



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

RAMIRO GOMES DINIZ

**IMPLEMENTAÇÃO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UNIDADE
BÁSICA DE ZONA RURAL: MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**FORTALEZA
2019**

RAMIRO GOMES DINIZ

**IMPLEMENTAÇÃO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UNIDADE
BÁSICA DE ZONA RURAL: MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde,
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Especialista.

Orientador: Me. Alfredo Augusto
Vasconcelos da Silva.

**FORTALEZA
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D613i Diniz, Ramiro Gomes.
 Implementação de agendamento de consultas em unidade básica de zona rural : melhoria da prestação de serviços / Ramiro Gomes Diniz. – 2019.
 22 f.

 Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.
 Orientação: Prof. Me. Alfredo Augusto Vasconcelos da Silva.

 1. Demanda Programada. 2. Acolhimento. 3. Atenção Básica à Saúde. I. Título.

CDD 362.1

RAMIRO GOMES DINIZ

**IMPLEMENTAÇÃO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS EM UNIDADE
BÁSICA DE ZONA RURAL: MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 25/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Me. Alfredo Augusto Vasconcelos da Silva
UFC

Prof^o. Me. Ilka Ancântara de Araújo
UFC

Prof^o. Me. Maria Fabiana de Sena Neri
UFC

RESUMO

No SUS, os princípios de Universalidade, Integralidade e Igualdade garantem a toda a população o direito à Saúde, devendo ser possível a todos o acesso a atendimentos para prevenção, diagnóstico e tratamento de possíveis agravos à saúde. No entanto, atualmente, a dificuldade para organização da volumosa demanda por consultas médicas, que gradualmente vem tornando-se maior do que a disponibilidade dos profissionais envolvidos, tem culminado em extensas filas de espera na madrugada, insatisfação com o atendimento, e estresse, tanto para usuários como trabalhadores da saúde.

Desse modo, faz-se necessária a organização da Atenção Primária à Saúde, com o desenvolvimento de novas estratégias, principalmente relacionadas ao Programa de Saúde da Família, baseadas no conhecimento do perfil epidemiológico da demanda local, intrínseco a cada região do País.

O sistema de acolhimento, proposto pelo HumanizaSUS, é uma das formas de se tentar a organização da demanda total de um serviço de saúde, procurando atender aos anseios dos usuários que procuram a unidade, além de possibilitar a instituição da demanda programada, levando em consideração a estratificação do risco e motivo da consulta, as particularidades da área abrangida, e contando com o apoio da equipe multiprofissional.

O presente estudo propõe a implementação de um sistema de agendamento de consultas médicas na unidade básica de saúde Martinslândia, em Guaraciaba do Norte – CE, visando melhorar a qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários cadastrados na área de adscrição da UBS, melhorando sua satisfação em relação ao serviço de saúde, organizando a demanda e o processo de trabalho dos profissionais da UBS, garantindo o acesso a consultas de maneira digna e extinguindo as filas de espera na madrugada.

Palavras-chave: Demanda Programada. Acolhimento. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Due to Sistema Único de Saude (SUS), Brazilian population is granted the basic rights to health care as well as the principles of Universality, Integrality and Equality, from which all individuals must have free access to prevention, diagnosis and healing services. However, there is a current growing demand for medical consultations which are causing patients to spend long nights waiting in line in front of hospitals, dissatisfaction with the system and stressfulness for both users and health professionals.

Accordingly, there is an urgent need for the organization of Health Primary Care (APS) through development of brand-new strategies, mostly those related to Programa de Saúde da Família. In addition, these strategies should be grounded on knowledge about the epidemiologic profile intrinsic to each country region.

The reception system, proposed by HumanizaSUS, is one way of which full demand organization is tried to be dealt with in a health care system. Such initiative seeks for fostering system users' needs. Whom of which are, in turn, looking for unity. Besides, organization also enables institution programmed demands; when taking into account risk stratification, grounds for consultation, covered area peculiarities and when relying on the multifaceted professional group support.

This present study proposes the implementation of an appointment booking system at the Guaraciaba do Norte Health Center, in the state of Ceará. It also searches for health assistance improvement in the area of the UBS. Furthermore, guaranteeing subscribed users' satisfaction along with organizing the full demands and UBS professionals working process are goals for this investigation to go for. Lastly, an end is expected to be put on the over-the-night waiting queues at those centers and customers to obtain dignified appointment bookings.

