



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KARINA BATAI MARTINS

A ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO  
2020

KARINA BATAI MARTINS

A ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: VALERIA CALIL ABRAO SALOMAO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

No SUS, a Atenção Primária em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo proporcionar o cuidado integral de forma individual, familiar e coletiva. Este cuidado envolve a educação, promoção e prevenção em saúde, bem como sua reabilitação e tratamento. Sendo assim, o cuidado vai além da consulta médica. Para tanto uma gestão e organização de trabalho esclarecido e bem definido entre a equipe para com os usuários pode garantir qualidade e eficiência nos atendimentos, resolução de problemas e melhor acesso as informações básicas da população. O presente projeto de intervenção objetiva elaborar um plano de ações para organizar a agenda de atendimentos médicos da Unidade Doutor José Ribeiro Fortes, para isso houve a priorizações dos problemas e seus nós críticos e sobre cada um deles foram propostas ações que visem solucioná-los. A programação do atendimento resultará na resolutividade do atendimento, possibilitando ao usuário autocuidado, autonomia, maior adesão as atividades de promoção e prevenção, além de aumentar o vínculo com a relação com a equipe de saúde.

## **Palavra-chave**

Consulta Médica. Capacitação Profissional. Assistência Integral à Saúde. Acolhimento. Agendamento de consultas.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS), enfatiza novos conceitos referente a Atenção Primária de Saúde (APS), reorientando políticas no modelo assistencialista a partir da instalação de um sistema universal direcionado por integrar seus cuidados em conjunto com uma equipe multidisciplinar e participação social.

Conhecida como Lei Orgânica ou Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, reafirma a saúde como direito e dever do Estado, garantindo seu acesso universal e igualitário mediante todas as ações de serviço que são oferecidos. Hoje, a Atenção Básica de Saúde se faz presente dentro das políticas do SUS e é reconhecida como sua porta de entrada onde tem a capacidade de conectar o usuário ao sistema, além de solucionar grande parte das demandas que são ali apresentadas (BRASIL, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) acompanha o nível básico de atenção à saúde, que por sua vez a tem como prioridade sua organização. Define-se ainda, por um modelo assistencial com envolvimento multiprofissional, a qual são responsáveis pelo acolhimento dos indivíduos e seu contexto familiar em determinadas áreas geográficas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Somado a isso, se dispõem de diretrizes, como integralidade, hierarquização, territorialização e outras que visam direcionar e reorientar as práticas profissionais, criando um vínculo com o usuário que o faça voltar e ter continuidade ao plano de cuidado.

Ainda nesse sentido, a reorganização das práticas de trabalho da equipe multiprofissional envolve planejamento e programação local, ação intersetorial, controle social e diagnóstico de saúde da população para que haja uma completa assistência e resolutividade no bem estar da comunidade.

São Joaquim da Barra, no Estado de São Paulo, possui segundo o IBGE de 2018, 51.447 habitantes. O município dispõe 10 unidades básicas de saúde, entre as quais a Unidade Doutor José Ribeiro Fortes faz parte do programa de saúde da família, na qual o presente projeto será desenvolvido.

A Unidade de saúde Doutor Jose Ribeiro Fortes localizada no centro do município possui o programa de saúde da família, a qual é formada por 5 agentes comunitários de saúde, um médico generalista, uma secretária, uma técnica de enfermagem generalista, um agente de saúde bucal, dois médicos ginecologistas obstetras, dois médicos pediatras, uma psicóloga, e uma nutricionista. A população total do território adscrito pela unidade é de 5.000 pessoas, das quais apenas 1.000 são devidamente cadastradas no E-SUS.

O bairro centro, na qual se situa a UBS referida e diante do seu mapeamento foi podido perceber um território cercado por lojas comerciais e pessoas de condições sociais favoráveis, as quais possuem plano de saúde, orientação e nenhum caso de violência ou drogas.

Nesse cenário, foi evidenciado má organização da agenda da UBS Dr. José Ribeiro Forte e ausência reuniões semanais com a equipe na qual visam a identificação dos problemas e a priorização dos mesmos, gerando má organização e impasses para conseguir chegar ao objetivo principal dentro das diretrizes e princípios que regem o SUS. Ademais outros entraves podem ser descritos, como a lacuna nas visitas domiciliares que não são efetuadas pelos agentes comunitários de saúde, que propiciam mal gerenciamento do sistema e

agendamentos de atendimento à domicílio que poderiam ser dispensáveis.

Atrelado a isso, é necessário um melhor planejamento da equipe para solucionar problemas e poder promover atividades voltadas para a população e participação social de maneiras educativas que visam prevenir e trazer bem estar a comunidade, afim de proporcionar um melhor atendimento e aproveitamento dos serviços disponíveis.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (PNAB, 2017).

A interpretação da Atenção Primária de Saúde (APS) como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica em sua articulação como parte e coordenadora de uma Rede de Atenção em Saúde (RAS). Por isso, é referida como a porta de entrada do sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006). Essa interpretação, se conceitua para organizar e evidenciar seu objetivo resolutivo em relação aos problemas mais frequentes de saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema se organiza para respondê-las socialmente (CONASS, 2015).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS (CONASS, 2015).

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000). Uma das fundamentações desse documento é baseado na manutenção da população, o que refere toda a programação da Atenção Básica de Saúde mediante suas necessidades.

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ela pressupõe o princípio da

Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

A operacionalização desses princípios ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas (COSTA e CARBONE 2009).

A lógica da “agenda dinâmica” tenta reduzir o tempo de espera dos pacientes por consultas. A ideia principal dessa proposta é de “fazer hoje o trabalho de hoje”, ou seja, oferecer consultas para os pacientes que demandam, no mesmo dia, evitando o adiamento de atendimentos, a lotação das agendas a longo prazo, a insatisfação dos pacientes, diminuindo os momentos de desconforto entre os profissionais que realizam o acolhimento e os usuários (MURRAY, 2005).

