UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LAÍS VIANA DE ALMEIDA CORRÊA

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA NA UNIDADE DE SAÚDE-BOA VISTA, JANUÁRIA- MINAS GERAIS

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2017

LAÍS VIANA DE ALMEIDA CORRÊA

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA NA UNIDADE DE SAÚDE-BOA VISTA, JANUÁRIA- MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2017

LAÍS VIANA DE ALMEIDA CORRÊA

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA NA UNIDADE DE SAÚDE-BOA VISTA, JANUÁRIA- MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 31 de outubro de 2017

.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes que confiaram a mim o cuidado, não somente de suas doenças, mas também de sua saúde.

Á minha mãe que sempre me ensinou a dar mais a quem mais precisam, ao meu pai que me orienta diariamente de como liderar pessoas para execução de um bom trabalho.

E á minha equipe da UBS Boa Vista que confiou em mim para conduzi-la no melhor caminho para execução de um bom trabalho, mesmo não sendo o mais fácil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, pela paciência e orientação.

A Renata Fiuza que sempre me estimula a fazer o correto e melhor pelo paciente.

A Priscila que observou em mim, antes que eu percebesse, perfil para ser médica de Saúde da Família.

“O conhecimento dirige a prática; no entanto a prática aumenta o conhecimento”

Thomas Fuller

RESUMO

Um serviço organizado facilita o processo de trabalho da equipe de saúde e aumenta adesão da população às propostas de melhoria da saúde, pois os mesmos se programam para a utilização do serviço e diminuem a procura à unidade por demanda espontânea. Diariamente na Unidade Básica de Saúde Boa Vista há uma grande procura para renovação de receitas, consultas médicas. Tratando-se de uma população de alta vulnerabilidade social, muitos dos problemas apresentados não têm relação direta com a saúde, mas são condicionantes. Para tanto, este trabalho tem por objetivo elaborar uma proposta de intervenção para organizar a agenda médica e da equipe a fim de diminuir filas por atendimento médico priorizando casos mais graves, visando diminuir a demanda espontânea. Para colaborar na realização da proposta foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para identificar as experiências já realizadas para este tipo de problema. A proposta de intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com esta proposta alcançar uma melhor organização no processo de trabalho da equipe e consequentemente, uma melhoria na qualidade da atenção prestada aos usuários da unidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

An organized service facilitates the work process of the health team and increases population adherence to health improvement proposals, since they are programmed to use the service and decrease the demand for the unit by spontaneous demand. Every day at the Boa Vista Basic Health Unit there is a great demand for renewal of prescriptions, medical consultations. Being a population of high social vulnerability, many of the problems presented are not directly related to health, but they are conditioning factors. In order to do so, this work aims to elaborate a proposal of intervention to organize the medical and team agenda in order to reduce queues for medical care prioritizing more serious cases, aiming to reduce spontaneous demand. To collaborate in the proposal, a bibliographic review was carried out in the databases of the Virtual Health Library to identify the experiences already made for this type of problem. The intervention proposal was elaborated following the steps of situational strategic planning. It is hoped that with this proposal achieve a better organization in the work process of the team and consequently, an improvement in the quality of the attention given to the users of the unit.

Descriptors: Primary Health Care. Health Care. Quality of Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....11

2 JUSTIFICATIVA.....19

3 OBJETIVO.....20

4 METODOLOGIA.....21

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....22

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....25

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....32

REFERÊNCIAS.....33

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 22) diz que

> [...] o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

Para que haja efetividade do serviço ofertado pela unidade básica de saúde é necessário que tanto a população quanto a equipe conheçam quais são os serviços disponíveis e de como e quando serão ofertados. Organizar a agenda passa a ser uma tarefa da equipe com base nas necessidades da população.

No atendimento da demanda espontânea a equipe de saúde pode encontrar dificuldades para atender situações novas que requeiram novas estratégias de cuidado e da própria organização do serviço. A organização da agenda de todos os profissionais, possibilita a visualização das demandas dos problemas mais prevalentes e a montagem do plano de intervenção proporcionando o cumprimento de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a integralidade pois prestará cuidado ao cliente em seu aspecto biopsicossocial (BRASIL, 2013).