Keywords: Programmed demand. Reception. Health primary care.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. PROBLEMA	6
3. JUSTIFICATIVA	7
4. OBJETIVOS	8
4.1. OBJETIVO GERAL	8
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. REVISÃO DA LITERATURA	9
5.1. A RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO	9
5.2. A IMPORTÂNCIA DO ACESSO E DO ACOLHIMENTO	9
5.3. A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA	10
5.4. A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO	12
6. METODOLOGIA	13
6.1. TIPO DE ESTUDO	13
6.2. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	13
6.3. DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO E COLETA DE DADOS	13
6.4. ANÁLISE DE DADOS	14
6.5. ASPECTOS ÉTICOS	15
7. CRONOGRAMA	16
8. RECURSOS NECESSÁRIOS	17
9. RESULTADOS ESPERADOS	18
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. INTRODUÇÃO

Os princípios do SUS são pilares norteadores fundamentais na criação e na forma em como são ofertados os serviços de Saúde Pública. Desde a sua criação, o SUS tem apresentado diversas medidas para garantia do direito constitucional à Saúde, como a ampliação do acesso aos serviços por meio do estabelecimento do Programa de Saúde da Família (PSF), que promoveu a instalação de unidades básicas de saúde (UBS) dentro de territórios determinados por todo o país, aproximando os profissionais da população.

A Atenção Básica à Saúde se constitui de uma série de intervenções realizadas por meio de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, devendo ser organizada dentro de cada território de maneira que se adeque às necessidades da população, por meio de demandas programadas e imediatas. Para o planejamento da agenda de consultas ofertada pela UBS, é fundamental o conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade adscrita, sendo importante avaliar a prevalência das doenças crônicas como diabetes, hipertensão, transtornos mentais e comportamentais, dentre outras, uma vez que as condições crônicas são responsáveis por grande parte das consultas em atenção básica. (OMS, 2003).

Na realidade, porém, muitas vezes a prática da demanda espontânea é que rege o funcionamento de postos de saúde, não havendo o agendamento de consultas, e consequentemente acarretando em problemas como a necessidade de o usuário chegar muito cedo (de madrugada), o longo tempo de espera até o atendimento médico, além de gerar do usuário ansiedade, frustração e insatisfação devido à incerteza da obtenção de fichas para consulta médica no mesmo dia, muitas vezes desrespeitando princípios básicos do SUS como a Universalidade, Equidade e Integralidade. Esse cenário se apresenta de maneira acentuada principalmente nos interiores, onde na maioria das vezes a UBS possui apenas um médico para dar vazão às demandas espontânea e programada (incluindo-se as visitas domiciliares) e das ações educativas de prevenção e promoção à saúde, prejudicando sobremaneira o acesso ao início e à manutenção do tratamento/acompanhamento adequados, ou sobrecarregando o médico com um número de atividades e rotina de trabalho exaustivas.

Nesse contexto, pode-se perceber que a organização da rotina de trabalho nas Unidades básicas de Saúde ainda é um grande desafio, uma vez que não existe um modelo único e padronizado capaz de ser implantado igualmente em todas as localidades da rede de Atenção Primária (FARIA, 2017)

A implementação de um sistema de agendamentos de consultas com horários pré-estabelecidos mostra-se uma característica imprescindível ao bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde, bem como à satisfação dos usuários com o serviço prestado, uma vez que desonera o usuário da necessidade de chegar durante a madrugada na UBS para conseguir a garantia da sua consulta, o que muitas vezes o impede de programar seus afazeres e cumprir seus outros compromissos. Utilizando-se do acolhimento e de uma triagem com classificação de risco, aqueles que não conseguem atendimento médico no dia por não se qualificarem como urgências terão a possibilidade de agendar consulta médica eletiva para uma data próxima. Uma vez agendada a consulta, em caso de não comparecimento, a comunicação prévia da ausência/falta remete ao papel social desempenhado por aquele indivíduo, naquela comunidade específica. Como não há recursos de informática disponíveis, a criação de agendas específicas torna-se o único meio físico possível para a realização do agendamento de consultas com horário pré-estabelecido.

2. PROBLEMA

A UBS Martinslândia, localizada em zona rural no município de Guaraciaba do Norte – CE, a aproximadamente 30 km da sede da cidade, possui uma população adscrita de aproximadamente 1801 pessoas, formada essencialmente por pessoas de baixo nível socioeconômico e educacional, que sobrevivem por meio de agricultura de subsistência. O perfil epidemiológico local é composto por uma distribuição trimodal da carga de doenças, dividida entre as condições crônico-degenerativas, os acidentes por causas externas e as doenças infecto-parasitárias (ainda bastante prevalentes devido às péssimas condições de saneamento e de infraestrutura).

