



Fiocruz Mato Grosso do Sul  
Especialização em Medicina de Família e Comunidade

Uander da Silva Rodrigues

**Reorganização do processo de agendamento e  
atendimento médico para o fortalecimento do  
cuidado a pacientes crônicos na USF Antônio  
Marques de Carvalho, Suzano-SP**

Campo Grande / MS

2025

Uander da Silva Rodrigues

**Reorganização do processo de agendamento e atendimento  
médico para o fortalecimento do cuidado a pacientes  
crônicos na USF Antônio Marques de Carvalho, Suzano-SP**

Fiocruz Mato Grosso do Sul

Orientador: João Rodolfo Moura de Araújo

Campo Grande / MS  
2025

Uander da Silva Rodrigues

**Reorganização do processo de agendamento e atendimento  
médico para o fortalecimento do cuidado a pacientes  
crônicos na USF Antônio Marques de Carvalho, Suzano-SP**

Monografia aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**João Rodolfo Moura de Araújo**  
Orientador

Campo Grande / MS  
2025

# Agradecimentos

Agradeço à equipe da USF Antônio Marques de Carvalho pela colaboração e dedicação ao cuidado da população, ao tutor pela orientação e suporte técnico, à minha família pelo incentivo constante, em especial à minha esposa, Aline. Também agradeço aos usuários da unidade, que têm me acolhido e confiado em meu trabalho.

# Resumo

**Introdução:** a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a base do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por ofertar cuidado integral, contínuo e coordenado. Entre seus atributos essenciais, destaca-se a longitudinalidade do cuidado, que garante o acompanhamento contínuo do paciente pela mesma equipe ao longo do tempo, fortalecendo o vínculo, a adesão terapêutica e a prevenção de complicações. Esse acompanhamento é especialmente relevante no manejo de condições crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que exigem monitoramento regular, exames de controle e educação em saúde para evitar agravos e internações evitáveis. Apesar disso, a Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Marques de Carvalho, em Suzano/SP, enfrenta desafios na organização do processo de trabalho, com agendas voltadas majoritariamente à demanda espontânea, o que fragiliza a continuidade do cuidado e compromete os indicadores assistenciais. **Objetivo:** reorganizar o processo de agendamento e atendimento médico na USF Antônio Marques de Carvalho, visando ampliar o acesso às consultas programadas e qualificar o acompanhamento de pacientes com HAS e DM. **Metodologia:** trata-se de um projeto de intervenção qualitativo, com abordagem descritiva e avaliativa, desenvolvido ao longo de 12 meses (fevereiro de 2026 a fevereiro de 2027). As ações incluem diagnóstico situacional, reorganização da agenda médica com blocos específicos para condições crônicas, busca ativa de pacientes, implementação de grupos de educação em saúde (Hiperdia), monitoramento mensal dos indicadores e avaliação final dos resultados. **Resultados esperados:** espera-se ampliar o número de consultas programadas, reduzir em pelo menos 20% os atendimentos por demanda espontânea e aumentar a proporção de pacientes com HAS e DM acompanhados conforme protocolos do Ministério da Saúde. A reorganização da agenda deve favorecer a continuidade do cuidado, a adesão terapêutica e o controle clínico adequado das condições crônicas. **Considerações finais:** a intervenção propõe a qualificação da APS por meio da reorganização do processo de trabalho e do fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. A sustentabilidade do projeto depende da incorporação das práticas de agendamento programado e da educação em saúde à rotina da unidade, consolidando a APS como coordenadora do cuidado e promovendo melhor qualidade de vida à população

## **Palavras-chave:**

Hipertensão, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Agendamento de Consultas, Assistência Integral à Saúde

# Sumário

	<b>Sumário</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> . . . . .	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIAS</b> . . . . .	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> . . . . .	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>19</b>

# 1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por oferecer cuidado integral, contínuo e coordenado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Entre os desafios enfrentados pelas equipes na APS, destacam-se a dificuldade de acesso às consultas agendadas e o controle de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que apresentam alta prevalência e elevado risco de complicações. (MENDES, 2012; ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos principais problemas de saúde pública, sendo responsáveis por elevada carga de morbimortalidade e por expressivos custos econômicos e sociais (MALTA et al., 2017). A HAS e o DM, em particular, demandam acompanhamento contínuo, adesão a tratamento e mudanças no estilo de vida para prevenir complicações agudas e crônicas, como eventos cardiovasculares e nefropatia (BARROSO et al., 2021; PITITTO et al., 2023).

