



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

Diego Soares Fernandes

Organização do acesso, da agenda e das demandas da
Atenção Primária à Saúde como medidas qualificadoras
do serviço de saúde a população

Florianópolis, Março de 2023

Diego Soares Fernandes

Organização do acesso, da agenda e das demandas da Atenção Primária à Saúde como medidas qualificadoras do serviço de saúde a população

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: Michelle Kuntz Durand
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Diego Soares Fernandes

Organização do acesso, da agenda e das demandas da Atenção Primária à Saúde como medidas qualificadoras do serviço de saúde a população

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção promovendo organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde de Família Juracy Mendes Gloria, município de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo. **Objetivo:** Possibilitar um maior acesso dos usuários do território adscrito a equipe 03 da Unidade Básica de Saúde São Luiz Gonzaga, município de Cachoeiro de Itapemirim/ ES a assistência em saúde prestadas pela equipe de Atenção Primária em Saúde. **Metodologia:** Inicialmente foi realizado uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde desde a sua fundamentação, bem como recentes publicações sobre o acesso aos serviços de saúde, tipos de demandas e a organização das mesmas. Após a fundamentação teórica, as intervenções foram propostas a partir de um diagnóstico situacional tanto do território quanto do serviço prestado pela Unidade Básica de Saúde por todos os profissionais, identificando problemas e fragilidades. Para se chegar aos objetivos, será ajustada as agendas por bloco de horas, promovendo melhor distribuição dos usuários que utilizarão o serviço assim como a possibilidade de marcação de consulta de maneira remota, por meio do telefone e também durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde. A estruturação da agenda e triagem será realizada pela equipe médica e de enfermagem, com início imediato após estruturação da logística e será reavaliada mensalmente para ajustes até se obter a melhor forma de adequação do acesso. **Resultados Esperados:** Os resultados esperados englobam desde a facilitação do acesso da população à cartela de serviço da Unidade de Saúde quanto a minimização de agravos de saúde, garantindo atendimento as demandas espontâneas com necessidade de atendimento de curto prazo, além da diminuição do absenteísmo, garantindo a população melhores condições de saúde e acolhimento ao serviço ordenador e coordenador do Sistema Único de Saúde, como deve ser a Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Agendamento de Consultas, Atenção Primária à Saúde, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Atenção Primária a Saúde	15
3.2	Acolhimento e Acesso	16
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Resumo do contexto e perfil social da sua comunidade:

O estudo em questão será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Luiz Gonzaga, no bairro São Luiz Gonzaga, município de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo (ES).

Esta unidade é composta por duas equipes de saúde, numeradas como áreas 03 e 15, sendo a área 03 o objeto de estudo. A equipe da área 03 possui abrangência urbana (Bairros Coronel Borges e Independência) e rural (Gruta, Alto Gruta, Timbó, Itaquarinha e Itabira) e divide os atendimentos na área urbana (na UBS) e em zona rural, onde se possui um ponto de apoio fixo (Gruta) e pontos de apoio variáveis em Igrejas ou locais comunitários nas comunidades.

O território a qual a equipe está alocada é complexo, com população de cerca de 3400 habitantes em minha área, e perto de 7000 de responsabilidade da UBS. A complexidade também se dá visto que a equipe 03 possui como território de abrangência território misto. E estas tem aspectos culturais, sociais e econômicos totalmente distintos.

A população residente na área urbana, tem em sua maioria, melhor condição sociocultural e até econômica, tendo na região atividade comercial importante, possuindo comércio de alimentos, materiais de construção, centros veterinários, papelarias, farmácias, loterias federais, padarias; além também de ofertas de diversos serviços, o que promove grande movimentação local das ruas da comunidade. Adscrito aos pontos comerciais e nas ruas paralelas, existe uma importante área residencial ao redor. Já na zona rural, é composta em sua maioria por pequenos agricultores e arrendatários de terra, em sua maioria, com baixa escolaridade, alguns inclusive mais idosos e analfabetos.

A atividade econômica vem de turismo, pois possui pequenos espaços de lazer particulares utilizados como “clubes”, onde até mesmo a população da cidade frequenta aos finais de semana, em busca de lazer; além da agricultura e criação de animais. Existem áreas de difícil acesso, visto que o acesso de carro é muito difícil e dependendo do próprio clima, ficam por vezes, isoladas, o que dificulta parte da população a ter uma assistência de saúde e acompanhamento adequado, às vezes até com serviços de saúde fundamentais, como pré-natal e puericultura.

Grande parte deste território rural não possui água tratada e saneamento básico precário, em sua grande maioria, sem esgoto sanitário, que faz com que seus dejetos sejam despejados em fossas, muitas vezes estes perto da fonte de água utilizadas para consumo.