A Equipe de Saúde da Unidade é atualmente composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 6 ACS e 1 auxiliar de serviços gerais. Embora os profissionais da equipe sejam comprometidos em oferecer uma assistência de qualidade aos usuários e participem ativamente dos processos de trabalho na UBS, almejando o bem estar da comunidade, e de a população ser compreensiva, procurando compreender as dificuldades que a ESF enfrenta na tentativa de conseguir organizar e atender a sua demanda, a infraestrutura é precária e em muito dificulta a realização adequada de suas ações: não há espaço físico para cada profissional exercer suas funções, há presença de mofo e infiltrações em todas as acomodações da unidade, e não há profissional responsável pela segurança do posto, para zelar pelo patrimônio público e pelos profissionais de saúde.

Devido à grande demanda da população, e à ausência de um sistema de acolhimento e triagem dos usuários e de agendamento de consultas programadas, conforme proposto pelas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a UBS Martinslândia apresenta diversas dificuldades para sanar problemas como a formação de extensas filas durante a madrugada, o eventual descumprimento do direito do usuário ao não oferecer uma garantia de consulta ou ao desrespeitar seu protagonismo em relação a sua própria saúde, e como a sobrecarga física e psicoemocional dos profissionais de saúde que se sentem impotentes e frustrados, muitas vezes extrapolando os seus próprios horários de trabalho para tentar conseguir atender plenamente e em tempo hábil a demanda crescente e aos anseios da população, gerando assim intenso desgaste em todos os envolvidos.

Nesse contexto, faz-se necessária a criação de estratégias para organização da demanda da unidade e do processo de trabalho dos profissionais de saúde a ela vinculados, principalmente com relação à agenda médica, visando a melhoria na qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários cadastrados na área de adscrição da UBS, e dando-os a garantia da obtenção da consulta almejada de maneira digna, em data pré-determinada, extinguindo assim as filas na madrugada, aumentando a satisfação da população em relação ao serviço de saúde e reduzindo a superlotação da unidade e a conseqüente sobrecarga dela advinda aos profissionais da equipe.

3. JUSTIFICATIVA

Para a melhoria do primeiro contato da demanda espontânea nas unidades básicas é necessária a organização do fluxo de acolhimento, com preparo técnico das equipes para ofertar um trabalho resolutivo, integral e longitudinal, baseado no princípio da equidade. Dispõe-se de protocolos de acolhimento com estratificação de risco, adaptados à atenção primária. A organização das rotinas e do sistema de agendamento da equipe é fundamental para o bom funcionamento e atendimento equânime dos usuários (VELLOSO, 2012).

Não se dispõe de modelos perfeitos para que se atenda a demanda espontânea sem prejuízo ao atendimento programado ou sobrecarga aos profissionais envolvidos, e por isso faz-se necessário o diagnóstico da situação na área abrangida, com frequentes reavaliações entre os profissionais de saúde sobre a qualidade do serviço e sua efetividade. O que se sabe é que a realização do agendamento por hora marcada auxilia na distribuição proporcionada do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando a superlotação, o desconforto e a ocorrência de tensões entre os próprios usuários, além de propiciar um ambiente mais calmo e silencioso para o desenvolvimento das consultas (BRASIL, 2010). Com a organização das demandas espontânea e programada, fundamentada no acolhimento para obtenção de desfechos mais favoráveis, possibilita-se o acesso do usuário ao sistema de saúde com escuta qualificada, objetivada ao direcionamento efetivo entre os serviços ofertados e baseado na equidade, bem como o estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de profissionais (VELLOSO, 2012).

A necessidade de reduzir as filas longas e o tempo de espera entre o horário de chegada do paciente e o seu atendimento, devido ao fato de ter que chegar em horários incompatíveis com a sua rotina (extremamente cedo, durante a madrugada, antes mesmo da abertura da UBS) para obtenção de ficha para consulta, e que geram no usuário intensa frustração e insatisfação com o Serviço de Saúde, apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias para organização da assistência da UBS Martinslândia, especialmente em relação à Agenda de consultas médicas.

A realização de estudos que abordam a implementação do agendamento de consultas em localidades longínquas, com pouca infraestrutura e recursos/tecnologias, promove o melhor manejo e organização das demandas programada e espontânea da unidade, possibilitando a identificação das fragilidades e potencialidades da equipe e da comunidade e das dificuldades existentes para o efetivo desenvolvimento do serviço de saúde em localidades marginalizadas dos grandes (e pequenos) centros urbanos, objetivando a melhoria da assistência ao usuário e do gerenciamento das equipes de PSF e a superação de problemas como a superlotação, desorganização da demanda e competição por consultas, a fragmentação do processo de trabalho, a exclusão de usuários na porta de entrada, o desrespeito à dignidade usuários e a sobrecarga horária, física e emocional dos profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente na assistência.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Implementar o agendamento de consultas na UBS Martinslândia, em Guaraciaba do Norte – CE, utilizando meio físico compatível com a realidade e recursos disponíveis na mesma, promovendo a melhoria da assistência ao usuário e a organização do processo de trabalho dos profissionais da Unidade.