A literatura reforça que a continuidade do cuidado, entendida como o acompanhamento regular por um mesmo profissional ou equipe, está associada à redução da mortalidade, de complicações e da utilização de serviços de saúde por pacientes com DM e HAS, além de melhorar a adesão ao tratamento e a satisfação dos usuários (CHAN et al., 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (2025), os indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal estabelecem indicadores que visam qualificar a assistência na APS por meio do monitoramento de ações essenciais. Entre os indicadores avaliados, estão: a proporção de pessoas com HAS que realizaram consulta por profissional médica(o) ou enfermeira(o), aferição de pressão arterial, registro de peso e altura para avaliação antropométrica, visita domiciliar de Agente comunitário de saúde - ACS/Técnico em agente comunitário de saúde - Tacs e de pessoas com DM que realizaram consulta por profissional médica(o) ou enfermeira(o), aferição de pressão arterial, aferição de hemoglobina glicada, registro de peso e altura para avaliação antropométrica, visita domiciliar de ACS/Tacs, registro de avaliação dos pés (BRASIL, 2025a; BRASIL, 2025b).

Na prática cotidiana da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Marques de Carvalho, localizada no município de Suzano/SP, observa-se uma alta procura por atendimentos de demanda espontânea, que ocupa grande parte das vagas disponíveis para consulta médica, no período de 31/03/2025 a 31/07/2025 de todos os 3150 atendimentos realizados, 30% foram através de agendamentos, enquanto à demanda espontânea representaram 69,94% e o restante de 0,06% os atendimentos de urgência.

Um dos pilares da APS é a longitudinalidade do cuidado, sendo essencial que o paciente crônico seja acompanhado de forma contínua e sistemática (STARFIELD, 2002). A superlotação das unidades de saúde, associada à falta de organização do processo de trabalho, leva ao enfraquecimento do vínculo e ao atendimento fragmentado (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Estratégias utilizadas no acompanhamento de pacientes com DM2 têm se mostrado ineficazes para alcançar

o controle glicêmico adequado, além disso, os exames de glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c) não vêm sendo realizados na frequência preconizada pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes ([SANTOS et al., 2023](#)).

Dessa forma a realidade enfrentada USF Antônio Marques de Carvalho impacta diretamente a oferta de atendimentos programados, comprometendo o acompanhamento longitudinal de condições crônicas e a realização periódica de exames de controle, como a aferição de pressão arterial e a solicitação de hemoglobina glicada, dentre outros critérios estabelecidos nos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal.

## 2 Justificativa

A ESF é orientada por princípios que visam assegurar a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, destacando-se a longitudinalidade como elemento estruturante. Esse atributo é fundamental no acompanhamento de condições crônicas como a HAS e o DM, uma vez que essas enfermidades exigem monitoramento sistemático, consultas regulares e ações educativas que favoreçam a adesão terapêutica e a prevenção de complicações (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

Apesar disso, observa-se que a realidade da Unidade de Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho contrasta com esse ideal. A análise dos atendimentos realizados no período de março a julho de 2025 evidenciou que quase 70% das consultas foram decorrentes de demanda espontânea, enquanto apenas 30% corresponderam a agendamentos programados, e uma fração mínima a atendimentos classificados como de urgência.

No que se refere à organização do processo de trabalho médico na unidade, a agenda semanal é estruturada da seguinte forma: às segundas-feiras são realizados exclusivamente atendimentos de demanda espontânea, em torno de 35 consultas no total. Às terças-feiras, no período da manhã, são atendidas cinco gestantes em pré-natal e três adultos agendados, enquanto no período da tarde predominam os atendimentos de demanda espontânea, com cerca de 18 consultas. Nas quartas-feiras, a agenda contempla três pacientes agendados pela manhã e cerca de 17 consultas de demanda espontânea no turno da tarde, além de uma hora reservada para reunião de equipe. Às quintas-feiras, o período da manhã é dedicado a 14 pacientes agendados, entre puericultura e adultos, enquanto no período da tarde são realizadas quatro visitas domiciliares. Por fim, nas sextas-feiras são atendidos 2 pacientes agendados pela manhã, seguidos de cerca de 17 atendimentos em demanda espontânea, estando o período da tarde livre em razão do cumprimento integral da carga horária semanal de 40 horas.

