



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Karen Tae Yamaguchi Umemiya

Organização do atendimento na Atenção Básica em
Saúde: uma ação na Unidade de Saúde Belquise Ana
Quintero, município de Joinville, estado de Santa
Catarina

Florianópolis, Março de 2023

Karen Tae Yamaguchi Umemiya

Organização do atendimento na Atenção Básica em Saúde: uma
ação na Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, município de
Joinville, estado de Santa Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Karen Tae Yamaguchi Umemiya

Organização do atendimento na Atenção Básica em Saúde: uma
ação na Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, município de
Joinville, estado de Santa Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero está localizada no município de Joinville, estado de Santa Catarina, e tem como queixa mais comum por parte da população atendida, a demora no agendamento das consultas médicas. Sabe-se que a Atenção Básica é a porta de entrada para o atendimento da comunidade e o acompanhamento frequente dos pacientes, especialmente aqueles com doenças crônicas, é bastante importante. Por esse motivo, elencou-se como importante otimizar a agenda e a abertura de mais vagas para o atendimento da comunidade adscrita. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo, então, organizar a agenda de consultas médicas na Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, no município de Joinville, Santa Catarina. **Metodologia:** A ação está dividida em três etapas. A primeira, já realizada, consistiu na realização de ligações telefônicas pelas Agentes Comunitárias de Saúde para confirmação de consultas médicas e no remanejamento de novos pacientes diante de desistências. Na segunda etapa, em andamento, foi levantado o número de pessoas que fazem uso de medicamentos controlados e agrupados casos semelhantes para desenvolvimento de ações de educação em saúde posteriormente. Na última etapa será realizado treinamento entre enfermeiro e médico visando a solução e otimização de demandas por meio de escuta qualificada. **Resultados Esperados:** Diante do que já foi executado, houve diminuição das faltas em consultas médicas agendadas e, conseqüentemente, otimização do tempo de trabalho do médico. Espera-se que com a realização dos grupos o número de receitas controladas devido às medidas de educação em saúde e a corresponsabilização de cada paciente com seu tratamento. Essa mudança, juntamente com a capacitação dos profissionais, irá aumentar a oferta de consultas, o sentimento de acolhimento e vinculação por parte do paciente e a qualidade da escuta da equipe multiprofissional. Acredita-se que esta ação irá evitar agravamento de muitas doenças e gastos na Atenção Terciária, bem como insatisfação do usuário acerca do atendimento na Unidade.

Palavras-chave: Absenteísmo, Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento, Agendamento de Consultas

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Modelo de Atenção à Saúde: histórico e contextualização	13
3.2	Consultas médicas e o absenteísmo na Atenção Básica	14
3.3	Políticas Públicas e a Atenção Básica em Saúde	16
3.4	Relevância da Intervenção	17
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, está situada na zona sul da cidade de Joinville, estado de Santa Catarina. No momento, conta com 6 equipes de Saúde da Família, atendimento odontológico, agentes administrativos, Agentes Comunitários de Saúde, motorista, funcionários responsáveis pela limpeza e pela farmácia, além de um pediatra e um ginecologista/obstetra em alguns períodos. A mais nova aquisição da Unidade é uma equipe multidisciplinar composta por terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social e farmacêutico, que seria uma proposta semelhante ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A equipe que será detalhada na presente intervenção está completa e conta com enfermeira, quatro Agentes Comunitárias de Saúde e duas técnicas de enfermagem. A população adscrita conta com 1.194 famílias e 3.620 pessoas, sendo 532 idosos, 12 acamados, 754 agravos. Importante ressaltar que uma área do território foi incluída recentemente e, por isso, o número está desatualizado no momento.

A comunidade é composta de uma população de baixa e média renda e, por ser mais periférica, há falta de saneamento básico. Houve também formação do Conselho Local de Saúde recentemente, o que foi bastante importante para participação mais ativa da população nos problemas enfrentados por ela.

A queixa mais comum por parte da população é a demora nos agendamentos das consultas médicas. Para uma pessoa sem comorbidades, por exemplo, a espera gira em torno de 5 meses (para casos não agudos) e, com comorbidades, em torno de 2 meses. As comorbidades mais comuns são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e problemas de Saúde Mental, sendo esta última a que mais cresce.