Apesar de ser uma ideia simples, ela não é bem compreendida por alguns profissionais que veem nela uma forma de superlotar a unidade com o número de atendimentos elevado, muitas vezes superior a capacidade do médico. Porém, deve-se ter em mente que o processo é gradual, sendo o resultado melhor visualizado em longo prazo. O trabalho inicial tem por base a organização da equipe e das informações sobre o problema apresentado, estabelecimento de um objetivo, realização das mudanças necessárias para a posterior avaliação das alterações e melhorias acarretadas (MURRAY, 2005).

O processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005).

## AÇÕES

♦

As ações de intervenções irão ser separadas em 3 partes, sendo assim a primeira etapa consiste no reconhecimento dos impasses, já a segunda retratará sobre a escolha dos nós críticos e a terceira serão propostas metas para solucionar os problemas retratados.

### \* Identificação dos desafios:

Nessa etapa será evidenciados os principais desafios enfrentados.

- \* Má organização da agenda
- \* Ausência de visitas domiciliares
- \* Poucos grupos de apoio

### \* Escolhas dos nós críticos:

Nessa etapa tem-se o objetivo de perceber e compreender as causas de tais impasses, que quando combatidos são capazes solucionar o principal problema.

PROBLEMAS	NÓS CRÍTICOS
Má organização da agenda	Ausência de reuniões semanais Falta de coesão operacional da equipe
Ausência de visita domiciliares	Carência de envolvimento da equipe e principalmente dos agentes comunitários de saúde
Poucos grupos de apoio	Precariedade no planejamento

### 3.Ações de Intervenções:

Essa etapa condiz com a construção de um plano de ação por meio de métodos específicos afim de sanar as causas do problema principal.

#### \* **Problema: Má organização da agenda**

- \* Ausência de reuniões semanais: Foi proposto começar a ter reuniões semanais com toda equipe para que, em conjunto possam montar e organizar a agenda de forma habilidosa,



- ♦ mostrando o quanto as reuniões são importantes para que haja organização do sistema de saúde e bem estar de todos que trabalham e desfrutam dos serviços.
- ♦ Falta de coesão operacional da equipe: Uma proposta para solucionar esse impasse seria promovendo jogos dinâmicos de interação durante as reuniões semanais que passariam a ter para estabelecer visões parecidas sobre a comunidade.
- ♦ **Problema: Ausência de visita domiciliares**
- ♦ Carência de envolvimento da equipe e principalmente dos agentes comunitários de saúde: Com a ausência de visitas domiciliares que deveriam ser feitas por agentes comunitários de saúde, a UBS Dr. José Ribeiro Fortes não tem acesso as informações dos usuários e o contexto que vivem, as quais são informações relevantes para um cuidado mais resolutivo. Com isso foi proposto, que ao final de cada mês houvesse o “agente comunitário destaque” (aquele que tivesse feito todas as visitas corretamente) e premiações com confraternizações como meio de incentivo para se alcançar um melhor resultado nos serviços e no ambiente de trabalho.
- ♦ **Problema: Poucos grupos de apoio**
- ♦ Precariedade no planejamento: É necessário que aconteça uma comunicação entre os integrantes da equipe para que haja um melhor funcionamento dos serviços proporcionado pela unidade, sendo o grande propósito organizar as reuniões semanais e a agenda incluindo as demandas de prioridade, as visitas domiciliares necessárias para um maior aproveitamento do tempo para poder realizar outras atividades como grupos de apoio.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Durante o presente trabalho foram traçados planos de ações separadas por 3 partes, as quais foram propostas metas a serem cumpridas para maior visibilidade dos resultados esperados e para promover melhor qualidade dos serviços prestados.

Em relação ao problema da má organização da agenda e seus nós críticos o intuito seria que as reuniões fossem efetivamente implantada semanalmente para que a proposta de jogos dinâmicos surtisse grande efeito e esse conjunto proporcionassem um melhor atendimento dos usuários com estratégias de planos terapêuticos e eficiência da gestão do tempo de toda a equipe, acarretaria em produção de outros projetos de promoção e prevenção em saúde, com mais qualidade.

Sobre a ausência de visitas domiciliares, na qual foi identificada a falta de envolvimento dos agentes comunitários de saúde com os problemas da unidade e território, a expectativa seria que com a eficiência das reuniões, o resultado possibilitasse maior conhecimento da comunidade pela equipe, ampliação no acesso aos serviços e informações da população, além do comprometimento e vínculo da equipe com as famílias.

No que diz respeito sobre os grupos de apoio, as expectativas são de maior adesão e regularidade nos tratamentos indicados e as outras atividades desenvolvidas pela unidade, somado a sinais positivos na integralidade por meio da escuta e acolhimento dos pacientes atrelado a conceitos de autonomia e responsabilidade de toda a equipe multi e interprofissional.

Apesar dos resultados não serem tão explícitos, eles estão caminhando para um melhor conceito de Estratégia de Saúde de Família à medida que novos planos vão sendo propostos e incorporados por toda equipe, afim de promover mais saúde à todos da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=1234238>. Acesso em: 29 nov.2005.

BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997c.

BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL.Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2017

BRASIL.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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1

CECCIM, R. B. Réplica.Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, fev. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

COSTA, E.; CARBONE, M. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

MURRAY, M. Answers to your questions about “some day scheduling”. American Academy of Family Physicians. Copyright, 2005

SALTMAN, R. S. et al. (Eds.). Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006.

TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. Population-based health care: definitions and applications. 2000.