4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer e analisar os obstáculos e dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF.
2. Organizar a demanda da UBS, por meio da criação de uma agenda de consultas programadas, dissolvendo as filas de pacientes em espera na madrugada e proporcionando a melhoria no gerenciamento do serviço.
3. Melhorar a assistência aos usuários, oferecendo a possibilidade de agendamento de consulta com horário e data pré-determinados, promovendo maior satisfação e dando-os autonomia e protagonismo no seu processo de saúde e doença.
4. Realizar o acolhimento de todos os usuários, solucionando suas dúvidas, e realizando uma triagem baseada na estratificação de risco para a demanda espontânea.
5. Diminuir sobrecarga dos profissionais de saúde envolvidos.
6. Garantir acesso mais abrangente às consultas médicas.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1.A RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO

A atenção básica, bem como a estratégia de saúde da família, vem para combater o modelo biomédico flexneriano. Este consiste na visão material do corpo humano como máquina e das doenças como defeitos nas peças dessa máquina, e na adoração ao saber científico, que é exclusivo, e único detentor do conhecimento para tratamento e prevenção eficazes. O modelo levava a uma iatrogenia social e cultural, onde os usuários transformavam-se em consumidores ávidos de cuidados e tecnologias especializados, tornando-os dependentes e diminuindo seu protagonismo (TESSER et al, 2010).

É necessário sobrepujar a prática tradicional centrada na exclusividade da dimensão biológica (medicalização), assistencialista e curativa, para ampliar a escuta e valorizar a interação entre profissionais de saúde e usuário (BRASIL, 2010). Isso é possível reorganizando-se o processo de trabalho, com o deslocamento do modelo de assistência que preconizava a centralização do atendimento na figura do médico, para um modelo que torne possível a descentralização do cuidado, tornando o paciente ativo e corresponsável no seu processo de saúde-doença, propiciando vínculo entre usuário e equipe de saúde, com uma relação trabalhador-usuário mais humana (FRANCO et al, 1999).

Esse combate, porém, passa por resistência, dúvidas e pressão dos usuários, que requerem a assistência à saúde em moldes imediatistas e ultrapassados ou não condizentes com os princípios da atenção primária. Desse modo, gera-se conflitos entre o que é institucionalizado pelo SUS e a vontade dos usuários, abrindo-se brechas para os profissionais exercerem atividades pouco resolutivas e realizadas de maneira ad hoc, não planejadas, sendo em última análise contraproducente aos princípios da estratégia de saúde da família (FRIEDRICH, PIERANTONI, 2006).

Demanda e necessidades de saúde são socialmente construídas, não devendo ser consideradas imutáveis ou naturalizadas. Recomenda-se considerar os diferentes atores sociais, com pensamentos, interesses e formas variados para se chegar a um lugar comum do que é demanda e necessidade de saúde. Ao perceber as particularidades da área em abrangência, necessita haver planejamento para que a equipe acolha o adscrito da melhor forma: realizando escuta humanizada, diagnosticando e tratando possível agravos à saúde, aliviando sofrimentos, ajudando na retomada do protagonismo do usuário, melhorando suas condições de vida, e favorecendo a criação de vínculo, diminuindo assim o seu isolamento e abandono (BRASIL, 2010). A discussão é ampla, porém o que atualmente se sabe é que o cuidado deve ser contínuo, multiprofissional, descentralizado, e necessita de planejamento considerando-se as singularidades da população adscrita.

5.2.A IMPORTÂNCIA DO ACESSO E DO ACOLHIMENTO

Inicialmente, é importante diferenciar acessibilidade de acesso. A acessibilidade proporciona a chegada aos serviços, enquanto o acesso possibilita o uso oportuno dos serviços para atingir os melhores resultados, ou seja, a forma como o usuário experimenta o serviço de saúde (SOUZA, 2008).

O acolhimento é uma das principais formas de se garantir o acesso ao usuário. A escuta qualificada, juntamente com a facilidade do acesso e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, tem implicações positivas para a organização do processo de trabalho da equipe. Na atenção básica, os usuários geralmente são cadastrados de acordo com sua moradia nos territórios adscritos na área determinada de cada UBS, sendo conhecidos pela equipe de saúde. O trabalho em equipe realizado de maneira adequada produz relações consolidadas e

complementares entre os profissionais (BRASIL, 2010). O momento do acolhimento promove o encontro dos trabalhadores de saúde com pessoas muitas vezes já conhecidas e com problemas previamente identificados, ainda que por vezes complexos; esse fator possibilita a diminuição do estresse por parte do encarregado do acolhimento na avaliação da vulnerabilidade do usuário. Esse acolhimento realizado pela equipe permite transformá-lo longitudinalmente em um momento de cuidado e integração. Quanto mais inserido nas particularidades da área em abrangência, maior a confiança do profissional em ter conhecimento para lidar com o usuário no primeiro contato (TESSER et al, 2012).