Está bastante presente na realidade descrita até aqui a institucionalização dos pacientes psiquiátricos graves e rede de saúde do município vem buscando oferecer atendimento integral contando com equipes capacitadas e de qualidade para atender às pessoas que possuem alguma doença mental.

Outra questão importante de ser mencionada é que a Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero tem recebido várias notificações em consequência de estar localizada em área de foco do mosquito *Aedes Aegypti*. Essa situação é decorrente das vulnerabilidades ambientais e torna os casos de dengue bastante frequentes, com quase 700 casos confirmados no ano de 2020.

Diante desse contexto, elencou-se como problema mais relevante para a presente intervenção a alta demanda de consultas médicas, percebendo-se a necessidade de tentar otimizar a agenda para que haja mais vagas. Ocorre que, muitas vezes, os pacientes não conseguem atendimento com o médico de referência da sua área, o que dificulta bastante o acompanhamento, principalmente no que se refere às doenças crônicas. Acredita-se que

a causa desse problema é multifatorial e vai desde a falta de médicos até a falta de assiduidade da população com relação às consultas agendadas.

A presente intervenção irá ter como foco os fatores sobre os quais a equipe pode intervir como, por exemplo, ligar para os pacientes para confirmar as consultas, realizar grupos de educação em saúde na escola para que a próxima geração já esteja mais consciente a respeito do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde e também incentivar a população a não faltar aos atendimentos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Organizar a agenda de consultas médicas na Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, no município de Joinville, Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar escuta qualificada dos usuários da Unidade de Saúde a fim de detectar e classificar as demandas.

Aumentar a assiduidade da população nas consultas médicas agendadas na Unidade de Saúde.

Reorganizar as solicitações de renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo.

3 Revisão da Literatura

3.1 Modelo de Atenção à Saúde: histórico e contextualização

O modelo de atenção à saúde no Brasil passou por várias transformações desde a sua criação. Alguns pontos importantes para entender o contexto da saúde pública no Brasil foram as grandes epidemias: peste bubônica, gripe espanhola, nos quais se aprendeu que ao mudar as condições da sociedade, é possível controlar as epidemias. Em 1847, quando Virchow e Neumann ditam a famosa frase "saúde, direito de todos, dever do estado", constatam que medidas sanitárias estão interligadas diretamente com o potencial econômico e, portanto, social de uma nação (VERDI et al., 2018).

Algum tempo depois, em 1888, o modelo de Pasteur descobre a etiologia de algumas doenças, o que dá ênfase ao modelo unicausal de doença. A partir daí, começa a ser seguido o modelo norte americano, biologicista, hospitalocêntrico. No Brasil, tem-se um cenário anterior a década de 60 com um modelo de campanhas sanitaristas visando prevenir as epidemias mais comuns da época como a hanseníase, varíola, doença de Chagas, tuberculose, culminando, inclusive, com a revolta da Vacina em 1904. Nessa época, a população pobre dependia da igreja para amparar sua saúde, e existiam os hospitais baseados nos Instituto de Aposentadoria e Pensões (VERDI et al., 2018).

Em 1964, é implantada a ditadura no Brasil e o então Ministério da Saúde realiza um corte de orçamento de 8 para 0,8% fazendo com que epidemias que estavam relativamente controladas emergissem novamente. Foi implantado o modelo de Flexner na educação das áreas biológicas e o complexo médico-industrial aumentou exponencialmente, pois estas instituições começaram a lucrar e patrocinar políticos, o que gerava um ciclo de trocas financeiras e de favores no governo, ciclo este que ainda pode ser percebido nos dias atuais. Em 1973, com a crise do petróleo, diminuiu-se o capital de giro e percebe-se o aumento número de cáries, o ressurgimento de epidemias antigamente controladas, o que foi resultado da diminuição do investimento em Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012).

Surgia, então, o movimento de Reforma Sanitária, marco do início do sistema de saúde público no país, unindo Igreja, parte da população e profissionais de saúde e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Alguns marcos importantes foram o início do repasse de recursos para os municípios e a ampliação da lista de medicamentos básicos. O tema da conferência era "Saúde: direito de todos, dever do Estado". Dentre os diversos avanços propiciados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (SAÚDE, 2020).