1.1 Breves informações sobre o município de Januária

Januária é uma cidade de 65.463 habitantes (IBGE, 2010), localizada no norte de Minas Gerais, considerada integrante do Polígono das Secas, onde para grande maioria da população ainda conta com a falta água, principalmente para comunidades rurais mais afastadas. As secas levam não somente à falta de água para plantações, mas também para necessidades básicas das famílias.

No município não há indústrias de grande porte. A pecuária é principalmente de corte. A produção de leite é pequena, pois os períodos de estiagem são muito longos diminuindo assim a produção em grande parte do ano.

Cidade pacata de onde saem muitos jovens precocemente para trabalhar em cidades maiores, sendo que, na comunidade Boa Vista, grande parte reside em São Paulo e atualmente tem retornado para Januária devido ao desemprego nas grandes cidades. Esse retorno tem sido acompanhado de eventos violentos na cidade, como assaltos à mão armada, roubos de carros e aumento de mortes por tráfico de drogas. Na UBS, tenho visto maior número de consultas por senhoras idosas. Os netos e filhos retornam a casa onde nasceram e as ocupam com serviços domésticos.

A cidade vive principalmente do funcionalismo público, da renda dos aposentados e de estudantes que frequentam as quatro faculdades aqui instaladas. A produção de alimentos pelos pequenos proprietários adquirida nas feiras de sábado, e de casa em casa. Aqui em Januária ainda tem o “homem do leite” que traz leite fresco da fazenda pela manhã.

A atividade politica é bem heterogênea. Não há fidelidade partidária. O que define o projeto politico na cidade são candidatos apoiados por famílias antigas, tradicionais. Na cidade persiste com grande intensidade praticas politicas de cunho clientelista/assistencialista.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município é sede da microrregião de saúde, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar.

Há cerca de doze anos o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 19 equipes, distribuídas na zona urbana e rural cobrindo 60% da população. A rotatividade na unidade é baixa visto que, o quadro de funcionários a maioria é efetivo. A rotatividade é devida principalmente dos médicos que são em sua maioria dos programas de provimentos

do governo federal Mais Médicos para o Brasil e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) sendo ao todo 12 pelo programa.

Apesar de terem 19 equipes de atenção primária, a territorialização foi realizada de forma incoerente. Algumas UBS estão situadas em locais muito distantes das comunidades assistidas e algumas equipes possuem número de famílias muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) levando à baixa resolubilidade e consequente superlotação do pronto atendimento do Hospital.

O município dispõe de várias clínicas particulares de diferentes especialidades com as quais alguns convênios são firmados para realização de endoscopia digestiva alta e audiometria tonal. No centro de especialidades alguns médicos prestam serviços especializados, como: pediatria, ginecologia, urologia, dermatologia e ortopedia. Possui também uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com ambulância de suporte avançado e básico de vida que foi inaugurado em 2009, além de um Hospital com atendimento de pequenas urgências, internação, parto e pequenos procedimentos ginecológicos.

Há serviços, disponíveis gratuitamente para a comunidade, de radiografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, Farmácia popular e básica. Possui também um centro regional de vigilância sanitária relativamente funcionante.

O município atende alguns municípios circunvizinhos para atendimento de pequenos procedimentos cirúrgicos Hospitalares

.

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

O bairro Boa Vista situa-se na periferia da cidade. Há cerca de 10 anos era considerada zona rural, tanto que se deve percorrer parte de uma pequena rodovia para se chegar ao bairro. A maior parte da população é composta de famílias em que os idosos que são os principais mantenedores financeiros da casa. Geralmente em um pequeno terreno, moram três gerações de uma mesma família. São comuns maus tratos aos idosos na região.

A principal forma de prestação de serviço é informal ou a maioria dos homens trabalha na construção civil, fora do estado e nas cidades circunvizinhas. É comum mães engravidarem de seus esposos que ficam meses fora a trabalho. As mulheres prioritariamente são desempregadas ou subempregadas.

A estrutura de saneamento básico da comunidade deixa muito a desejar. Na zona rural 58,7% das casas o saneamento é inadequado e na zona rural, 21,7% (IBGE, 2010). A coleta de lixo funciona bem. As moradias são pouco ventiladas, e por morarem muitas pessoas em uma mesma casa, pais, filhos e avós dormem praticamente no mesmo cômodo. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 60 anos, 51,0% conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A comunidade é bem pouco questionadora ficando com praticamente os mesmo recursos há de cerca 10 anos.

