqui foi graças à infinita misericórdia de um Deus e Pai amoroso, que a despeito da minha pequenez e inconstância, me deu forças quando eu já não tinha mais de onde tirá-las. A Ele a minha gratidão. Agradeço também à minha mãe Marlene, incansável em acreditar que eu sou capaz, em me amar e me incentivar a jamais desistir.

Ao meu irmão Tiago, meu grande amigo, meu apoio nas coisas que tenho grandes dificuldades, muito obrigada. Ao meu pai e irmã e demais familiares, obrigada pelo amor e carinho que me sustentaram durante esse tempo.

À querida Lola, obrigada por encher meu tanque de esperança e me fazer acreditar que posso ir além do que um dia me disseram que eu poderia.

Aos amigos de Bom Sucesso, vocês foram minha família e não me desampararam quando mais precisei. Em especial, dedico este trabalho à Greice e Luana, que riram e choraram ao meu lado.

Aos amigos de longe e da Central, pelo apoio constante e mensagens de incentivo.

À equipe de saúde da família do Palmeiras, a minha gratidão por terem me acolhido, apoiado em todos os momentos e por terem me ajudado na organização dos dados deste trabalho.

Ao Dr. Rodrigo Chavez Penha pela paciência e atenção durante o tempo de PROVAB.

À Profa. Wania Cristina da Silva pela paciência, apoio e compreensão durante a elaboração deste trabalho.

A todos o meu muito obrigada.

“Existem coisas melhores adiante do que qualquer outra que deixamos para trás. ”

(C.S. Lewis)

RESUMO

Dentre os vários problemas relacionados à saúde do território de abrangência da ESF do Palmeiras no município de Bom Sucesso-MG, a “má organização da agenda de atendimentos médicos na ESF” foi selecionada como o principal problema a ser enfrentado. Tal problema foi evidenciado mediante a dificuldade que os usuários encontram para conseguir atendimento médico devido ao atual modelo de agenda que prioriza grupos de patologias específicas e não apresenta a possibilidade de atendimento de demandas fora de horários agendados. Esse trabalho objetiva apresentar um projeto de intervenção para organizar a agenda de demanda programada e espontânea de atendimentos médicos da ESF do Palmeiras. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema em diversas bases de dados e as informações obtidas foram aplicadas nas propostas de intervenção para os “nós críticos” encontrados relativos ao problema. Foi sugerido o agendamento de reuniões de equipe e rodas de conversa para propor um novo modelo de agenda de atendimentos médicos, capacitar a enfermeira quanto ao acolhimento dos pacientes com classificação de risco e vulnerabilidade e fornecer informações aos demais componentes da equipe quanto ao fluxo de acolhimento aos usuários de uma unidade básica de saúde (UBS). Dessa forma pretende-se melhorar a satisfação dos usuários da UBS garantindo-lhes um acesso humanizado quando procuram por respostas às suas necessidades.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Classificação de Risco. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Amidst various health-related problems in the scope of Palmeiras ESF in the municipality of Bom Sucesso-MG, "poor organization of medical care schedule in the PSF" was selected as the main problem to be faced. This problem was evidenced by the difficulty that users encounter to obtain medical attention due to the current model of schedule that prioritizes groups of specific pathologies and does not present the possibility of cater to demands outside scheduled times. This work aims to present an intervention project to organize the schedule of spontaneous and programmed demand for medical care of Palmeiras ESF. A review of literature on the subject was carried out in several databases and the information obtained will be applied in the intervention proposals for the "critical nodes" found regarding the problem. It was suggested the scheduling of team meetings and round-table talks to propose a new model of medical care schedule, to enable the nurse to perform embracement of patients with risk and vulnerability classification, and provide information to the other staff members regarding the flow of user embracement in a basic health unit (UBS). In this way, it is intended to improve UBS' users satisfaction by granting them a humanized access when they seek answers to their needs.

Key words: Family Health Strategy. Risk Classification. Primary Care Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização de Bom Sucesso, MG.....	10
Tabela 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Palmeiras, Unidade Básica de Saúde José da Mata Santiago, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.....	15
Quadro 1 – Modelo de agenda médica	27
Quadro 2 – Cronograma	29
Quadro 3 – Recursos necessários	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município de Bom Sucesso	10
1.2 O sistema municipal de saúde.....	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família do Palmeiras, seu território e sua população	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
1.5 Priorização dos problemas	14
2 JUSTIFICATIVA.....	17
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 METODOLOGIA	19
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Bom Sucesso

Bom Sucesso é uma cidade com 17.883 habitantes (IBGE, 2017), possui uma área de 705,046 km², situa-se na Microrregião do Alto Rio Grande (Zona de influência da cidade de Lavras – cidade polo), no S do estado de Minas Gerais, a 20 km da rodovia Fernão Dias (BR381) e dista 190 km da capital do Estado.