Aprofundando-se no assunto, é digno de nota que o acolhimento envolve interesse, ética, cuidado, empatia e respeito do trabalhador de saúde para com o usuário, e, juntamente com a avaliação de suas vulnerabilidades, necessidades, prioridades, características epidemiopsicossociais, promove a hierarquização do motivo da procura quanto à sua urgência, diferenciando as necessidades desiguais e tratando-as conforme suas características. A proposta do acolhimento enfoca na melhoria das relações dos serviços de saúde com o usuário, havendo a escuta qualificada e o processamento da demanda apresentada, objetivando sua resolução sempre que possível (TESSER et al, 2010). Diante do exposto, salienta-se que os usuários também necessitam compreender os objetivos do acolhimento, envolvendo-se no processo de organização da unidade e evitando desentendimentos e ruídos que possam prejudicar a rotina da unidade (BRASIL, 2010). Em suma, a organização da oferta dos serviços da unidade beneficiará predominantemente o paciente, o qual será contemplado com consultas eletivas agendadas, com horário marcado, caso necessite, além de permitir aos profissionais um ambiente de trabalho amigável e pacífico.

Há de se lembrar que o sistema de poder altamente verticalizado, com a centralização das decisões, tende a desestimular o compromisso e alienar a maioria dos profissionais. Do mesmo modo, um processo de trabalho focado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diminuir o envolvimento das equipes com sua clientela adscrita (KELL, SHIMIZU, 2010). Além disso, os problemas do acesso do usuário ao sistema de saúde na atenção primária, bem como suas análises e soluções alternativas, não devem ser vistos estritamente como problema de quantidade de atendimentos ou rendimento profissional. A tendência atual é para a qualificação do acesso, pois nesse caso a questão não se limita ao número de portas de entrada disponíveis e sim à qualidade com que esse acesso é garantido ao usuário (SOUZA, 2008).

5.3.A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

A estratégia de Saúde da Família é retratada como uma forma de organizar e diminuir a demanda espontânea, por meio da implantação de um sistema de demanda programada paralelo ao de demanda espontânea pré-existente. Dessa forma, os problemas de saúde coletivos seriam identificados e abordados coletivamente, porém, na prática, o que geralmente é notado são unidades básicas de saúde abarrotadas predominantemente pela demanda espontânea.

Por outro lado, se não realizadas de maneira planejada, as ações constitucionais programadas da Estratégia de saúde da família (HiperDia, Saúde Mental, Puericultura, Pré-Natal, entre outros), podem inibir outras ações da estratégia, dificultando sobremaneira o levantamento das particularidades nosológicas características da localidade devido à ausência de tempo hábil para oferecer consultas para a identificação/acompanhamento de outras patologias que não se enquadrem nos programas pré-estabelecidos supracitados (FRIEDRICH, PIERANTONI, 2006).

A pressão da demanda espontânea, no acolhimento, geralmente almeja consultas médicas. Porém, a escuta, orientação, resolução dos problemas, avaliação da vulnerabilidade e o cuidado com o paciente são de competência de todos os trabalhadores da unidade. Se não há espírito de coletividade e trabalho multiprofissional, o acolhimento tornar-se-á um pronto

atendimento, com tendência ao avanço e difusão da medicalização; as consequências são as mais diversas, como: baixo protagonismo dos usuários, pouca eficácia para o acompanhamento de doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros trabalhadores de saúde e do trabalho coletivo (TESSER et al, 2010).

Reconhece-se que a capacidade da equipe em estruturar o acolhimento relaciona-se à quantidade de pessoas e a situação social da clientela adscrita: áreas com condições socioeconômicas ruins e pouca oferta de serviços públicos (saneamento, limpeza), intensa medicalização, pouco protagonismo e autocuidado são, geralmente, áreas onde a procura da demanda espontânea torna-se maior do que em áreas com boas condições socioeconômicas. Diante de tal fato, o desafio em conciliar a agenda de consultas programáticas a uma população mais carente é bem maior para as equipes que atuam em áreas mais vulneráveis (BRASIL, 2010).

Para a melhoria do primeiro contato da demanda espontânea nas unidades básicas é necessária a organização do fluxo de acolhimento, com preparo técnico das equipes para ofertar um trabalho equânime, resolutivo, integral e longitudinal. Dispõe-se de protocolos de acolhimento, ofertados pelo SUS e baseados no Protocolo de Manchester, adaptados à atenção primária. Devido à dificuldade de conciliação entre a demanda crescente da população e o número limitado de consultas passíveis de realização pelos profissionais de saúde, o acolhimento se mostra como ferramenta valiosa para a efetividade das diretrizes do SUS. A organização das agendas e rotinas da equipe é fundamental para o atendimento dessa demanda, além da conscientização do papel de cada na resolução singular dos casos (VELLOSO, 2012).