O território adscrito é dividido em seis microáreas, sendo três na área urbana e três na rural. Pelos últimos dados colhidos na unidade, apontavam a existência de 954 famílias cadastradas com 3.510 pessoas cadastradas. Com a informatização do sistema, os dados estão sendo lançados pela versão Coleta de Dados Simplificada (CDS) do prontuário eletrônico via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SUSAB) mensalmente, fornecendo real numero de adscritos do território e demanda pelos serviços. No entanto, profissionais que trabalham na UBS há vários anos, afirmam que os serviços da UBS são oferecidos a cerca de 10.000 pessoas, devido ao loteamento em frente à UBS que compõe a maior parte das consultas de livre demanda.

A UBS Boa Vista foi inaugurada em 2005. Está situada na Rua principal do bairro. É uma casa construída pelo próprio município. O terreno destinado à UBS não é totalmente ocupado para serviços da unidade. Há uma área vasta que foi apropriada indevidamente por moradores para construção de um bar e campo de futebol.

A área para recepção da unidade é pequena. Há uma sala próxima da recepção onde ocorrem as atividades recreativas e reuniões da equipe onde está instalada TV que carece de cadeiras e de adaptações para mostrar vídeos educativos. As reuniões com a comunidade são realizadas em um anexo da igreja católica situada

nas proximidades da unidade, pois comporta um número maior de pessoas. No consultório médico não há ventilação adequada e nem pia para higienização das mãos. Possui uma sala para o enfermeiro, uma para vacinação e outra para a realização de curativos.

As instalações elétricas do prédio onde a unidade está situada carecem de reformas, visto que, as mesmas apresentam-se com fios expostos, entre outros.

O provimento de material de consumo é escasso e há também deficiência de equipamentos mínimos necessárias ao desenvolvimento de pequenos procedimentos da atenção básica, o que leva ao encaminhamento para o hospital desnecessariamente.

A unidade funciona com todos os profissionais em horário integral de 7h às 11h e das 13 as 17h. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), que se revezam durante a semana, seguindo uma escala, em atividades relacionadas a recepção e arquivo. Há ainda três técnicos de enfermagem e um enfermeiro que nem sempre estão presentes na Unidade. A comunidade aparentemente está satisfeita com o horário do funcionamento da unidade.

A Equipe está ocupada quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea que é atendida por ordem de chegada e não conforme gravidade dos casos. Semanalmente o médico e um técnico de enfermagem se ausentam da unidade para atender a zona rural ou à realização de visitas domiciliares.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A comunidade é bem carente, acostumada com atitudes desumanas por parte dos vários setores de prestação de serviços públicos. Implantar consultas com horário prévio foi vista como grande passo na humanização do atendimento. Muitos pacientes chegavam por volta das 4 horas da manhã para serem atendidos e muitos

ainda voltavam pra casa sem sucesso. Apesar da mudança, muitos ainda chegavam bem cedo, diziam-se “acostumados”.

Infelizmente, perdura tanto na mentalidade da equipe quanto da população, que a atenção primária à saúde gira em torno da consulta médica. Não há realização de acolhimento com classificação de risco e necessidade do paciente, e, se o médico não está presente, não há praticamente nenhum atendimento por parte dos outros profissionais que compõem a equipe. A vacinação ocorre somente em um dia por semana (quando o médico não está), bem como a pesagem para bolsa família realizada pelos técnicos de enfermagem.

Muitas consultas são muitas vezes desnecessárias devido a falta de orientação que se inicia na própria recepção. A população também reclama do atendimento recebido pela equipe. Por mais que reuniões semanais sejam realizadas, há um grande desinteresse em informar os usuários com qualidade.

A territorialização foi realizada de forma inadequada, sendo hoje um grande entrave na organização da agenda de trabalho da equipe. Há dificuldade de planejamento de ações mais direcionadas para certos grupos visto que, são bastante heterogêneas as demandas, tanto pelo número de pessoas, quanto pela extensão territorial que abrange também duas zonas rurais extensas além da urbana.