No território, existe ainda um sistema penitenciário, que frequentemente utiliza os serviços odontológicos da Unidade de Saúde, além de 2 escolas. Não possui muitos ambientes para interação social. As casas da região urbana são quase sempre bem acabadas, diferente do interior, que é frequente encontrar casas de madeira, ou de “pau-a-pique”,

ou as que são de alvenaria, sem acabamentos adequados.

Dados populacionais:

Avaliando os dados demográficos da comunidade em atuação, percebe-se que se tem cerca de 2% da população total do município, tendo um total de 3632 pacientes cadastrados no E-SUS inseridos em 1481 domicílios, dos quais 772 estão cadastrados dentro de zona urbana e 708 em zona rural, tendo 3 casas não classificadas, o que caracteriza a área como mista. Na área, há leve predominância ao sexo feminino, com 1962 com esse gênero e 1670 do sexo masculino, sendo cerca de 15 % dessa população idosa. A população municipal é de 208.701 habitantes, segundo estimativa de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE ([BRASIL, 2020](#)).

Dados sobre a procura maior da UBS:

É possível perceber, que a maioria da demanda da equipe de saúde se baseia na utilização dos serviços para diagnóstico e acompanhamento para as condições crônicas de saúde, estando estas condições ocupando cerca de 70-80% da agenda semanal da equipe.

Além disso, vale ressaltar os serviços de pré-natal e puericultura, que também possuem boa procura. A saúde da mulher, até pela prevalência maior da procura dos serviços por pacientes do sexo feminino, também têm um destaque na procura dos serviços, tanto por parte do médico quanto da equipe de enfermagem.

É possível concluir ainda avaliando o perfil da minha área de atuação, que a prevalência de hipertensos é de 104 casos a cada 1000 habitantes, estando abaixo da média nacional, de 250 casos para cada 1000 habitantes ([HIPERTENSÃO, 2020](#)).

Em 2016, sabe-se que a prevalência de pessoas infectadas pelo HIV era de cerca de 40 pessoas infectadas para cada 10.000 pessoas, estando a área com 13 casos a cada 10.000 pessoas, ou seja, com infecção abaixo do padrão brasileiro ou pessoas infectadas ainda sem diagnóstico.

Outro levantamento feito foi relacionado a prevalência de idosos com diabetes, que resultou em 19,5 casos para cada 100 idosos na área.

Outros dados epidemiológicos importantes, são que a prevalência de diabetes é de 36 diabéticos para cada 1.000 habitantes da região, e o índice de pacientes diagnosticados como portadores de patologias de saúde mental é de 46 pacientes para cada 1.000 habitantes da região. O número de acamados é de 29 ao total, com a ocorrência de 8 acamados por cada 1.000 habitantes.

A descrição do problema e a escolha como intervenção:

Avaliando a realidade a qual a equipe está habituada em oferecer sua cartela de serviços a população, a intervenção se dará a nível de organização de fluxo de atendimento e nas barreiras de acesso dos usuários à equipe de saúde de família, intervindo nesta esfera, será possível grande ganho, tanto de performance e resolutividade da equipe de saúde como melhor acesso e conseqüentemente, melhor disponibilidade dos serviços de saúde a todos os usuários do território, sejam eles moradores da zona rural ou da cidade.

Como a área da cobertura da equipe têm porção rural e urbana, sendo 4 bairros rurais e um bairro urbano. A Unidade de Saúde está situada na zona urbana e devido a estrutura de marcação de consultas médicas e de enfermagem serem presenciais apenas uma vez por semana, sendo por meio de procura espontânea e por ordem de chegada, dificilmente os pacientes da zona rural tem acesso a consulta médica, até porque os ônibus municipais destas áreas possuem horários restritos, a distância é muito grande para ser percorrida a pé, e na maioria das vezes os pacientes fazem fila desde a madrugada da segunda-feira para marcar consulta para a semana, que são disponibilizadas na manhã deste dia, no início do expediente.

As causas primordiais desta situação estão ligados a uma cultura antiga de quem precisar de médico que corra para o agendamento, ou que só precisa buscar a UBS quem está doente e ainda pela falta de modernização dos métodos de marcação de consulta, não permitindo a marcação online ou por telefone. A ausência de informação da equipe que gerasse uma reflexão sobre maneiras de facilitar o acesso dos pacientes, o baixo número de consultas diárias, além da carteira de serviço estar sendo oferecida por profissionais que não cumpriam o seu vínculo de 40 horas semanais. Todas essas características fizeram com que a equipe focasse seu olhar para o atendimento apenas clínico de demanda espontânea, e muitas das vezes, negligenciando a promoção e a prevenção assim como criando barreiras de acesso da população, principalmente do interior de ter acesso adequado ao serviço de saúde.