Os atendimentos de demanda espontânea têm como principal finalidade a resolução de agravos agudos, a exemplo de queixas osteomusculares, síndromes virais, processos alérgicos e condições sazonais. Apenas uma fração reduzida desses casos está associada a doenças crônicas não transmissíveis ou às suas complicações. Tais atendimentos distribuem-se por todos os turnos da semana e são realizados pelos dois médicos da unidade, cada qual responsável por uma área adscrita. Entretanto, no contexto da demanda espontânea, é comum que o usuário seja atendido por profissional distinto daquele vinculado à sua área de abrangência, o que fragiliza a continuidade do cuidado de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, diante da diferença de abordagens clínicas e condutas terapêuticas.

Essa distribuição da agenda reforça a predominância da demanda espontânea como porta de entrada do serviço, em detrimento do acompanhamento longitudinal e programado. Observa-se que, embora haja alguns momentos destinados ao pré-natal, puericultura e visitas domiciliares, a maior parte do tempo assistencial ainda é ocupada por atendimentos não agendados. Isso acaba por limitar a capacidade de seguimento regular dos pacientes com condições crônicas,

que muitas vezes necessitam de consultas seriadas, monitoramento laboratorial e abordagem multiprofissional para garantir adesão terapêutica e melhor qualidade de vida. Em consequência, a organização atual contribui para a manutenção de um modelo centrado na resposta imediata à procura, mas pouco efetivo para assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado.

As repercussões desse cenário são amplas: pacientes hipertensos e diabéticos deixam de ser monitorados de acordo com protocolos clínicos e diretrizes assistenciais, exames de rotina, como a aferição periódica da pressão arterial e a hemoglobina glicada, não são solicitados com a frequência necessária, e o vínculo longitudinal com o mesmo profissional ou equipe fica comprometido. Como consequência, aumenta-se o risco de descompensações clínicas, internações evitáveis e complicações de alto custo econômico e social, além de comprometer o alcance dos indicadores definidos no novo modelo de cofinanciamento federal, que preconiza a ampliação da oferta de consultas programadas e de exames de controle para tais grupos populacionais (BRASIL, 2025a; BRASIL, 2025b).

Dessa forma, a motivação central para este Projeto de Intervenção é a necessidade de resgatar a função essencial da ESF como coordenadora do cuidado contínuo, reorganizando a agenda da unidade para equilibrar a demanda espontânea com a programada, como a criação de blocos fixos para retorno de pacientes já avaliados. Essa reorganização permitirá maior previsibilidade do trabalho, qualificação do acompanhamento de pacientes com HAS e DM e fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, além de impactar positivamente nos indicadores de desempenho da APS. Ao ampliar a oferta de consultas programadas, favorecer práticas de educação em saúde e formação de grupos educativos, espera-se não apenas aumentar a adesão ao tratamento, mas também melhorar a resolutividade da unidade, consolidando a APS como coordenadora do cuidado no território.

### 3 Fundamentação teórica

Visto que a APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua na coordenação do cuidado como, promovendo integralidade, acesso organizado e acompanhamento longitudinal (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Sua relevância é particularmente acentuada no manejo das DCNT, como a HAS e o DM, que estão entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (BARROSO et al., 2021; MALTA et al., 2017).