Outro grande problema é a falta de dados atuais. Conforme informações colhidas com gestores de 2013, a alimentação dos dados era feita via Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com as mudanças para o novo sistema eSUS ainda não foi possível atualizar todos os dados do território. A produção médica feita via Dabsistemas do programa Mais Médicos e PROVAB, que somam ao todo 12 das 19 equipes de atenção primária que assistem a cidade. No entanto, o gestor da época, ao iniciar a implantação do eSUS, autorizou o não lançamento frequente pelos profissionais dizendo ser um período de transição entre os sistemas justificando a não atualização. Os últimos dados foram lançados em 2014 e somente no fim do ano anterior iniciou-se o processo novamente. A atualização da real situação da população adscrita está sendo aos poucos revista bem como outros aspectos da população, importantes para seu cuidado.

O sistema local de saúde não realiza as principais formas de prevenção de câncer de mama, colo uterino e próstata. Não há disponibilização de exames de laboratoriais, somente de imagem e ainda assim de forma irregular, pois por falta de pagamento, muitos profissionais desistem da prestação de serviços com muita frequência. Sem os exames, a população mais carente fica bem desassistida, a estratificação de risco padrão fica comprometida, bem como, o planejamento de ações de impacto nas principais doenças crônicas fica prejudicada substancialmente.

A farmácia não está localizada na UBS, o que facilitaria para os pacientes a sua presença visto que, é uma comunidade urbana mais afastada deste estabelecimento. Dessa forma, a falta de tantos serviços básicos faz com que população não tenha a UBS como ponto de referência para a o tratamento de suas “doenças”.

Para enfrentar os diversos problemas existentes no território da unidade e dentro da própria unidade foi realizado o diagnóstico situacional e foram identificados vários problemas existentes no território da unidade, mas que não estão sob a governança dos membros da equipe de saúde. Analisando os problemas internos à unidade foram identificados também muitos problemas, que, com os parcos recursos existentes, poderíamos atuar e fazer intervenções.

No quadro 1 apresenta-se os problemas consolidados e a priorização dos mesmos.

1.5 Priorização dos problemas

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Boa Vista do município de Januária, estado de MG				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Ausência de acolhimento da livre demanda	Alta	1	Total	3
Não implantação de consultas agendadas e de cuidado continuado	Alta	1	Total	2
Informações dadas pela equipe não muito efetivas	Alta	1	Total	5
Territorialização	Alta	1	Fora	4
Não permanência do médico em horário integral em atendimento individual	Alta	1	Total	1

Fonte: autora
*Alta, média ou baixa
** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
***Total, parcial ou fora
****Ordenar considerando os três itens

O problema selecionado foi ausência de acolhimento à livre demanda; não havia escuta qualificada das queixas e necessidades do paciente, havia filas desde as 4h da manhã à espera de consulta médica que ocorria por ordem de chegada com limite de atendimentos por período; implantação de consultas agendadas e de cuidado continuado programado através da busca ativa e reuniões com a comunidade para informar a mudança; e melhora das informações dadas pela equipe através de reuniões semanais e capacitação dos mesmos para busca ativa e planejamento de ações de cuidado continuado individualizado.

A partir da classificação dos problemas a equipe priorizou investir na organização do atendimento na unidade para equacionar a demanda espontânea que vem sobrecarregando o trabalho da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho efetivo na atenção primária à saúde não depende somente de recursos financeiros e equipamentos, mas também de uma atenção humanizada, acolhedora que são pilares da atenção qualificada. Nas unidades de saúde onde os usuários são atendidos por meio de medidas de promoção da saúde, de ações de prevenção, e também de consultas qualificadas, o grau de satisfação dos usuários é maior e consegue-se resolver até 80% das queixas apresentadas pelos mesmos (BRASIL, 2011).

Ter uma agenda organizada, que propicie a chegada da população que mais precisa das ações da equipe é de suma importância, pois somente assim poderá ser montado um plano de intervenção que atenda as demandas da população que por sua vez são bastante dinâmicas. Consultas agendadas e o cuidado continuado devem estar presentes para permitir o acesso dos usuários mais necessitados ao atendimento, no entanto, acolher a livre demanda e avaliar suas queixas mostra efetividade da organização do processo de trabalho na unidade.