Figura 1 – Localização de Bom Sucesso, MG.

Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Bom_Sucesso_\(Minas_Gerais\)#/media/File:MinasGerais_Municip_BomSucesso.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Bom_Sucesso_(Minas_Gerais)#/media/File:MinasGerais_Municip_BomSucesso.svg)

Bom Sucesso é hoje composta da sede do município e do distrito de Macaia. Está ligada às principais cidades da região por rodovias asfaltadas, dentre elas a MG332 e a Rodovia MG335. Os rios Grande, das Mortes e Pirapitinga cortam o Município.

No setor econômico, a agropecuária tem papel relevante, sendo o café sua principal atividade, seguida do milho, do feijão, e dos rebanhos bovinos e suínos, além de ser uma bela bacia leiteira. A cidade possui quatro hotéis e comércio variado (destacando o comércio da panificação) e uma rádio Comunidade FM.

Quanto ao setor político, anda existem rixas partidárias locais, fato este que interfere em vários setores municipais, até mesmo no da saúde, uma vez que grupos de oposição acabam por levarem suas pendências políticas pessoais para o lado profissional.

Assim como em muitos municípios do interior mineiro, o perfil de segurança da cidade tem mudado nos últimos anos, sendo evidente o aumento do tráfico e consumo de drogas ilícitas e da violência decorrente do mesmo.

A tradição religiosa no município é muito forte, sendo a religião católica a predominante. Destacam-se diversos períodos festivos religiosos, sendo o período da Semana Santa o mais tradicional, com o Setenário das Dores. Os cristãos não católicos são também em número bastante expressivo, com diversos templos na cidade.

Uma das atrações turísticas do município é o lago formado pela Usina Hidrelétrica do Funil, tornando o Distrito de Macaia um dos locais mais visitados no município. Também se destaca como atração turística na cidade o distrito de Aureliano Mourão situado a 14 km da cidade, onde o turista encontra várias cachoeiras e corredeiras, pontes e estações ferroviárias da antiga linha da Maria Fumaça, e o encontro das águas do Rio Pirapetinga com o Rio das Mortes, com praias e águas propícias à pesca esportiva e banho de rio.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde, o município faz parte da microrregional de São João Del Rei e da macrorregional de Barbacena. Contamos com uma Santa Casa de saúde municipal, 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma policlínica, uma farmácia municipal e um laboratório municipal.

O município trabalha com consórcios e pactuações de saúde com municípios próximos como Lavras e São João Del Rei e com municípios mais distantes como Belo Horizonte.

Atualmente, nosso modelo de atenção à saúde mistura um sistema de saúde fragmentado e mecanicista com o modelo de atenção baseado em redes de atenção. Estamos iniciando o processo de implantação do prontuário eletrônico, mas este ainda ficará contido nas equipes da Estratégia Saúde da Família, não estando interligado aos outros setores de saúde municipais.

Apesar de termos acesso a serviços terceirizados na área da saúde, esta conta com grande número de pacientes em filas de espera para cirurgias, para atendimentos em setores especializados e exames de baixa a alta complexidade devido à falta de recursos municipais para o setor. Outro problema enfrentado é a grande rotatividade de médicos nas equipes da Estratégia Saúde da Família

municipais devido à falta de incentivos municipais para a permanência deles, falta de recursos propedêuticos e também devido aos prazos curtos de permanência desses profissionais no município. Tal fato acaba por deixar a população sem assistência primária por vários meses e dificulta o estabelecimento de uma assistência de saúde continuada aos pacientes.

1.3 A Equipe de Saúde da Família do Palmeiras, seu território e sua população

A equipe de saúde da família Palmeiras engloba a população de dois bairros do município de Bom Sucesso, Bairro Palmeiras e Bairro São Judas. É uma comunidade de baixo nível socioeconômico e com grande número de pessoas analfabetas. Muitos usuários encontram-se desempregados e outros se submetem a trabalhos informais. A população costuma ter uma melhora da situação financeira na época da colheita de café (abril a setembro), período em que jovens e adultos dedicam grande parte de seu dia a esta atividade informal.

A comunidade apresenta sistema de coleta de lixo, tratamento de esgoto e água. No setor educacional conta com um jardim de infância e uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Existem uma igreja católica e duas evangélicas na área e as opções de lazer são a praça de esportes e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), além de outras opções encontradas no município como um todo.