O acompanhamento de indivíduos com HAS e DM no Sistema Único de Saúde constitui uma atribuição fundamental da APS, enquanto porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Essa atuação, orientada pelos princípios da integralidade e da longitudinalidade, objetiva não apenas o controle clínico das condições crônicas, mas também a mitigação de desfechos adversos, como internações evitáveis e mortalidade. (SILVA et al., 2023; STOPA et al., 2019)

A implementação de ações voltadas à mudança do estilo de vida, aliadas ao adequado controle metabólico, são fundamentais tanto na prevenção quanto no manejo de condições crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Essas intervenções, quando integradas ao acompanhamento longitudinal realizado pela atenção básica, possibilitam não apenas a identificação precoce de fatores de risco, mas também o monitoramento contínuo da evolução clínica dos indivíduos. Esse processo contribui para a elaboração de planos terapêuticos mais adequados, favorece a adesão ao tratamento e estimula a adoção de práticas mais saudáveis. Além disso, os autores destacam que o segmento qualificado na atenção primária está associado à redução de hospitalizações e mortalidade, uma vez que permite reavaliar periodicamente as condições de saúde e ajustar as estratégias de cuidado de forma oportuna. (STOPA et al., 2019).

Os adultos com DCNT utilizam com maior frequência os serviços de saúde em comparação aos que não possuem essas condições, chegando a recorrer ao atendimento cerca de duas vezes mais. Esses indivíduos apresentam maior prevalência de consultas médicas, hospitalizações e de restrição em suas atividades habituais por motivos de saúde. Observou-se ainda que a utilização dos serviços cresce progressivamente com o número de comorbidades, atingindo até 3,4 vezes mais uso em indivíduos com quatro ou mais doenças. Quanto maior o número de comorbidades, maior é a chance de internações e de perda de funcionalidade. Além disso, a pesquisa identificou que pessoas com DCNT sem plano de saúde deixam de realizar atividades com maior frequência (MALTA et al., 2017). Tudo isso revela uma situação de vulnerabilidade social que amplia as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços.

Entretanto, a adesão terapêutica, sobretudo no manejo da HAS, ainda representa um desafio expressivo, uma vez que se encontra condicionada por múltiplos determinantes de ordem individual, clínica, terapêutica, socioeconômica, organizacional e relacional, incluindo fatores relacionados à equipe de saúde e ao suporte social. (SILVA et al., 2023; STOPA et al., 2019). O controle de HAS e DM requer acompanhamento contínuo, uso racional de medicamentos e mudanças sustentáveis no estilo de vida para prevenção de complicações agudas e crônicas, como

infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte por doença cardiovascular (PITITTO et al., 2023).

A construção de uma relação terapêutica sólida entre paciente e profissional de saúde permite um maior conhecimento do histórico clínico do indivíduo, aprimora a comunicação e torna mais efetiva a orientação, favorecendo a continuidade do tratamento e aumentando a satisfação do paciente. Essa continuidade, garantida pelo acompanhamento longitudinal realizado por uma equipe de referência, está diretamente relacionada à redução da mortalidade, das hospitalizações e das complicações decorrentes da HAS e do DM, além de potencializar a adesão terapêutica. (CHAN et al., 2021). A relevância de uma conexão sólida entre paciente e profissional, e estudos apontam que a ausência de continuidade do cuidado quando o médico não dispõe de histórico clínico suficiente do paciente eleva a probabilidade de transferências para outros serviços ou profissionais. (MACEDO et al., 2025).

Nesse contexto, a coordenação do cuidado na APS é um elemento estratégico para o manejo qualificado dessas doenças, estando associada ao aumento do acesso e à elevação da qualidade assistencial, visto que é compreendida como a integração entre serviços em diferentes níveis assistenciais (MACEDO et al., 2025).

Para o gerenciamento de condições crônicas o uso de protocolos para a organização dos processos de trabalho na APS, mostra-se como uma estratégia relevante em condições como HAS e DM, ao favorecer o acompanhamento contínuo e periódico, além de contribuir para maior eficácia do cuidado oferecido pelas equipes (FILHO et al., 2013).

Os modelos de organização da agenda que combinam consultas agendadas previamente e a reserva de horários para atendimentos no mesmo dia configuram-se como estratégia eficaz para ampliar o acesso, reduzir filas e garantir maior resolutividade da Atenção Primária, fortalecendo a coordenação e a continuidade do cuidado. (SCHACHT, 2017).