A equipe após participar das atividades do diagnóstico situacional compreendeu a importância da sua atualização para melhorar as formas de abordagem da comunidade e assim melhorar o atendimento a mesma.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para organizar a agenda de trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Boa Vista com a finalidade de diminuir a demanda espontânea para busca de consulta médica.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de intervenção foram seguidos alguns passos, a saber:

- Realização do diagnóstico situacional no qual foram levantados os principais problemas existentes na comunidade e na própria unidade. A equipe considerou importante organizar a forma de atendimento realizado na unidade para depois intervir nos problemas externo à unidade. Elegeu como problema principal trabalhar a organização da agenda de atendimento na unidade.

- Para subsidiar a proposta foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para identificar publicações já existentes sobre este problema e também conhecer as estratégias enfrentadas para contribuir na organização de uma agenda de trabalho para a unidade.

  A pesquisa foi feita por meio dos seguintes descritores:
  Atenção primária à Saúde.
  Assistência à Saúde.
  Qualidade da Assistência à Saúde.

O plano de ação foi definido baseando-se nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), discutido na disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde conforme descrito por Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.19)

> A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

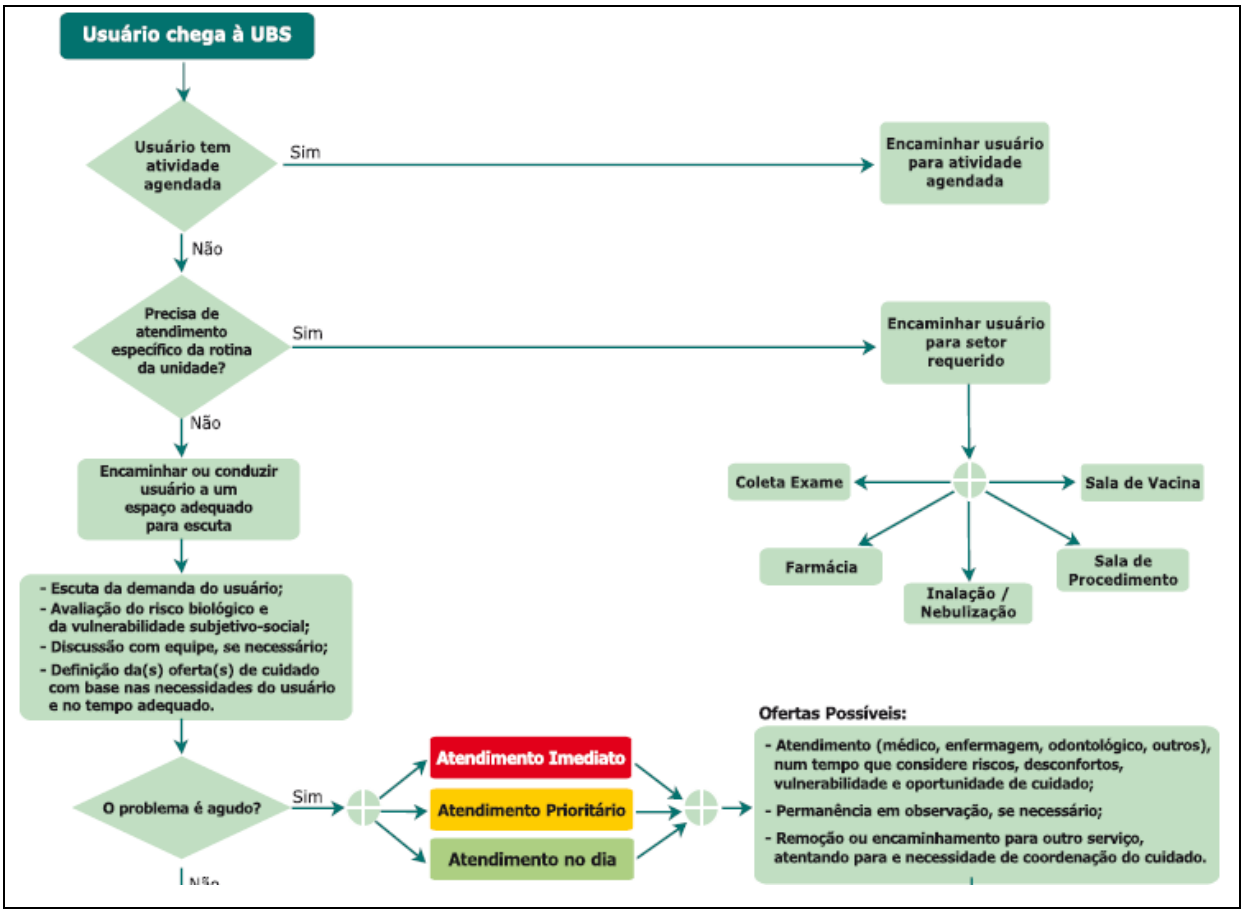
A atenção básica se consolida na Unidade Básica de Saúde, instalada próximo aos domicílios das famílias atendidas com intuito não somente de facilitar o acesso a saúde, mas também controle social e dos fatores de agravos à saúde.