Em 1988, é promulgada a nova Constituição Brasileira, na qual é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), e para que os artigos da Constituição entrassem em vigência, eram necessárias leis aprovadas somente em 1990: a Lei Orgânica da Saúde n° 8.080/90 e a Lei Orgânica da Saúde n° 8.142/90. Em 1993, com o impeachment do então presidente Collor, o governo de Itamar Franco elabora a primeira proposta do Programa Saúde da Família e vários embates políticos ainda viriam até que o modelo fosse se aperfeiçoando, reforçando ainda mais que a saúde esta diretamente relacionada com política e esta com aspectos sociais. Somente em 2004 existe uma mudança nas diretrizes curriculares e na formação profissional e, em 2008, nasce o Núcleo de Apoio a Saúde da Família através da Portaria n° 154/GM, de 24 de janeiro (BRASIL, 2008).

O modelo de Programa Saúde da Família (PSF) de 1994 induz a expansão da Atenção Primária a Saúde no Brasil até 2006, para apoiar o processo de descentralização do sistema por meio de incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 dá início ao modelo de sistema em redes de atenção, passando por duas reformulações em 2011 e 2017, chegando até os moldes dos dias atuais (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com intuito de revisar as principais diretrizes e princípios do SUS conceitua Atenção Básica como um

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de praticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida a população em território definido, sobre as queixas equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012, p. 19).

3.2 Consultas médicas e o absenteísmo na Atenção Básica

Uma parcela importante das consultas é direcionada à renovação das receitas de medicamento de uso contínuo e de uso controlado, e garantir a continuação do tratamento é sempre importante, mas devido a validade dos vários tipos de receita, acaba sendo uma demanda imposta (CRUZ, 2015).

Segundo o Decreto-lei número 128/2013, de 05/09/2013, em seu artigo 116, é estabelecido o seguinte:

São passíveis de receita médica renovável os medicamentos sujeitos a receita médica que se destinem a determinadas doenças ou a tratamentos prolongados e possam, no respeito pela segurança da sua utilização, ser adquiridos mais de uma vez, sem necessidade de nova prescrição médica (BRASIL, 2013).

No entanto, não foram definidos a lista de doenças ou tratamentos em que se aplica o decreto. Já o artigo 37, capítulo V, do Código de Ética Médica estabelece que é vedado ao médico “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direito do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Ainda de acordo com o Conselho Federal de Medicina, define-se a consulta médica como a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

O absenteísmo na saúde é outro ponto a ser abordado, este cria um paradoxo, onde há escassez de recursos públicos e, ao mesmo tempo, a sua subutilização (OLESKOVICZ et al., 2020).

Um estudo chamado Ecology of Medical Care por White e colaboradores em 1961 previu que de “1.000 pessoas ao longo de um mês, entre 750 e 800 têm sintomas, aproximadamente 250 procuram ajuda formal, em especial na atenção primária, 8 são internadas em um hospital regional e menos do que uma, em média, necessita de um hospital escola”, Se levarmos em consideração estes números, de um população de 4 mil pessoas, 1000 pessoas procurariam a atenção primária, se calcularmos demanda avançada, levando em conta mês com 30 dias, sendo 22 dias trabalhados, 45 atendimentos/dia, número esse fora da realidade para uma consulta que envolva todos os elementos de uma consulta médica (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996).

Outros estudos Gusso, Lopes e Dias (2019) ainda indicam que 80% das consultas pode ser utilizadas por apenas 20% da população, o que demonstra a necessidade de modificar alguns aspectos nessa questão do atendimento. E ao mesmo tempo, a prevalência de absenteísmo de um serviço de Atenção Primária em Pelotas, no Rio Grande do Sul, observou uma variação de 4,2% a 45% no número de falta as consultas, número este dentro da realidade encontrada no serviço de saúde de Joinville, Santa Catarina (OLESKOVICZ et al., 2020).

A gestão pública como um todo, deveria estudar os números e fornecer um modelo onde a eficiência na administração de serviços públicos é prioridade para então alcançar melhores níveis de atendimento à população.

Uma das estratégias seria a aplicação de *overbooking* no sistema público de saúde, esta técnica já é utilizada com sucesso nos setores aéreo e hoteleiro, onde considera as consultas realizadas e o número de faltas, usando esta margem através de cálculos matemático para

agendar mais pacientes, aumentando assim o número de atendimentos, sem sobrecarregar o serviço. É claro que seria fundamental identificar, monitorar e controlar os fatores que levam ao não comparecimento dos usuários no sistema público de saúde (OLESKOVICZ et al., 2020).