Por ser uma meta passível de resolução pela própria equipe, sendo então uma meta atingível, e que promoverá ganho tanto na qualidade do serviço oferecido pela equipe quanto ganho da comunidade por diminuir as barreiras de acesso, será a opção de intervenção adotada, sendo um tema oportuno, devido ser uma meta que pode ser realizada a curto prazo e não dependente de grandes recursos além da própria equipe, com a autorização da gestão municipal, podendo alcançar os objetivos propostos e a efetivação das mudanças necessárias.

Portanto, o entendimento do princípio da equidade tem de ser utilizado diariamente como rotina da equipe de saúde, além de reflexões contínuas sobre como facilitar o acesso dos usuários à Unidade, principalmente os mais longínquos, que são também os de piores condições socioeconômicas, além é claro, de ter um diálogo apropriado para cada realidade para que as orientações de autocuidado e tratamento das doenças sejam entendidos por todos, independente da classe social e grau de escolaridade de cada um.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Possibilitar um maior acesso dos usuários do território adscrito a equipe 03 da UBS São Luiz Gonzaga, município de Cachoeiro de Itapemirim/ ES a assistência em saúde prestadas pela equipe de Atenção Primária em Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar a agenda dos profissionais de saúde por meio de blocos de horas;
- Possibilitar marcação de consulta via telefone e acesso direto a Unidade de Saúde durante o horário de funcionamento da UBS;
- Garantir no bloco de horas, horários reservados ao atendimento de demandas espontâneas;
- Implantar protocolo de acolhimento e avaliação de risco das demandas espontâneas para triagem do acesso de pacientes;
- Implantar locais de atendimento nos bairros rurais com pelo menos um dia de atendimento mensal em cada um dos pontos de apoio;
- Orientar a população sobre os serviços oferecidos pela UBS, enfatizando as abordagens de promoção e prevenção em saúde.

3 Revisão da Literatura

3.1 Atenção Primária a Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), termo equivalente no Brasil à Atenção Básica (AB), foi reafirmada em 2017, como o modelo de política de saúde pública escolhida sendo o mesmo, porta de entrada Rede de Atenção à Saúde (RAS), e ainda, centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora de todas as ações e serviços disponibilizados na rede, além de ter na Estratégia de Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (SAÚDE, 2017).

A APS, foi definida primeiramente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda em 1978, como sendo:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

É baseado neste caminho, da AB como prioritária no SUS, que o Brasil vem a décadas tentando organizar da melhor forma possível, a APS em todo território brasileiro, podendo assim, fazer valer o cumprimento da Constituição Federal de 1988, onde no Art. 196, diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade

(SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 1988).

Para o funcionamento do SUS e da RAS, é necessário que a AB faça valer os princípios e diretrizes que vem sido estabelecidos desde a lei nº 8080 e atualizados até a Política

Nacional da Atenção Básica de 2017, onde se coloca como princípios fundamentais a Universalidade, a Equidade e a Integralidade da assistência e do cuidado. Neste sentido, para melhor operacionalização da AB, define-se a organização da mesma com as seguintes diretrizes: Regionalização e Hierarquização, a Territorialização; a População Adscrita; o Cuidado centrado na pessoa; a Resolutividade; a Longitudinalidade do cuidado; a Coordenação do cuidado; a Ordenação da rede e a Participação da comunidade (SAÚDE, 2017).

3.2 Acolhimento e Acesso

Ouvir o paciente em suas demandas referentes a sua situação de saúde é uma atitude ética, que envolve respeito e promove apoio para o fortalecimento da autonomia do mesmo. Escutar, portanto, é um processo de diálogo que possibilita a criação de vínculo e de solidariedade entre o profissional e o usuário do sistema de saúde.

Para isso, os serviços de saúde devem se adequar e se organizar para poder atender as necessidades e questões de seus usuários, sendo necessário que o serviço se organize e se adapte para ofertar a população adscrita em seu território a cartela de serviço capaz de suprir as necessidades de seus usuários.

Para Mendes (2012), organizar a porta de entrada das UBS, ou seja, organizar a entrada do cidadão na APS, garante ao cidadão o seu direito a saúde, já que a mesma, é o ponto ordenador e coordenador do sistema de saúde.