Para acolher de forma qualificada a população, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) propõe formas de organização da agenda e do fluxo de atendimento a fim de atender de forma eficaz à maioria da população adscrita no território.

Livre demanda também chamada de demanda espontânea diz respeito aos clientes que chegam à procura de serviço de saúde com problemas agudos ou condições que o próprio paciente considere um problema de saúde. É importante a escuta qualificada, pois é parâmetro para avaliar agudização de doenças crônicas, adesão ao tratamento proposto e eficácia do trabalho da equipe (PAULINO, 2014).

Já a demanda programada refere-se aos pacientes que comparecem à UBS com agendamento prévio para cumprimento de cuidado programado e avaliação de condutas médicas. Geralmente grupos de risco de agravos são atendidos, grupos operacionais são realizados voltados pra aquela faixa etária e situação de comorbidades como hipertensos, diabéticos, obesos, crianças e gestantes (PAULINO, 2014).

No fluxograma abaixo, apresenta-se o caminhar desejado do usuário dentro da unidade de acordo com o Ministério da Saúde que aborda o Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013).



Fonte: Brasil (2013)

Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de haver protocolos básicos, como atendimento a hipertensos, puericultura, pré-natal etc, mas que tenha flexibilidade suficiente para se adaptar às necessidades da população visto que, tais necessidades mudam após cada intervenção realizada pela equipe.

Duncan *et al.* (2013, p. 37) comentam que

> O mais importante é oferecer atendimento às pessoas que apresenta problemas de saúde, e não fixar uma rotina de funcionamento da Unidade baseada exclusivamente em programas de saúde, o que, muitas vezes limita o acesso daqueles que mais necessitam.

Entre os membros da equipe é importante ressaltar que somente será possível ter uma agenda organizada se a equipe trabalhar de forma horizontal e não vertical como enfatizam Gusso e Lopes (2012). Cooperação, acréscimo de conhecimento para um bem comum, no caso da saúde da população em seus aspectos biopsicossociais, é de suma importância.

No entanto deve haver hierarquia entre os componentes da equipe. O gerente da UBS é aquele que desempenha da melhor forma as relações interpessoais, a organização de uma agenda de prioridades pactuadas com a equipe e estabelece uma rede de relacionamentos dentro e fora da UBS, e com secretaria de saúde (GUSSO; LOPES, 2012).

Não há formação para gerente da UBS e muitas vezes esse papel acaba sendo assumido pelo médico que acaba não conciliando a agenda de atendimentos com necessidades organizacionais da UBS o que torna, em muitas vezes, o atendimento conturbado, e cansativo para pacientes, equipe e, sobretudo, para o médico (GUSSO; LOPES, 2012).

Para que a população tenha maior aderência às propostas de trabalho da equipe, é necessário, por vezes, realizar reuniões com a comunidade apresentando as propostas do processo de trabalho, rotinas de funcionamento da unidade, informar cartilha de procedimentos além de prestar apresentar resultados obtidos com a colaboração de todos. “Promover a mobilização e participação da comunidade buscando efetivar a o controle social” (BRASIL, 2012, p. 45).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “ Organização da agenda médica na UBS Boa vista, Januária MG ”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Planejamento Estratégico Simplificado (PES), por sua vez, é composto por quatro momentos:

Momento explicativo: nesse processo identificam-se os problemas, através de vários pontos de vista. Após esse processo, há seleção dos problemas prioritários. Nós críticos, tidos como principais causas dos problemas também são nesse momento definidos. Após análise dos mesmos, define-se a capacidade de enfrentamento pela equipe e demais envolvido no processo.