Os profissionais encarregados da escuta no primeiro contato devem ter capacidade de analisar as queixas trazidas de acordo com a vulnerabilidade peculiar a cada indivíduo, ter ciência dos serviços ofertados pela unidade de saúde, podendo assim discutir os casos com outros colegas, e possuir respaldo para direcionar os cuidados necessários ao usuário com relativa resolutividade. Em alguns casos, o profissional que realiza a escuta inicial também pode ser o responsável por realizar a intervenção, abreviando o fluxo de usuários na unidade (BRASIL, 2010).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea, sendo necessários alguns questionamentos prévios pela equipe em reuniões mensais: como o acolhimento está sendo realizado e o que está sendo ofertado no mesmo? Qual é o perfil dos usuários e as queixas mais frequentes da demanda espontânea? Essas demandas podem ser realocadas para outros horários de menor movimento? Não há receitas ou fórmulas perfeitas para que se atenda a demanda espontânea sem prejuízo ao atendimento programado ou sobrecarga aos profissionais envolvidos, e por isso faz-se necessário o diagnóstico da situação na área abrangida, com frequentes reavaliações entre os profissionais de saúde sobre a qualidade do serviço e sua efetividade (BRASIL, 2010)

A organização da agenda e a modalidade para se desenvolver o acolhimento na unidade de saúde necessita de variação, de acordo com os determinantes e peculiaridades locais, que são sobretudo mutáveis (BRASIL, 2010).

A realização do agendamento por hora marcada auxilia na distribuição proporcionada do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando a superlotação, o desconforto e a ocorrência de tensões entre os próprios usuários, além de propiciar um ambiente mais calmo e silencioso para o desenvolvimento das consultas (BRASIL, 2010). Com a organização das demandas espontânea e programada, fundamentada no acolhimento para obtenção de desfechos mais favoráveis, possibilita-se o acesso do usuário ao sistema de saúde com escuta qualificada, objetivada ao direcionamento efetivo entre os serviços ofertados e baseado na equidade, bem como o estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de profissionais (VELLOSO, 2012). Tais melhorias alavancam as potencialidades dos atores sociais, dando-os protagonismo e autonomia para tomada de decisões com relação à sua saúde, e dos profissionais envolvidos na organização dessa estratégia, com um maior envolvimento em seu processo de trabalho.

5.4.A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

A criação do SUS promoveu a reorganização da atenção básica com a ampliação da cobertura e implementação de modelos assistenciais atualizados, objetivando melhorar a qualidade dos serviços prestados. Sua colocação em prática constitui grande desafio para as equipes de saúde, porém o estabelecimento de um vínculo longitudinal deve ser característica central na atenção primária em saúde, visto que resulta em resultados positivos (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A longitudinalidade como ponto cardinal deve ser objetivada, uma vez que compõe-se como a integralidade do cuidado (princípio norteador da atenção primária) e dela faz parte a agenda programada da unidade básica de saúde. Para melhorar a qualidade dos serviços, o processo de trabalho necessita de construção e revisão contínuas por meio do planejamento e da participação dos profissionais de Saúde envolvidos, pois as características peculiares da área de atuação da equipe são efêmeras e mudam de acordo com a situação epidemiológica. Acolher de forma organizada e planejada é substancialmente importante para a equipe e para os usuários, respeitando-se o perfil da clientela da área adscrita, permitindo assim a continuidade do cuidado centrada no usuário e proporcionando-lhe maior acessibilidade, melhor qualidade na prestação de serviços, e uma assistência humanizada e resolutiva (VELLOSO, 2012).

A demanda programada abrange o atendimento de pessoas inclusas nas ações programáticas (pacientes acompanhados por Hipertensão, diabetes melito, transtornos mentais e comportamentais e outras condições que necessitem de acompanhamento regular), bem como de pacientes acolhidos previamente que necessitam de consulta médica eletiva, e a periodicidade do acompanhamento deverá se pautar pela avaliação do risco e vulnerabilidade singular do usuário, realizando-se o agendamento de seu retorno, com data definida, na saída da consulta, quando pertinente (BRASIL, 2010). Dessa forma, as agendas vão sendo preenchidas e revisadas pela equipe para garantir a sustentabilidade do agendamento, evitando possíveis falhas do mesmo.