A UBS José da Mata Santiago abriga uma única equipe da ESF (Palmeiras) que está instalada em uma casa planejada para tal. Esta é composta por uma sala de espera com cadeiras, uma recepção, dois consultórios médicos com banheiros (sendo um deles para atendimento ginecológico), uma sala de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, um almoxarifado, uma sala de triagem, uma sala de reuniões, uma cozinha e quatro banheiros (sendo dois para pacientes e dois para funcionários).

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 16:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), técnicas de enfermagem e enfermeira, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção, acolhimento dos usuários e arquivo de prontuários. Nossa equipe é composta por uma enfermeira, sete ACS, duas técnicas em enfermagem e uma médica generalista.

O tempo da equipe de saúde da família Palmeiras é preenchido quase que em sua totalidade por atendimentos médicos agendados. Pela manhã são atendidos hipertensos e diabéticos e no período da tarde são atendidos pacientes da demanda espontânea que conseguirem pegar fichas pela manhã. O pré-natal é realizado pelo médico da ESF toda primeira segunda-feira do mês e os demais atendimentos são realizados pelo médico ginecologista, o que sobrecarrega a sua agenda de atendimentos.

A puericultura é feita pelo pediatra devido à alta demanda por consultas de hipertensos e diabéticos ocuparem quase toda a agenda do médico da ESF e, também pela cultura local que prioriza o acompanhamento da criança ser realizado pelo especialista. A enfermeira trabalha no setor de vacinas, curativos, recepção, administração da UBS e triagem alternando com as técnicas de enfermagem (aferição de pressão arterial, glicemia capilar, pesagem e aferição de estatura). Trabalha também com a coleta de material para citologia do colo uterino em um turno por semana. Não há atendimentos de pré-natal e nem puericultura pela enfermagem. Não há grupos operativos em nossa UBS. No passado foi criado um grupo de hipertensos e diabéticos que não obteve sucesso.

O atendimento odontológico é realizado durante toda a semana, o atendimento com psicólogo é realizado duas vezes por semana, as quartas e quintas-feiras, as consultas de nutrição ocorrem na segunda-feira e o atendimento com fonoaudiólogo é realizado na quinta-feira.

Os demais atendimentos são realizados pelos ACS, técnicos de enfermagem e médico no acolhimento aos usuários e visitas domiciliares. Um grande desafio enfrentado pela equipe é a falta de metas e objetivos claros para o trabalho. Não temos o costume de nos reunir para discutir a situação da equipe e nosso processo de trabalho, a equipe se mostra resistente às mudanças na rotina da UBS e, isso, contribui para que a agenda de atendimentos médicos não atenda a todos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para a atenção básica e dificulta o retorno de pacientes para cuidado continuado.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os principais problemas de saúde que foram encontrados durante nosso trabalho estão listados abaixo:

- Má distribuição e falta de recursos destinados à saúde.
- Alta rotatividade dos médicos da atenção básica.
- Poucas reuniões de equipe.
- Má organização do processo de trabalho da ESF.
- Pouco volume de consultas de pré-natal agendadas para o médico de família.
- Falta de grupos operativos.
- Pouco volume de coleta de citologia do colo uterino diante da alta demanda dos usuários.
- Má organização da agenda do médico, dificultando o retorno dos pacientes para o cuidado continuado na UBS.
- Distribuição de fichas na demanda espontânea, dificultando o acesso dos usuários que não conseguem chegar cedo à UBS para pegá-las devido a limitações de saúde.
- Falta de contrarreferência do serviço terciário ou secundário para o serviço primário, dificultando o cuidado continuado do usuário.
- Falta uma base de dados eficiente para avaliação dos dados referentes aos atendimentos no município. Município não usa mais o SISAB.
- Baixa notificação de doenças.
- Número de diabéticos e hipertensos cadastrados está abaixo do esperado em comparação com a população nacional.
- Não foram encontrados dados sobre a mortalidade infantil no município no ano de 2016.

1.5 Priorização dos problemas

Após a elaboração do Diagnóstico Situacional em Saúde da área de abrangência da equipe de saúde da família Palmeiras em Bom Sucesso-MG foi realizada uma reunião de equipe para a definição da ordem de importância de cinco dos principais problemas levantados (Tabela 1). Com a participação de todos e levando em conta os seus pontos de vista, a “má organização da agenda de atendimentos médicos” da ESF Palmeiras foi apontada como o principal problema.