A efetividade do cuidado na APS depende de modelos organizacionais que favoreçam a detecção precoce, o acompanhamento regular e a prevenção de complicações. O novo modelo de cofinanciamento federal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025a; BRASIL, 2025b) estabelece indicadores de desempenho que incentivam consultas programadas, aferição regular de pressão arterial, solicitação de exames como hemoglobina glicada e ações de educação em saúde.

Estudos demonstram que a implementação de ações educativas estruturadas, alinhadas a protocolos clínicos, melhora a adesão ao tratamento medicamentoso, promove mudanças positivas no estilo de vida e auxilia na redução de fatores de risco cardiovasculares. O fortalecimento da APS para HAS e DM incluiu sessões de educação em saúde com orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e uso correto de medicamentos, o que contribuiu para melhorias significativas no controle pressórico e glicêmico (THEILMANN et al., 2023).

A educação em saúde é uma das estratégias centrais para o manejo de doenças crônicas na APS, sendo recomendada tanto em abordagens individuais quanto coletivas. Ela possibilita que o usuário compreenda melhor sua condição, adote práticas de autocuidado e se engaje no plano terapêutico, fortalecendo a autonomia e a corresponsabilidade no tratamento (MACEDO et al., 2025). Além disso, revisões apontam que programas de educação em saúde desenvolvidos em

grupos — como grupos de Hiperdia — permitem troca de experiências entre usuários, reforçam orientações clínicas e fortalecem o vínculo com a equipe de saúde, potencializando o efeito das consultas programadas e do acompanhamento longitudinal (CHAN et al., 2021). Ensaio clínico randomizado realizado na APS demonstrou que a aplicação de abordagens centradas no paciente, que priorizem o vínculo e o protagonismo do usuário, melhora a adesão terapêutica e os resultados clínicos, resultando em reduções significativas da pressão arterial e da hemoglobina glicada em pacientes com HAS e DM2, além de favorecer maior engajamento no autocuidado (STEFFEN et al., 2021).

Em síntese, a literatura evidencia que o manejo qualificado de HAS e DM na APS exige a combinação de três dimensões: 1. organização estrutural e integração da rede; 2. estratégias clínicas e de gestão para garantir acompanhamento regular e prevenção de complicações e 3. abordagens centradas no paciente que estimulem o autocuidado e fortaleçam o vínculo com a equipe. Essa integração é fundamental para alcançar melhores desfechos em saúde e cumprir as metas dos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal.

## 4 Objetivos

Objetivo geral:

- Reorganização do processo de agendamento e atendimento médico na Estratégia Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho, em Suzano/SP, visando ampliar o acesso às consultas programadas e qualificar o acompanhamento de pacientes com HAS e DM.

Objetivos específicos:

- Aumentar a proporção de pacientes com HAS e DM acompanhados regularmente, com consultas agendadas e exames de controle solicitados conforme protocolos do Ministério da Saúde;
- Reestruturar a agenda médica da unidade, garantindo a reserva de vagas para atendimentos programados e reduzindo a sobrecarga da demanda espontânea;
- Promover ações educativas com foco na conscientização da população sobre a importância do acompanhamento contínuo das condições crônicas;
- Fortalecer o vínculo entre a equipe da Estratégia Saúde da Família e os usuários com condições crônicas, por meio de estratégias de escuta qualificada, captação ativa e atendimento humanizado;
- Reduzir em pelo menos 20% o número total de atendimentos por demanda espontânea na unidade, ao final do período de intervenção.

# 5 Metodologias

Este projeto caracteriza-se como uma intervenção de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e avaliativa, a ser desenvolvida na Estratégia Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho, localizada no município de Suzano/SP. A proposta busca reorganizar o processo de agendamento de consultas médicas e qualificar o acompanhamento de pacientes com HAS e DM, com vistas à melhoria dos indicadores de desempenho vinculados ao novo programa de cofinanciamento federal e na integralidade do cuidado.

Trata-se de um projeto de intervenção em serviço, com enfoque na reorganização do processo assistencial na Atenção Primária à Saúde. A abordagem será predominantemente qualitativa, com uso de dados secundários, quantitativos, para monitoramento dos indicadores de saúde.