3.3 Políticas Públicas e a Atenção Básica em Saúde

Uma das estratégias para mudança são as políticas públicas, e elas só são possíveis levando em consideração a organização social em que está incluída. Existem atualmente políticas públicas específicas do tema proposto, são realizadas diversas campanhas em relação a prevenção primária, saúde da mulher, do idoso, da criança entre outras, e toda essa população adscrita, vai até a atenção primária para que seja avaliada e atendida.

É importante, então, melhorar o acesso deste cidadão que se desloca à UBS com dúvidas em relação a sua saúde, lembrando que acesso, nem sempre quer dizer a consulta, mas sim uma escuta qualificada onde o usuário possa ser acolhido. Ao pensar em acesso, temos que pensar nos mais variados tipos de população adscrita, pois cada nicho de população requer uma abordagem diferente (ALBUQUERQUE, 2015).

Independente do modelo a ser definido na APS, a atenção ao primeiro contato é primordial, e depende de dois atributos, sendo o primeiro de aspecto geográfico e o segundo o componente sócio- organizacional, que inclui aspectos que bloqueiam ou facilitam os esforços do usuário para seu cuidado em saúde. São exemplos: organização da agenda, quadros agudos e consultas agendadas, flexibilização das equipes para atendimento as pessoas em situação de vulnerabilidade e preconceitos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O acolhimento à demanda espontânea é uma maneira a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que crie um vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, sem o intuito de transformar a unidade em pronto socorro, mas considerando as particularidades do serviço de atenção primária, onde já conhecemos a população atendida, possibilita um acompanhamento da queixa, que é o que caracteriza a APS, a continuidade do cuidado.

É necessário, então, refletir sobre o acesso desta população e, para tanto, vários fatores devem ser considerados como número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização da Unidade, horários e dias de atendimento, estrutura adequada para o atendimento, para então, conseguir acolher bem a população, triando ela por risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2013),

Uma das estratégias adotadas em alguns locais de atendimento na Atenção Primária é o acesso avançado, onde o acolhimento é a principal característica. Existem diversos modelos que podem ser usados dividindo o tempo em que é usado para demanda programada, podendo chegar a 100% de demanda espontânea, ou seja, o usuário procura a Unidade de Saúde, e no mesmo dia é acolhido e não necessariamente será atendido por um médico,

mas sairá com uma solução para a queixa apresentada, orientado, e por consequência, satisfeito com o serviço, pois teve a sua demanda resolvida (MURRAY, 2000).

Neste estudo citado anteriormente, foi possível diminuir a espera de 55 dias para uma consulta para um dia, melhorando a relação médico paciente, satisfação do usuário, inclusive, tendo indícios de que melhora o desfecho. Alguns casos de sucesso publicados em cidades dos Estados Unidos, relatam um processo de 5- 8 meses para que fossem alcançado esses números (MURRAY, 2000).

Temos muito a aprender com a prática realizada em países como Canadá, Inglaterra e alguns países europeus, visto que trabalham com modelo de Saúde da Família há muito mais tempo. O Canadá, por exemplo, tem tradição em planejar e pensar suas políticas públicas, e sugestões para melhorar o seu sistema de saúde estão sempre surgindo e sendo avaliadas de acordo com a evolução do conhecimento e tendências mundiais (BRANDÃO, 2019). É possível aprender com a experiência destes países, por mais diferentes que sejamos socioculturalmente.

3.4 Relevância da Intervenção

Existe um instrumento de avaliação primária a saúde, conhecido como Primary Care Assesment Tool (PCATool) que avalia as variáveis que uma Atenção Primária a Saúde deve oferecer, e descreve o acesso ao primeiro contato como o pior atributo de escore entre os serviços avaliados (HARZHEIM et al., 2010).

Pensando nessa importante questão, a presente intervenção visa melhorar o acesso a saúde para que a longo prazo consiga diminuir a morte relacionada às doenças crônicas transmissíveis, o que diminui também os gastos na Atenção Terciária, bem como atuar na prevenção primária dos principais fatores de risco que envolvem: cessação do tabagismo, alimentação adequada, consumo abusivo de álcool e realização de atividade física (BRASIL, 2012).