Tabela 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Palmeiras, Unidade Básica de Saúde José da Mata Santiago, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Má organização da agenda de atendimentos médicos da ESF.	ALTA	8	Dentro	Total
Má organização do processo de trabalho da equipe.	ALTA	7	Parcial	Total
Poucas reuniões de equipe.	ALTA	6	Parcial	Total
Inexistência de grupos operativos.	ALTA	5	Parcial	Total
Pouca coleta de citologia do colo uterino.	ALTA	4	Fora	Parcial

Fonte: Elaborado pela autora e ESF.

Legenda *Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Os problemas citados na tabela 1 foram selecionados tendo como principal critério a possibilidade de resolutividade dos mesmos, pois os demais problemas diziam respeito a questões político-administrativas municipais que fogem ao nosso poder de ação. Como já discutido em outras sessões deste trabalho, nossos principais problemas enfrentados são de cunho organizacional quanto à rotina de trabalho da equipe Palmeiras, o que demonstra uma má organização do processo de trabalho da equipe.

Atualmente, passamos por mudança na gerência da equipe, o que nos proporcionou uma maior possibilidade de encontros para dialogar sobre as dificuldades da equipe. Estamos com uma nova enfermeira na unidade que já reorganizou a demanda da coleta de citologia do colo uterino e este problema pode ser classificado como de pouca urgência no momento.

Também começamos a nos reunir mais e temos mais abertura para discutir os problemas e avaliar a capacidade de enfrentamento dos mesmos. Portanto, os problemas da administração e reuniões de equipe não são mais urgentes.

Quanto à falta de organização da agenda do médico, consideramos como o de maior importância devido à insatisfação tanto da população quanto da equipe, detectada a partir do levantamento pelo diagnóstico situacional. A organização de um novo modelo de agenda, divulgação do mesmo pelos ACS e reeducação da população será algo totalmente dentro da nossa capacidade de enfrentamento.

2 JUSTIFICATIVA

Desde quando iniciei minhas atividades como médica generalista da equipe de saúde da família Palmeiras, pude perceber a desorganização da agenda de atendimentos médicos programados e de demanda espontânea na unidade. Uma evidência dessa má organização é a recorrência de queixas de usuários quanto à dificuldade em conseguir uma senha para atendimento médico e também quanto ao longo e cansativo período de espera para um atendimento no mesmo dia.

Outro problema levantado foi referente a termos somente um turno por mês na agenda do médico para atendimento ao pré-natal. Essa baixa disponibilidade de consultas acaba por não suprir a demanda das gestantes cadastradas e sobrecarrega a agenda do médico ginecologista com atendimentos de pré-natal que poderiam ser realizados pelo médico da ESF. Assim, sobram poucas vagas na agenda do especialista para casos que realmente necessitam de atendimento mais complexo.

Soma-se a essas questões, o fato de que não há vagas em nossa agenda para atendimento à demanda programada a pacientes com outras comorbidades que não sejam hipertensos e diabéticos. Também não há vagas para atendimento médico a urgências e retornos, dificultando, assim, o cuidado continuado aos pacientes.

Diante do que foi exposto acima, fica evidente que a agenda atual de atendimento médico em nossa unidade de saúde se encontra desorganizada e não tem suprido a demanda dos atendimentos programados e espontâneos em nossa área de abrangência, além de ser um modelo de agenda que gera insatisfação dos usuários, não respeitando alguns dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, a equidade e a integralidade. Portanto, a elaboração desse projeto de TCC contribuirá positivamente para a melhoria da organização e da qualidade dos atendimentos ofertados em nossa UBS, com consequente melhoria da qualidade de vida e satisfação dos nossos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar um projeto de intervenção para organizar a agenda de demanda programada e espontânea de atendimentos médicos da Equipe de Saúde da Família Palmeiras, em Bom Sucesso, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar novo modelo de agenda para o médico da ESF.
- Aumentar o nível de informação da ESF Palmeiras a respeito do fluxo de acolhimento aos usuários na UBS por meio de capacitação e rodas de conversa sobre o tema.
- Ampliar a oferta de atendimentos de consultas de pré-natal e consultas eletivas na agenda do médico.
- Reduzir tempo de espera dos pacientes por atendimentos médicos por meio do acolhimento com classificação de risco e consequente priorização dos casos mais urgentes.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional / Estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações, incluindo algumas reuniões com a ESF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste trabalho foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para a definição das palavras-chave e *keywords*, foram utilizados os descritores em ciências da saúde.

Foi realizada uma revisão de literatura, com base nos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família. Classificação de Risco. Atenção Primária à Saúde.