Momento normativo: aqui se entende como são elaboradas as propostas de enfrentamento dos problemas selecionados no momento explicativo.

Momento estratégico: aqui se busca viabilizar as propostas de enfrentamento dos problemas.

Momento tático operacional: é definido o modelo de gestão e ferramentas de controle da execução do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Todas as consultas realizadas na UBS Boa Vista eram de demanda espontânea sem acolhimento ou escuta qualificada levando a sobrecarga de atendimentos aleatórios, sem cuidado programado para grupos de maior risco, ao profissional médico. Não havia classificação do risco e prioridade conforme gravidade dos sintomas ou risco social. Inevitavelmente, todos que chegavam à UBS seriam atendidos pelo médico conforme o numero de fichas disponíveis para o período.

Todo o usuário deve ser orientado quanto ao funcionamento do processo de trabalho na UBS. Mesmo que as solicitações não sejam atendidas no momento desejado, elas devem ser ouvidas e direcionadas para resolução conforme urgência definida por protocolos próprios e atendidas na medida do possível. Caso isso não ocorra, o vínculo entre a população e a equipe pode ser prejudicado, visto que, o serviço ofertado poderá ser visto como não resolutivo, diminuindo a adesão da população ao processo de trabalho, além de sobrecarregar alguns dos profissionais.
Ter atendimentos de demanda programada é importante, pois visam impactar problemas mais comuns na comunidade, ou seja, que acometem maior número de usuários do serviço. Prevenção de problemas através de atividades comunitárias, orientações para grupos afetados pelas principais comorbidades, diminui em curto prazo, mas, sobretudo em longo prazo, a demanda por consultas médicas tanto na atenção primária quanto nos serviços de urgência.

Para que a agenda médica seja organizada a equipe definiu os seguintes “nós críticos”, projetos, recursos, resultados esperados dentro do nosso alcance conforme os momentos explicativos, normativos e estratégicos.

Quadro 1- “Nós críticos”, operações, resultado, produtos e recursos necessários.

Nó critico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Permanência do médico em horário regular e integral na UBS	Médicos 36h semanais **+ médico**	Facilitar o aceso a consultas médicas através do agendamento com horários prévios	Agendamento prioritário após estratificação de risco de maior mortalidade para condições crônicas de agravo	**Organizacional:** Agenda disponível para agendamento livre com horários pré-definidos Cognitivo: Capacitar a equipe quanto a critérios de gravidade durante acolhimento e definição de consultas agendadas Realização de acolhimento por profissionais de enfermagem
Capacitação da equipe de saúde	Qualificação da equipe **Estudar +**	Diminuir o número de pacientes para consulta médica	Capacitação da equipe de como informar os clientes e orientar o fluxo de atendimento na UBS	**Organizacional:** Realização de reuniões semanais com equipe para capacitação e discussão de casos **Cognitivo:** consulta no caderno de atenção básica, informes, diretrizes e protocolos de como

				deve ser organizada e a agenda de todos os integrantes da equipe e de como deve ser o processo de trabalho.
Reuniões com a comunidade	Reuniões com a comunidade em horário de funcionamento não habitual **Reuniões com a comunidade**	Avaliar qualidade do serviço oferecido do ponto de vista da população Orientar a população sobre aspectos organizacionais do serviço para melhor utilização do mesmo Propor mudanças do processo de trabalho de uma forma dinâmica conforme necessidades da comunidade	Reuniões com frequência de no mínimo 3 meses	**Organizacional:** realizar reuniões com a comunidade com frequência_definida para acompanhamento e definições do processo de trabalho **Cognitivo:** analisar se propostas da equipe e da comunidade não ferem os princípios do SUS e se propiciam um bom processo de trabalho.
Realizar Acolhimento da livre demanda	Utilização de protocolos de Manchester e estratificação de	Profissionais de enfermagem e recepcionista direcionarem e avaliarem necessidade de	Utilizar protocolos de gravidade para definir necessidade de consulta médica ou não	**Cognitivo:** conhecimento dos protocolos de atendimento Utilização do protocolo de

	livre demanda do ministério da saúde **<u>Estratificação da livre demanda</u>**	consulta médica ou não	Resolução da demanda conforma competência de cada profissional	Manchester **Organizacional:** preparar e capacitar equipe para definição das competências de cada profissional

No quadro abaixo temos a relação dos atores e motivação dos agentes no processo de trabalho.