## **Local de realização**

A intervenção será realizada na Unidade de Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho, integrante da rede de Atenção Primária do município de Suzano/SP, vinculada ao SUS.

## **Período da intervenção**

O projeto será executado ao longo de 12 meses, com início previsto para Fevereiro de 2026 e término em fevereiro de 2027, distribuído da seguinte forma:

- Planejamento e mobilização da equipe: Fevereiro/2026 a Março/2026;
- Busca ativa de usuários na comunidade de indivíduos com HAS e DM: Março/2026 a Janeiro/2027;
- Implementação das ações e monitoramento: Março/2026 a Janeiro/2027;
- Avaliação final e sistematização dos resultados: Fevereiro/2027.

## **Participantes da intervenção**

Público-alvo:

- Usuários cadastrados na unidade com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, registrados no sistema da APS.
- Pacientes hipertensos e diabéticos que consultarem durante o período de busca ativa e que não estejam na listagem prévia do sistema, também serão incluídos no grupo, público alvo.

População estimada:

- Cerca de 250 a 400 usuários com condições crônicas como HAS e DM, registrados na unidade.

Participantes envolvidos:

- Equipe da ESF: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS.

- Gestores da unidade de saúde: responsáveis pelo apoio institucional e reorganização das agendas.
- Apoio matricial: como profissionais de farmácia, nutrição e psicólogo.
- Comunidade em geral: como público das ações educativas.

### **População-alvo**

A população-alvo inclui:

- Usuários da unidade cadastrados com diagnóstico de HAS e/ou DM;
- Novos usuários que serão cadastrados a partir da busca ativa.
- Profissionais da saúde da equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde);
- Gestores da unidade de saúde.

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídos todos os pacientes com hipertensão e/ou diabetes devidamente registrados no sistema da unidade, com cadastro ativo. Indivíduos encontrados a partir da busca ativa e que serão incluídos nos registros do sistema da unidade. Serão excluídos pacientes acamados com acompanhamento exclusivo por equipe de apoio Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pacientes que mudaram de território e que não tiveram registro excluído do sistema.

### **Ações a serem realizadas**

As ações estão organizadas em etapas interdependentes, com indicação dos prazos e dos responsáveis:

Etapas 1 – Planejamento e mobilização da equipe - Diagnóstico situacional (Fevereiro/2026)

- Levantar dados do sistema sobre número de pacientes cadastrados com HAS e DM.
- Avaliar número de atendimentos programados e de demanda espontânea.
- Apresentar diagnóstico em reunião com a equipe.

Responsáveis: enfermeiro, gerente da unidade e ACS.

Etapas 2 – Planejamento da intervenção (Fevereiro/2026 a Março/2026)

- Reorganizar a agenda médica com blocos específicos para condições crônicas como HAS e DM.
- Planejar e definir cronograma das ações educativas e definir responsáveis pela ação.
- Construir o fluxo de atendimento programado.

Responsáveis: coordenação da unidade, médico, enfermeiro e ACS.

Etapas 3 – Implementação das ações (Março a Janeiro/2025)

- Realizar busca ativa de residentes da área de abrangência da unidade, que possam ter HAS e DM e que não possuem atualização do cadastro na unidade de saúde.
  - Realizar captação ativa dos pacientes faltosos.
  - Agendar e garantir consultas programadas.
  - Aferir pressão arterial e solicitar hemoglobina glicada, conforme critérios dos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal.
  - Executar ações educativas semanais, conforme cronograma temático.
  - Estabelecer na unidade o grupo de Hiperdia onde serão implementadas as ações de educativas, bem como acompanhamento dos pacientes com HAS e DM.
- Responsáveis: Todos os membros da equipe ESF.

#### Etapa 4 – Monitoramento contínuo (março a junho/2025)

- Avaliar mensalmente os indicadores de acompanhamento (a partir do sistema da unidade, relatórios dos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal).
  - Monitorar a presença dos usuários nos grupos e consultas.
  - Reunir a equipe mensalmente para análise dos resultados parciais e ajustes nas estratégias.
- Responsáveis: coordenação da unidade, equipe técnica, gestor local.