6. METODOLOGIA

6.1.TIPO DE ESTUDO

O estudo em questão consiste em um plano de intervenção que objetiva a melhoria da assistência oferecida à população vinculada à UBS Martinslândia, por meio do agendamento das consultas médicas e organização da sua demanda, visando a organização do atendimento e melhor acolhimento aos usuários acompanhados pela unidade. O plano foi proposto pelo médico da unidade, com a pretensão de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde da UBS à população, e com fins de formação profissional pelo Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde na Família vinculado ao Programa Mais Médicos do Brasil. Para início de sua execução, contou-se com a colaboração e experiência dos profissionais vinculados à unidade básica de saúde Martinslândia.

6.2.CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

A UBS Martinslândia se localiza na zona rural do município de Guaraciaba do Norte, apresentando também limite com os municípios de Croatá – CE e Ipu – CE, e com a área das UBS Várzea dos Espinhos e Guarani, também de Guaraciaba do Norte. A distância entre o distrito de Martinslândia e a Secretaria de Saúde Municipal é de aproximadamente 30 km, e para Fortaleza é de aproximadamente 350km. Na unidade, há Mapas desenhados pelos próprios profissionais, juntamente aos ACS de cada área, com os quais se consegue localizar as referências e redes de apoio locais.

A população adscrita é composta por 1801 usuários, e é essencialmente formada por pessoas de baixo nível socioeconômico e educacional. A situação epidemiológica da população é trimodal, com a distribuição entre doenças crônico-degenerativas, acidentes por causa externas e doenças infecto-parasitárias (ainda muito prevalentes devido às péssimas condições de saneamento e de infraestrutura).

A principal atividade econômica da população adscrita na UBS é a agricultura de subsistência. O meio de transporte mais utilizado é a bicicleta ou a motocicleta (fato que preocupa pelo alto índice de acidentes automobilísticos na área). Os sítios não apresentam tratamento de esgoto (provavelmente pela distância da sede), e cerca de apenas 70% dos domicílios fazem uso de água tratada. A coleta de lixo nas áreas de sítio em geral é realizada 1 vez por semana, e frequentemente o lixo acumulado no restante do tempo é destinado a queimadas realizadas pela própria população.

A Equipe de Saúde da Unidade é atualmente composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 6 ACS e 1 auxiliar de serviços gerais. O gestor da UBS é o próprio enfermeiro, logo, há ampla facilidade de diálogo com o mesmo; os líderes comunitários da área são participativos, bem como a própria população, que procura compreender as dificuldades que a ESF enfrenta para tentar organizar e atender à grande demanda da população.

A Infraestrutura é precária: não há espaço físico para cada profissional exercer suas funções, há presença de mofo e infiltrações em todas as acomodações da unidade, e não há profissional responsável pela segurança do posto, para zelar pelo patrimônio público e pelos profissionais de saúde.

6.3.DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO E COLETA DE DADOS

O processo de intervenção começou com a capacitação da equipe, por meio de rodas de conversa, sobre pontos importantes acerca do acolhimento, da longitudinalidade da informação e da estratificação de risco. A experiência pessoal de cada membro mostrou-se ponto

fundamental para a elaboração da abordagem ao primeiro contato, visto que alguns profissionais se mostravam mais empáticos e receptivos à ideia do que outros. Os que se mostraram mais adeptos foram escolhidos para divulgarem palestras na comunidade.

O agendamento de consultas iniciou-se com meio físico (agendas datadas de 2018) para disponibilizar ao usuário o direito de agendar consultas com horário pré-estabelecido, sem a necessidade de enfrentar filas de madrugada, além da disponibilização de horários prefixados e limitados para consultas de demanda espontânea/imediata conforme levantamento prévio sobre os motivos da consulta, realizado com as fichas de atendimento médico dos meses de junho a dezembro de 2017; assim, se adequando com a necessidade da população.

Baseado nos horários disponíveis (40 horas semanais), a disposição da agenda de consultas médicas se fez da seguinte maneira:

- 1) 45% (18 horas por semana) para demanda programada – 54 consultas (20 minutos) por semana, sendo divididas de acordo com a realidade e particularidades da população:
 - a) 06 PRÉ-NATAL;
 - b) 04 PUERICULTURA;
 - c) 06 SAÚDE MENTAL;
 - d) 20 HIPERTENSÃO/DIABETES;
 - e) 08 PLANEJAMENTO FAMILIAR/COLETA CITOLOGIA;
 - f) 02 SAÚDE ADOLESCENTE;
 - g) 06 SAÚDE IDOSO;
 - h) 02 TB/HANSENÍASE;
- 2) 15% (6 horas por semana) para demanda agendada – 18 consultas (20 minutos), divididas igualmente na semana, em cada turno;
- 3) 10% (4 horas por semana) para demanda espontânea – 16 consultas (15 minutos), divididas igualmente na semana, em cada turno;
- 4) 5% (2 horas por semana) para visitas domiciliares – 4 consultas (30 minutos);
- 5) 20% (8 horas por semana) para educação permanente (educação à distância do Programa Mais Médicos do Brasil);
- 6) 5% (2 horas por semana) para grupos educativos – variando entre 30 minutos a 1 hora, de acordo com a relevância do tema apresentado.