Quadro 2 – Apresenta os recursos críticos, o controle dos mesmos e as ações estratégicas

Projeto	**Recursos críticos**	**Controle dos recursos críticos**	**Ações estratégicas**
		Ator Motivação	
+ médico	**Organizacional:** médico disponível em horário regular durante expediente Cognitivo: estratificação de risco conforme sinais de gravidade	Médico: Favorável Equipe: Favorável	Não necessita
Estudar +	**Organizacional:** Realização de reuniões semanais com equipe	Equipe: Favorável	Reuniões conforme demanda e consulta aos cadernos de atenção básica para orientações das ações
Estratificação da demanda	**Organizacional:** preparar equipe para o processo de trabalho **Cognitivo:** conhecer protocolos de estratificação e resolução da	Equipe: Favorável	Definição de obrigações entre os componentes da equipe para resolução da demanda dos pacientes.
Reuniões com a comunidade	Organizacional: realizar frequentes reuniões com a comunidade **Cognitivo:** conhecer princípios e diretrizes do SUS para que as propostas apresentadas pela população não contrariem os princípios organizacionais básicos.	Comunidade: Favorável Equipe: favorável	Realizar reuniões com a comunidade para apresentação de propostas de trabalho e avaliar resolubilidade do ponto de vista da população

Outra forma de avaliar viabilidade do projeto é estipular prazo para resultados. Assim pode-se controlar o andamento dos projetos bem como possíveis motivos de atrasos na execução e correção dos mesmos.

Quadro 3 – Apresenta-se os resultados esperados, as ações estratégicas, os responsáveis pelas ações e os prazos.

Projeto	**Resultados**	**Ações estratégicas**	**Responsável**	**Prazo**
+ médico	Instituir o agendamento de consultas	Permanência do médico em horário integral no PSF	Médica e demais membros da equipe	1 semana
Estudar +	Melhorar o acolhimento. Uniformizar as informações de toda equipe Ter maior resolutibilidade	Reuniões semanais com estudos em casa prévios para discussão	Equipe de UBS	9 meses
Estratificação da demanda	Estratificar gravidade e urgência das queixas da população e avaliar se há necessidade ou não de atendimento medico de urgência	Capacitação dos profissionais para resolver as demandas dos pacientes Definir os pacientes que virão por demanda programada	Equipe de enfermagem Equipe da UBS	9 meses 3 meses
Reuniões com a comunidade	Maior informação da comunidade quanto aos serviços oferecidos Sugestões da comunidade sobre o processo de trabalho da equipe	Reuniões com a comunidade com a frequência necessária para aprovar e propor mudanças no processo de trabalho	Comunidade e equipe da UBS	1 Ano

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Outra forma de avaliar viabilidade do projeto é estipular prazo para resultados. Assim pode-se controlar o andamento dos projetos bem como possíveis motivos de atrasos na execução e correção dos mesmos.

Organização da agenda é um passo crucial no atendimento efetivo da população. Implica num bom relacionamento entre os membros da equipe, educação da população, compromisso da parte de todos para que a atenção primária cumpra todos seus objetivos de ser disponibilizará de entrada do usuário a outros níveis de complexidade, promover a prevenção de agravos e tratamento de doenças crônicas mais comuns que são as que mais demandam serviços na unidade básica de saúde.

Espera-se que com a organização da agenda possamos melhorar a qualidade do atendimento e trazer maior satisfação do usuário com o atendimento na unidade

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política de Atenção Básica. Brasília:** Ministério da Saúde**,** 2012.

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

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: Condutas de atenção primária baseada em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J.M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. São Paulo: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@.** Brasília, [online], 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

PAULINO. J. A. **Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta**. Trabalho de conclusão de curso. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2014.