A busca na literatura teve como base a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e outras fontes de busca para revisão bibliográfica como o Google Acadêmico.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A organização do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS) é um grande desafio em toda a rede de atenção primária à Saúde. A partir da revisão da literatura nota-se que não há um modelo fixo padrão instituído pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização das demandas em uma UBS, mas sim a sugestão de como essa demanda por solicitações diversas dos usuários pode ser suprida, deixando a cargo de cada gestor e ESF a sua estruturação.

Hoje o que se vê é a grande insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) diante das grandes filas de espera para atendimentos médicos na atenção primária a saúde (APS).

Segundo Gusso e Poli Neto (2012), uma das explicações possíveis para longas esperas por consultas médicas baseia-se na origem histórica do modelo de cuidado do nosso sistema de saúde que, a princípio, focava-se nas ações de vigilância e programas de prevenção a saúde. Na tentativa do MS de atender a grupos prioritários como hipertensos e diabéticos com dias específicos na semana para atendimento com vagas definidas nas agendas das ESF, os atendimentos não programados acabam ficando em segundo plano, não suprimindo a demanda dos usuários que buscam uma resposta a uma necessidade urgente e tem o seu acesso bloqueado por falta de espaço na agenda.

Não existem evidências científicas suficientes que confirmem que atividades exclusivas da Atenção Primária gerem mudança no estilo de vida da população em geral. Por outro lado, um usuário da APS que não consegue atendimento na UBS quando precisa pode se sentir desmotivado e perder a confiança na sua equipe, fragilizando assim um dos princípios da APS que é o vínculo do paciente com a equipe, e essa pessoa pode vir a repensar se procurará a unidade novamente quando precisar (WOLLMANN *et al.*, 2014).

Diante do exposto acima, partimos para uma análise das propostas do SUS para a organização do processo de trabalho/agenda médica na APS/ESF e também de alguns modelos de se acolher os usuários nas UBS, tanto para aqueles que necessitam de um atendimento no dia quanto para aqueles que se enquadram nas atividades programadas.

Quando se fala sobre facilitar o acesso do usuário à APS, deve-se compreender primeiramente a definição do acolhimento. Para muitas pessoas esse

termo se refere há um dia ou horário reservado para agendamento de consultas ou outras atividades numa UBS, o que limita a sua visão que é mais ampla. Segundo propõe a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004,

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004, p.5).

O Ministério da Saúde em sua Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aponta características que devem ser relevantes no processo de trabalho das equipes de atenção básica como:

I - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários; II - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; III - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; IV - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita (BRASIL, 2012, p.41).

Atualmente, existem diversos modelos para a organização das demandas por atendimento médico na APS. No modelo tradicional, o médico inicia o dia de trabalho com todos os espaços da agenda já preenchidos. Novos agendamentos são empilhados em cima de um cronograma já completo (MURRAY; TANTAU, 2000). Neste modelo as consultas agudas são "espremidas" através de duplo agendamento, no horário de almoço ou no final do dia (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

O lema sugerido para este modelo é: "Atenda demanda urgente agora e atenda a demanda não urgente mais tarde" (MURRAY; BERWICK, 2003, p. 1036)

Knight e Lembke (2013) apontam algumas vantagens e desvantagens do modelo:

Vantagens:

- É uma tentativa de fazer o sistema funcionar para todos.
- Ele reflete uma filosofia apropriada que busca acomodar pessoas com necessidades crônicas de cuidados previsíveis, ao mesmo tempo em que reconhece que deve responder a necessidades agudas.

Desvantagens:

- A complexidade resulta em ineficiência.
- Os médicos tentam atender muitos pacientes no tempo alocado, causando estresse e atraso com salas de espera tensas e cheias.
- Os membros da equipe de recepção explicam, fazem triagem, buscam consultas inexistentes e mantêm contato com os médicos.
- A duração da consulta é extrapolada, já que os pacientes querem resolver muitos problemas em cada consulta preciosa com o médico.
- Os recepcionistas muitas vezes são muito infelizes em seu trabalho e pode haver alta rotatividade com perda de conhecimento importante.

Já o modelo *carve-out* (parte para demanda livre), também chamado de acesso aberto de primeira geração, consiste em "separar" (ou reservar) parte das vagas para atendimentos de cuidados de urgência (ou de demanda livre). O restante das vagas seria para consultas marcadas com antecedência, tal como o modelo tradicional (MURRAY; TANTAU, 2000). O funcionamento deste modelo pode ser resumido em: prever a demanda urgente (ou livre) e reservar tempo para atendê-la (MURRAY; BERWICK, 2003).