#### Etapa 5 – Avaliação final e sistematização (Março/2026 a Fevereiro/2027)

- Comparar indicadores antes e depois da intervenção (consultas, exames, adesão).
  - Elaborar relatório final com análise qualitativa e quantitativa.
  - Compartilhar os resultados com equipe e coordenação da atenção primária do município.
- Responsáveis: médico, enfermeiro e gestor da unidade.

### **Monitoramento e avaliação**

O projeto será monitorado de forma mensal, por meio de:

- Relatórios extraídos do sistema utilizado na unidade e do painel dos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal;
- Listas de presença nas ações educativas;
- Planilhas de controle de agendamento e comparecimento às consultas;
- Reuniões de equipe para análise crítica e replanejamento.

A avaliação final será realizada ao término da intervenção, permitindo comparar os dados de acompanhamento dos usuários (antes e depois) e avaliar o impacto real da estratégia sobre os indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal.

## 6 Resultados esperados

Este projeto de intervenção surge diante do cenário identificado na Unidade de Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho, em que a predominância da demanda espontânea em relação às consultas programadas compromete o acompanhamento sistemático de usuários com HAS e DM. O usuário que busca atendimento por demanda espontânea nem sempre é consultado por seu médico de referência, pois esses atendimentos são alternados entre os profissionais da unidade conforme a escala semanal. Essa realidade fragiliza a longitudinalidade do cuidado e dificulta o alcance das metas estabelecidas pelo novo modelo de cofinanciamento federal. A proposta apresentada, centrada na reorganização do processo de agendamento e no fortalecimento de ações educativas, busca restabelecer o equilíbrio entre atendimentos programados e espontâneos, qualificando o acompanhamento clínico de pacientes crônicos e aumentando a resolutividade da Atenção Primária.

Com a reorganização da agenda médica, espera-se ampliar o acesso dos pacientes às consultas programadas, garantindo maior previsibilidade ao processo de trabalho e reduzindo a fragmentação do cuidado. O monitoramento periódico, por meio da realização de aferição da pressão arterial, solicitação de hemoglobina glicada e registro de medidas antropométricas, deve elevar a proporção de usuários acompanhados de acordo com os critérios estabelecidos nos indicadores, qualificando a prática clínica e prevenindo complicações.

Espera-se também a redução de 20% do total de atendimentos da demanda espontânea, na unidade ao final do período de intervenção. Essa diminuição deve indicar melhor organização da agenda, maior acesso às consultas programadas e maior resolutividade da Atenção Primária.

Paralelamente, o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários será promovido por meio da busca ativa, da escuta qualificada e do atendimento humanizado, estimulando a corresponsabilidade no tratamento e favorecendo a continuidade do cuidado. As ações educativas individuais e coletivas, como os grupos de Hiperdia, devem contribuir para a conscientização da população sobre a importância do acompanhamento regular, promovendo o autocuidado, a adesão medicamentosa e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Assim, espera-se que o conjunto de ações propostas resulte não apenas na melhoria dos indicadores de desempenho vinculados ao novo modelo de cofinanciamento federal, mas também no fortalecimento da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, consolidando a Atenção Primária como coordenadora do cuidado no território e promovendo maior qualidade de vida aos usuários com doenças crônicas.

## 7 Considerações finais

A realização deste Projeto de Intervenção representa uma oportunidade concreta de qualificar a APS no território da Unidade de Saúde da Família Antônio Marques de Carvalho, em Suzano/SP. A proposta de reorganização da agenda e fortalecimento das consultas programadas para pacientes com HAS e DM responde a uma necessidade observada no cotidiano do serviço, em que a predominância da demanda espontânea limita o acompanhamento longitudinal e fragiliza o vínculo com os usuários.

Na perspectiva prática, espera-se que a unidade se beneficie com a maior previsibilidade no processo de trabalho, otimização do tempo da equipe e melhor organização das consultas, resultando em maior resolutividade e satisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários. O fortalecimento do vínculo, associado às ações educativas e à captação ativa de pacientes, contribuirá para maior adesão ao tratamento e controle clínico mais efetivo, prevenindo complicações e reduzindo internações evitáveis.