A ação proposta nesse projeto visa a mudança dentro do serviço de saúde, mas também na população assistida, através da educação em saúde. Entende-se que o paciente que não procura a Unidade de Saúde deve ser encorajado a buscar atendimento e, uma vez que isso ocorra, não é necessariamente para consultar rapidamente, mas ser acolhido por meio de uma escuta qualificada ofertando a possibilidade de se responsabilizar pela sua própria condição de saúde, e assim conseguir entender suas necessidade em saúde, e ao mesmo tempo, como o sistema funciona. O fato é que equilibrar a demanda dos usuários com a capacidade dos serviços de atenção primária, constituem um problema sério a ser enfrentado no país (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

4 Metodologia

A presente intervenção visa organizar a agenda de consultas médicas na Unidade de Saúde Belquise Ana Quintero, melhorando a satisfação da população adscrita em relação ao serviço de saúde e também a organização da equipe e seus processos de trabalho.

A aplicação deste projeto está dividida em três diferentes etapas. A primeira foi realizada entre abril e agosto de 2019 e consistiu na realização de ligações telefônicas com o objetivo de lembrar os usuários da sua consulta médica agendada. Essa tarefa ficou sob responsabilidade das Agentes Comunitárias de Saúde, as quais confirmavam às segundas-feiras o comparecimento do paciente. Caso este informasse que não havia mais necessidade de consultar ou que não poderia comparecer, as ACS poderiam inserir pacientes de suas áreas que, por meio da sua escuta qualificada, consideraram que estavam precisando consultar.

A segunda etapa, ainda em andamento, consiste na realização de um levantamento do número de pessoas que fazem uso de medicamentos controlados no período de 20 de maio até 20 de agosto de 2020, levando em consideração a necessidade da renovação a cada dois meses e três meses para a farmácia escola.

Após finalizado o levantamento, os casos semelhantes serão agrupados para serem, posteriormente, abordados coletivamente em ações de educação em saúde. Essas ações abordarão questões acerca do motivo do uso dos medicamentos, outras medidas não-farmacológicas possíveis, otimização do tratamento e, se necessário, uma proposta de finalização processual do tratamento medicamentoso. Apesar das orientações serem dadas coletivamente nessa etapa, serão consideradas as singularidades de cada usuário, bem como suas necessidades. A coordenação e organização dos grupos será realizada pela médica da Unidade, a qual também ficará responsável por elencar os temas e acionar outros profissionais da rede como terapeuta ocupacional, psicóloga e farmacêutico.

Estão sendo identificados 3 grupos distintos: receita controlada para transtornos do humor; dor crônica; usuários com insônia. Diante disso, a proposta é realizar um encontro a cada duas semanas, às quintas-feiras à tarde, aproveitando o espaço reservado para reuniões de equipe. E intercalando, as outras quintas-feiras estariam ocupadas para questões administrativas. Após esse primeiro momento, os encontros seriam realizados a cada dois meses durante um semestre para aproveitar o momento de renovação de receita.

A terceira e última etapa tem como objetivo atuar sobre a escuta qualificada da equipe de saúde partindo do conceito de equidade, princípio que norteia as políticas de saúde no Brasil e que sustenta a importância de reconhecer as necessidades de cada um para diminuir o impacto das diferenças. Isso significa oferecer mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

Os servidores tiveram cursos de um programa da prefeitura chamado Melhor Acolher,

onde desde a funcionária da limpeza até o médico estão capacitados a acolher o usuário que chega na Unidade. Especialmente neste projeto de intervenção, será realizado um treinamento entre enfermeiro e médico para que possam solucionar demandas que outrora iriam ser agendadas para serem resolvidas posteriormente, porém que, a partir do treinamento, são passíveis de serem sanadas no mesmo dia.

O treinamento será realizado por meio de leitura de material específico disponível no *uptodate* (base de dados disponibilizada pela prefeitura de Joinville), e conversa entre médico e enfermeiro para alinhar os conhecimentos e também as condutas. As agentes comunitárias também serão treinadas pela enfermeira para que saibam do fluxo pactuado.