Uma regra de ouro sugerida para este modelo é que se o médico começar o dia com cerca de um terço dos seus agendamentos disponíveis, ele quase sempre poderá lidar com a demanda de cuidados agudos (ou livre) (KNIGHT; LEMBKE, 2013). O lema sugerido para este modelo é: "faça parte do trabalho de hoje, hoje". (MURRAY; TANTAU, 2000, p.3)

Knight e Lembke (2013) apontam algumas vantagens e desvantagens do modelo:

Vantagens:

- Com este sistema o médico será capaz de lidar com a demanda de cuidados agudos do dia.
- Permite o planejamento futuro para transporte, compromissos de trabalho e cuidados estruturados com doenças crônicas.

Desvantagens:

- A "reserva" de tempo para tratamento agudo aumenta o tempo de espera para outras consultas, o que pode causar pressão para usar consultas reservadas para acompanhamento.
- Algumas vezes pode haver desajustes, resultando em consultas reservadas sem preenchimento.

Já no modelo de acesso avançado, também chamado de acesso aberto, não há agendamento. Os pacientes simplesmente aparecem e esperam para serem atendidos. Esta é talvez a melhor prática internacionalmente reconhecida nos sistemas de agendamento de cuidados primários. Quando a demanda por atendimento se iguala a capacidade de atendimento e não há atraso, têm-se consultas suficientes para acomodar toda a demanda do momento, à medida que ela surge (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

O modelo de acesso avançado requer uma mudança de paradigma para sua implementação, pois elimina a distinção entre urgência e rotina. O lema sugerido para este modelo é: "faça todo o trabalho de hoje, hoje" (MURRAY; TANTAU, 2000, p.4).

Knight e Lembke (2013) apontam algumas vantagens e desvantagens do modelo:

Vantagens:

- O médico começa o dia com a maior parte das suas consultas livres e elas se acumulam progressivamente.
- A duração da consulta é flexível e teoricamente pode ser compatível com a necessidade de cada paciente.
- A "fila central" do acesso aberto aumenta a eficiência e elimina os estrangulamentos.

- Os pacientes sabem que serão atendidos pelo médico: eles só precisam esperar.
- A clínica não está reservada semanalmente com problemas crônicos.
- Não há regras complicadas para consultas e há menos triagem.
- A continuidade é maximizada.
- Existe flexibilidade para médicos e pacientes.
- O atendimento agudo é tratado sem demora e os cuidados crônicos são estruturados sem demoras.

Desvantagens:

- O acesso avançado requer compromisso e tempo para implementar.
- Algumas das ideias são contra-intuitivas e exigem muita educação para que funcionários e clínicos estejam dispostos a comprometer-se a mudar.
- Foi mal implementado em todo o mundo, levantando dúvidas quanto à sua praticidade.
- Requer alterações importantes no comportamento do médico, da equipe e do paciente.
- Alcançar e manter o acesso avançado requer um nível alto de liderança prática, apoio administrativo e cooperação.
- Pessoas que trabalham e pessoas que dependem de outros para o transporte ou locomoção não podem programar suas consultas e tendem a ser os perdedores neste sistema.
- Além disso, a clínica perde a capacidade de influenciar o "quando" as pessoas entram e isso dificulta o escalonamento da demanda.
- A fila central pode reduzir a continuidade em grandes clínicas que utilizam um sistema de acesso aberto.
- É difícil cuidar dos horários, na ausência de agendamentos.
- Se a sala de espera estiver cheia, os médicos podem sentir pressão para serem rápidos ou não lidar com todos os problemas.
- Longos atrasos podem provocar a insatisfação do paciente.

Gusso e Poli Neto (2012) sugerem que a agenda é um instrumento para ajudar a organizar a demanda e não diminuí-la ou limitá-la. Segundo o mesmo, a

agenda do profissional deve ser a mais livre quanto possível, evitando-se organizá-la de acordo com grupos específicos, como orientado pelo PNAB anteriormente. Entretanto, o autor destaca que gestantes e crianças menores de um ano devem ter seu acesso na agenda protegido caso haja grande pressão assistencial. Ele define uma APS de qualidade quando a demanda dos pacientes é suprida de forma rápida e com melhor custo-efetividade, respeitando assim os princípios do acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação.

Abaixo estão listadas as características básicas da agenda médica, sugeridas por Casajuana Brunet (2003) *apud* Gusso e Poli Neto (2012, p.162):

Organizar número de consultas disponíveis de forma compatível com a demanda; Não setorizar ou verticalizar (separar períodos para programas); Adaptar a variações da demanda; Manter e/ou prever espaços entre as consultas para recuperação de atrasos; Alternar a agenda complementar entre médico e enfermeiro; Individualizar o tempo de consulta (deixar a maior parte para consultas rápidas, deixando espaço para algumas consultas demoradas- autoencaminhamento).