Para além dos resultados imediatos, este projeto tem potencial de continuidade a longo prazo, desde que a reorganização da agenda seja incorporada como rotina de trabalho da equipe. A sustentabilidade da intervenção depende da manutenção de práticas de monitoramento dos indicadores, da revisão periódica dos fluxos assistenciais e da valorização da educação em saúde como estratégia permanente de apoio ao autocuidado. Essa perspectiva permitirá que a unidade avance continuamente na qualificação do acompanhamento de condições crônicas, fortalecendo a APS como ordenadora do cuidado no território.

Experiências semelhantes em outros contextos demonstraram que a implementação de agendas programadas e a integração com ações de educação em saúde resultaram em melhorias expressivas no controle de doenças crônicas. A reorganização do processo de trabalho na APS, com priorização de consultas regulares e uso de protocolos clínicos, favorece a adesão terapêutica, reduz complicações cardiovasculares e fortalece a longitudinalidade do cuidado (FILHO *et al.*, 2013; STOPA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2025).

Em síntese, este projeto reafirma a importância de alinhar a prática cotidiana aos princípios da Atenção Primária, demonstrando que intervenções relativamente simples, como a reorganização da agenda e o investimento em ações educativas, podem produzir impactos significativos tanto na qualidade do cuidado quanto nos resultados em saúde da população.

# Referências

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. d. S. *A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos*. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n101/328-337>>. Acesso em: 01/07/2025. Citado na página 6.
- BARROSO, W. K. S. et al. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020*. São Paulo: Arq Bras Cardio, 2021. v. 3. 516 p. ISBN 658. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 10.
- BRASIL, M. D. S. *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 01/07/2025. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 10.
- BRASIL, M. d. S. *Ficha técnica de qualificação: C4 – Cuidado da pessoa com diabetes*. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/cuidado-da-pessoa-com-diabetes/view>>. Acesso em: 2025. Citado 3 vezes nas páginas 6, 9 e 11.
- BRASIL, M. d. S. *Ficha técnica de qualificação: C5 – Cuidado da pessoa com hipertensão*. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/cuidado-da-pessoa-com-diabetes/view>>. Acesso em: 2025. Citado 3 vezes nas páginas 6, 9 e 11.
- CHAN, K. et al. *Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review*. BMC Fam Pract, 2021. 1-13 p. Disponível em: <<https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01493-x>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 11.
- FILHO, A. M. N. et al. *Atendimento a hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família*. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/490>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 18.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. *Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise*. In. EIBENSCHUTZ, C. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 177-198 p. ISBN 85-85676-21-3. Citado na página 6.
- MACEDO, V. L. M. et al. *Coordination of care in health systems for users with diabetes and hypertension: a scoping review*. 2025. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39879481/>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 18.
- MALTA, D. C. et al. *Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil*. 2017. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5676356/>>. Acesso em: 01/07/2025. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 10.
- MENDES, E. V. *O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN 978-85-7967-078-7. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 8.

PITITTO, B. A. et al. *Metas no tratamento do diabetes*. 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 6 e 10.

SANTOS, M. E. d. S. et al. *Avaliação do controle glicêmico de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2*. 2023. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/8885](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/8885)>. Acesso em: 2025. Citado na página 6.

SCHACHT, M. *Improving same-day access in primary care: Optimal reconfiguration of appointment system setups*. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211692316301138?via%3Dihub>>. Acesso em: 2025. Citado na página 11.

SILVA, L. A. L. B. et al. *Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências*. 2023. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57367>>. Acesso em: 2025. Citado na página 10.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002. ISBN 85-87853-72-4. Citado 3 vezes nas páginas 6, 8 e 10.

STEFFEN, P. L. et al. *Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT*. 2021. Disponível em: <[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(21\)00068-4/abstract](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00068-4/abstract)>. Acesso em: 2025. Citado na página 12.

STOPA, S. R. et al. *Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo*. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sjz7vdZ3DFHZppt5H8b6cSv/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 18.

THEILMANN, M. et al. *Strengthening primary care for diabetes and hypertension in Eswatini: study protocol for a nationwide cluster-randomized controlled trial*. 2023. Disponível em: <<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-023-07096-4>>. Acesso em: 2025. Citado na página 11.