A proposta é que o treinamento seja *ad eternum*, como uma qualificação do profissional e, com o passar do tempo, melhorando o acesso a Atenção Básica em Saúde ao levar a ideia a nível municipal por meio do grupo de estudos da prefeitura para treinamentos regulares dos servidores.

Em virtude da pandemia de Corona Vírus, a ação que envolve grupos será postergada.

5 Resultados Esperados

Ao identificar o grande absenteísmo da população nas consultas médicas da Unidade Básica de Saúde Belquise Ana Quintero (número que chegava a 20% dos agendamentos), foi definida uma série de ações para melhorar essa questão, as quais foram discutidas nas reuniões semanais da equipe multiprofissional.

Após as ligações realizadas pelas ACS nas segundas-feiras, as quais visavam confirmar os horários agendados com a médica da Unidade, conseguiu-se uma diminuição significativa das faltas, chegando a 5% de absenteísmo e permanecendo na média de 7%. Interessante ressaltar que em alguns momentos não se obteve sucesso no contato com alguns pacientes e isso pode ter influenciado no total. As ligações foram iniciadas em maio de 2019 e serão realizadas até outubro de 2020 e espera-se que o número de faltas diminua ainda mais e que o vínculo e a satisfação dos pacientes com o funcionamento da UBS aumente progressivamente.

Em relação à segunda etapa da intervenção (desenvolvimento dos grupos de educação em saúde), espera-se que sejam diminuídas as consultas que eram utilizadas anteriormente somente para renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo e, conseqüentemente, seja aumentada a oferta de consultas para outros objetivos e necessidades.

Com a conscientização e informação da população, espera-se uma melhor compreensão do paciente acerca das suas comorbidades, aumento do conhecimento dos efeitos colaterais das medicações em uso, gerando uma corresponsabilização para com sua saúde. Nesse sentido, espera-se que o usuário tenha uma maior adesão ao tratamento e também desenvolva maior vínculo com o serviço de saúde e também com outras pessoas da comunidade com situações e condições semelhantes.

No que se refere à qualificação dos profissionais em relação às demandas dos usuários, espera-se desenvolver uma destreza na realização da triagem na UBS para que o paciente mais grave seja atendido e avaliado em tempo hábil e, aquele que pode esperar, compreenda a forma de organizar os atendimentos no serviço. Além disso, acredita-se que essa mudança evitará agravamento dos quadros e também gastos na Atenção Terciária, bem como a insatisfação do usuário.

Por fim, com as ações propostas, espera-se uma melhora do acesso a saúde do usuário, não sendo necessariamente somente uma consulta médica, mas o atendimento humanizado tentando ser o mais resolutivo possível.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. I. N. de. *Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. Recife: Ministério da Saúde, 2015. Citado na página 16.
- BRANDÃO, J. R. de M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Caderno de Saúde Pública*, p. 1–4, 2019. Citado na página 17.
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 1, 2008. Citado na página 14.
- BRASIL. Decreto-lei n.º 128/2013. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno Atenção Básica - Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução cfm nº 1.958/2010. -, Brasília, n. 1, 2010. Citado na página 15.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética médica. -, Brasília, n. 1, 2018. Citado na página 15.
- CRUZ, B. A. B. Elaboração e implantação de protocolo de renovação de receitas de psicotrópicos do município de poços de caldas - minas gerais. Campos Gerais, n. 35, 2015. Curso de Curso de Especialização estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado na página 14.
- GOMES, C. B. e S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política nacional de atenção básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. *Ciência saúde coletiva*, p. 1327–1338, 2020. Citado na página 14.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- HARZHEIM, E. et al. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 17.
- MURRAY, M. Same- day appointments: Exploding the acces paradigm. *Family Practice Management*, p. 1–5, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- OLESKOVICZ, M. et al. *Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde*. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00158612>>. Acesso em: 05 Jul. 2020. Citado na página 15.

SAÚDE, C. C. do Ministério da. *Histórias e Conquistas- Conferências Nacionais de Saúde*. 2020. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/>>. Acesso em: 27 Jun. 2020. Citado na página 14.

VERDI, M. I. M. et al. *Especialização Multiprofissional na Atenção Básica*. Florianópolis: UNASUS, 2018. Citado na página 13.

WHITE, K. T.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *Bull N Y Acad Med*, p. 187–212, 1996. Citado na página 15.