A proposta do autor é reduzir a demanda administrativa do médico, passando tarefas como grupos educativos e outros tipos de ações que não sejam exclusivas a ele, para outros profissionais como ACS ou técnicos em enfermagem. Dessa forma, o médico pode ampliar seu tempo disponível à demanda assistencial (GUSSO; POLI NETO, 2012).

Esse tipo de gestão da clínica, em que a chamada demanda espontânea praticamente conflui com a programada, privilegia o acesso, primeiro atributo nuclear da APS. Essa é a mesma ideia do modelo do acesso avançado sugerido acima pelo estudo de Murray e Tantau (2000).

O MS em seu Caderno de Atenção Básica de nº 28, volume I, apresenta as seguintes possibilidades de se organizar a agenda:

Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa); Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco [...]. Agenda de retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem

avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas (BRASIL, 2013, p. 35-36).

Essa proposta apresentada não seria um modelo rígido de se atender à demanda, podendo ser alterada de acordo com as necessidades da população da área de abrangência da ESF no momento. O importante é sempre acolher à demanda de forma oportuna e capacitar toda a equipe a identificar possíveis situações de risco e que demandem uma maior urgência para atendimento, seja essa urgência na percepção clínica ou na percepção do próprio usuário.

Para que isso aconteça o MS (BRASIL, 2013) sugere que seja adotada a avaliação/estratificação de risco desses usuários que chegam a UBS, podendo ser utilizado esse modo de classificação sintético que correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários:

1) Situação não aguda – condutas possíveis: Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez); Agendamento/programação de Intervenções. 2) Situação aguda – condutas possíveis: Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa. Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exs.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa. Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exs.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento” (BRASIL, 2013,p. 34).

Orienta-se evitar filas e distribuição de senhas para o acolhimento desses usuários, uma vez que a “fila” e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, é muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada (BRASIL, 2013).

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

O principal problema levantado: a “má organização da agenda de atendimentos médicos da Equipe de Saúde da Família Palmeiras” apresentou os seguintes “nós-críticos” que necessitam ser solucionados para alcançar o objetivo proposto pelo projeto:

- Dificuldade da equipe de ESF em aceitar mudanças no modelo de agenda pré-estabelecido;
- Falta de capacitação profissional para acolhimento dos pacientes, com classificação de risco;
- Desconhecimento da equipe quanto ao fluxo de acolhimento à demanda espontânea e programada de uma unidade de ESF.

Para cada “nó-crítico” foi elaborada uma proposta de intervenção que serão descritas a seguir:

- Dificuldade da equipe de PSF em aceitar mudanças no modelo de agenda pré-estabelecido- para sanar essa dificuldade será agendada uma reunião de equipe onde a médica apresentará novas propostas de organização da agenda médica e discutirá sobre as vantagens dos modelos atuais de se organizar o acolhimento às demandas na ABS. O modelo de agenda que será apresentado na reunião pela médica como proposta para a UBS será o modelo baseado no acesso avançado e no capítulo “Gestão da Clínica”, citados em nossa revisão bibliográfica, uma vez que esse modelo favorece a redução das filas de espera por consultas e conseqüentemente melhoraria a satisfação dos usuários.

Segue o modelo de agenda médica:

Quadro 1 – Modelo de agenda médica

Horário/Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
7h-9h	Consultas	do Consultas	do Consultas	do Consultas do

	dia	dia	dia	dia
9h-9h10min	Café	Café	Café	Café
9h10min-9h30min	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Reunião de equipe
9h30min-12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas
12h-13h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Visita domiciliar
15h-15h20min	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Atividades burocráticas/ Renovação de receitas	Visita domiciliar
15h20min-16h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas do dia

Fonte: Elaborado pela própria autora 2017.

O modelo será definido pela enfermeira e médica, com o apoio dos demais integrantes da equipe. Na semana seguinte à definição, os ACS distribuirão panfletos informativos elaborados na reunião, contendo os novos horários de atendimento na UBS e, na semana seguinte, o modelo será implantado. Após a semana de implantação a gestora marcará nova reunião para que cada componente da equipe possa expor sua opinião sobre os resultados da mudança ocorrida na primeira semana de mudança da agenda.