Para as atividades administrativas, serão dedicadas 4 horas da última semana do mês para discussão conjunta da ESF sobre os problemas enfrentados e desafios a serem superados, obtendo-se feedback em momento oportuno.

6.4. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados obtidos se dará de forma subjetiva, avaliando o impacto das mudanças na rotina da equipe de profissionais de saúde alocados na unidade básica, seus fatores positivos e negativos, além da autopercepção dos esforços individuais e sentimento de valorização dentro da equipe, através de questionamentos em reuniões da equipe. Os pacientes serão indagados durante consultas médicas e visitas domiciliares dos agentes de saúde sobre aspectos positivos e negativos da mudança da rotina da unidade, bem como será estimulado o apontamento de sugestões dos próprios usuários; essas últimas serão pautadas nas reuniões da equipe, visando um sistema de coparticipação e responsabilidade mútua entre usuários e trabalhadores de saúde, para melhor gerenciamento das rotinas e serviços ofertados pela equipe, com maiores chances de sustentabilidade e perenização do projeto proposto.

6.5.ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste Plano de intervenção, foi respeitada a resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo realizada a avaliação dos riscos e benefícios da mudança da Agenda de atendimentos da unidade, bem como do contexto onde foi realizado o Projeto (características da população, infraestrutura e recursos disponíveis na UBS, etc), atendendo aos princípios de equidade, autonomia e respeito à dignidade da pessoa, da beneficência e da não maleficência.

7. CRONOGRAMA

Atividades	Out. a Dez./2017	Jan. a Mar./2018	Mai./2018 a Mai./2019	Jun./2019	Jul. a Dez./ 2019
Elaboração do Projeto de Intervenção	X				
Reunião da ESF para proposta de realização do projeto	X				
Capacitação da Equipe sobre Acolhimento e Triagem de pacientes	X				
Revisão de prontuários		X			
Aquisição do material necessário para agendamento		X			
Implementação do agendamento de consultas na unidade			X	X	X
Reuniões da ESF para atualização mensal dos dados e dos prontuários			X	X	X
Defesa do TCC				X	
Compilação e apresentação dos resultados					X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização do projeto de intervenção na comunidade da Martinslândia, foram necessários recursos humanos, representados na forma dos funcionários da ESF da unidade (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), os quais foram capacitados para a realização do acolhimento e para promoção da longitudinalidade na assistência e organização da demanda da UBS, os quais foram pilares para a implantação do projeto.

O investimento inicial médio realizado foi de aproximadamente R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) para a aquisição de agendas específicas, pastas para organização de prontuários e material de escritório, os quais se faziam necessários para organização do agendamento das consultas.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Com esse Projeto, espera-se melhorar a assistência aos usuários da comunidade adscrita à UBS Martinslândia, por meio da organização da demanda e do processo de trabalho da Unidade, com a implantação do Agendamento das consultas, reduzindo assim as filas de espera e proporcionando o desenvolvimento do serviço de modo que toda a população possa garantir o direito de ser atendida dignamente e em tempo hábil de acordo com sua necessidade, além de tornar os usuários participantes ativos e corresponsáveis pelo seu processo de saúde e doença, aumentando assim a sua satisfação para com o serviço de saúde, bem como reduzindo a sobrecarga física e mental dos profissionais da ESF.

Obtendo-se sucesso com a criação da nova agenda de organização de consultas médicas, esta forma de gerenciamento da UBS poderá tornar-se molde que poderá ser seguido pelas outras unidades do município, uma vez que a maioria das equipes de ESF também sofre com a dificuldade para organização da demanda e com as cobranças da população. Reitera-se a necessidade do conhecimento prévio das particularidades de cada comunidade para formatação de modelo adequado, visando o atendimento de maneira adaptada a cada subconjunto adscrito.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS**. Cadernos de Atenção Básica, no 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciência & saúde coletiva, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

FARIA, Marjore Novaes. **Proposta de intervenção para a organização da agenda médica programada e demanda espontânea da ESF Palmeiras em Bom Sucesso – Minas Gerais**. Universidade Federal de Alfenas. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2017. 33f. Monografia (Especialização em Saúde da Família).

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, p. 345-353, 1999.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 16, p. 83-97, 2006.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. **Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1533-1541, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de, et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s100-s110, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 3615-3624, 2010.

VELLOSO, Valéria Barros. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em saúde coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2012. 32f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)