- Falta de capacitação profissional para acolhimento dos pacientes, com classificação de risco e vulnerabilidade para o enfrentamento desse problema será necessário separar um dia na agenda da enfermeira para que a gestão municipal possa promover a capacitação a respeito do tema, por meio de uma pessoa que já tenha experiência com esse tipo de atendimento, materiais do MS e também com a ajuda da médica da ESF. Os resultados posteriores a

essa capacitação serão monitorados a partir da avaliação da satisfação dos usuários com os atendimentos recebidos por meio de retorno verbal aos ACS e funcionários ou por meio de uma caixa de sugestões na recepção da UBS.

- Desconhecimento da equipe quanto ao fluxo de acolhimento à demanda espontânea e programada de uma unidade de ESF- Ensinar à equipe de ESF a proposta do fluxo de acolhimento aos usuários que chegam à UBS para as ações de demanda espontânea e programada. Será agendada uma roda de conversa com toda a equipe, em que a médica e a enfermeira conduzirão um diálogo sobre a proposta de modelo de acolhimento à demanda do MS. Durante esse tempo poderão ser sanadas dúvidas sobre o tema e também ser acatadas sugestões dos demais componentes da equipe.

No quadro 2 abaixo estão descritos, para cada operação executada, o prazo para implantação, a periodicidade de realização e como a operação será avaliada.

Quadro 2 – Cronograma

Operações	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
OPERAÇÃO 1 Agendar uma reunião de equipe para elaboração de proposta de uma nova agenda e discutir sobre a sua importância.	Agenda nova implantada.	Mostrar à equipe que mudanças podem ser positivas e trazer benefícios a todos.	Enfermeira e médica	Reunião numa quinta-feira pela manhã. Uma semana para a divulgação do novo modelo de agenda à população. Implantação da agenda na semana seguinte à divulgação.
OPERAÇÃO 2 Capacitar a enfermeira para	Novo modelo de acolhimento	Reservar um dia específico para a capacitação	Gestão municipal e médica	Semana seguinte à capacitação.

realizar o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade.	implantado.	da enfermeira com o material do MS sobre acolhimento com classificação de risco.		
OPERAÇÃO 3	Fluxo de acolhimento implantado.	Roda de conversa com a equipe onde será abordado o tema e apresentada proposta de modelo de acolhimento à demanda do MS.	Enfermeira, ACS e técnicos em enfermagem	Uma semana após a capacitação.
Ensinar à equipe de ESF a proposta do fluxo de acolhimento aos usuários que chegam à UBS para as ações de demanda espontânea e programada.				

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2017.

Os recursos necessários para a execução de cada um dos projetos estão descritos no quadro 3 abaixo. Será utilizada a estrutura da unidade de saúde e todos os profissionais da equipe de saúde serão envolvidos na execução das atividades do projeto.

Quadro 3 – Recursos necessários

Operação/Projeto	Recursos Necessários
1	<p>Estrutural: Profissional para coordenar a reunião e organizar agenda da Equipe de Saúde Palmeiras;</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema e capacidade de organização;</p> <p>Financeiro: Recurso para impressão de cartazes e panfletos informativos para a população sobre a mudança da agenda da equipe;</p> <p>Político: Adesão da gestão local e equipe.</p>

- | | |
|---|---|
| 2 | Estrutural: Profissional para ofertar a capacitação e profissional para receber a capacitação;

Cognitivo: Informação sobre o tema;

Político: Apoio da gestão local. |
| 3 | Estrutural: Profissional para ofertar a capacitação e acompanhar a implantação da nova rotina de acolhimento;

Cognitivo: Informação sobre o tema;

Político: Adesão da gestão local e da equipe;

Financeiro: Recurso para a impressão de folder com orientações sobre o acolhimento para a ESF. |

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do projeto de intervenção e das operações propostas para o seu desenvolvimento, espera-se que haja uma melhora na organização do processo de trabalho em nossa UBS, com a implantação de um novo modelo de agenda médica e conseqüente melhoria da satisfação dos usuários da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Palmeiras.

A partir da operação 01 pretende-se elaborar um novo modelo de agenda para atendimento médico, com conseqüente melhoria nos atendimentos aos usuários após a sua implantação.

A partir da operação 02 pretende-se priorizar o atendimento médico no dia para aqueles pacientes que apresentarem demandas mais urgentes durante o acolhimento.

A partir da operação 03 pretende-se aumentar a satisfação dos usuários que procuram a UBS e tem suas demandas acolhidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. v. I – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Bom Sucesso**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310800&search=minas-gerais|bom-sucesso>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, v.42, n.3, p.152-156, 2013.

MURRAY, M.; BERWICK, D.; Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. EUA, **Rev. JAMA**, v. 289, n.8, p: 1035-40, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C.; Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p.45-50, 2000.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. 1ed. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2014.