Sendo assim, a demanda, primeiramente, deve ser organizada por meio de demanda espontânea e demanda programada. Mendes (2012) define demanda programada como aquela caracterizada por um encontro clínico de iniciativa dos profissionais de saúde ou dos usuários que fazem acompanhamento por alguma doença crônica, que não esteja agudizada, ou seja, com queixa atual. Já a demanda espontânea é uma característica exclusiva do usuário. Nas demandas programadas, na maioria das vezes o paciente já possui um plano de cuidados ao qual vem sendo acompanhado, diferente da demanda espontânea, onde o usuário terá sua queixa/problema resolvido na própria UBS ou encaminhado para um serviço de emergência/urgência. Independente das demandas, a equipe de saúde da família tem responsabilidade pelo seguimento adequado desses pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário que a demanda de todos os usuários seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida por toda a equipe de saúde da família, sendo as demandas trazidas pelos mesmos, que podem ser variadas, passem pela classificação de risco e suas vulnerabilidades também sejam reconhecidas. Com a estratificação de risco, será possível não somente definir o tipo de intervenção necessária mas também o tempo em que a resposta deve ocorrer (BÁSICA, 2013).

Referente a medida tomada relacionada com a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em “não agudo” (intervenções programa-

das) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), pode-se assim, avaliar a necessidade do usuário seja relacionado ao tipo e ao tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade.

Este documento do Ministério da Saúde (BÁSICA, 2013) sugere, ainda, algumas condutas possíveis de acordo com a classificação da demanda do usuário:

a) Situação não aguda – condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de Intervenções.

b) Situação aguda – condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exemplos: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;

- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exemplos: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;

- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exemplos: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p.35) diz que o acolhimento pode ser uma ferramenta utilizada para a organização do acesso do usuário a porta de entrada do SUS e da agenda do serviço de atenção primária à saúde e menciona que:

[...] o acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações.

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa).

- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco.
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

(BÁSICA, 2013)

É importante salientar que para realizar a estruturação de uma agenda para o serviço da APS, não existe uma fórmula exata que poderá ser aplicada em todas as equipes, sendo necessário a avaliação do perfil de cada território, avaliando a quantidade de pacientes portadores de doenças crônicas e que demandam agendas programadas, bem como o aparecimento de demandas por patologias agudas e a frequência de doentes crônicos agudizados. Além disso, o modelo de agenda que se adequa a um período, pode não ser o mesmo de um outro momento, visto que estas situações são mutáveis, assim como se percebeu a necessidade de mudança do perfil de atendimento no contexto atual da Pandemia da COVID-19.

Outro fato de constante avaliação é relacionado ao tempo de espera para o agendamento de consulta, visto que podem gerar maior chance do paciente buscar resolver suas demandas por outros meios ou serviços de porta aberta, como as UPA's, podendo acarretar sobrecarga de demandas administrativas ou de demandas ambulatoriais nos serviços que deveriam estar voltados para urgências/emergências, além de, quanto maior o tempo de espera, maior a taxa de absenteísmo dos pacientes agendados.

Ainda vale ressaltar que o agendamento por hora marcada, seja fracionada ou bloco de horas, é uma estratégia que permite dar resposta aos “casos agudos” em tempo oportuno, visto que estes apresentam maior risco ou sofrimento e possibilita ainda melhor distribuição de pacientes/usuários ao longo do dia, evitando desconforto, estresse, tensões e superlotação.

Por fim, é importante para a adequação da agenda a cada perfil de território, além da avaliação e levantamento do diagnóstico situacional, implementar indicadores para avaliação da efetividade da agenda, indicadores que ajudarão no entendimento da adequação ou não da agenda ao perfil da cartela de serviços e da população usuária do serviço de APS. Desta forma, é possível adaptar e organizar a agenda para diminuir as barreiras de acesso da população ao serviço primordial, ordenador e coordenador da RAS, como deve ser a APS.

4 Metodologia

As intervenções propostas foram geradas após um completo diagnóstico situacional do território e do funcionamento da equipe realizado pelos próprios servidores da UBS São Luiz Gonzaga, em Cachoeiro de Itapemirim, cidade do Espírito Santo. Como possui duas equipes, o plano de intervenção será realizado a princípio, na equipe 03, tendo um total de 3632 cidadãos, distribuídos pelo território que contempla os bairros Coronel Borges, além dos distritos de zona rural já citados anteriormente.

Desta forma, foi possível identificar os principais problemas e “nós” críticos para realizar um melhor serviço de saúde a população, além de minimizar as barreiras de acesso e possibilitar assim, saúde de melhor qualidade ao território. A partir dos dados levantados, definiu-se atuar diretamente sobre o acesso da população aos serviços de saúde da Unidade, organizando a agenda e garantindo acesso a ampla cartela de serviços e demandas da APS, além de organizar e garantir acesso as demandas espontâneas a partir de uma triagem qualificada como orientado pelo Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde que narra sobre o acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Para se chegar aos objetivos, será ajustada as agendas por bloco de horas, que possibilita melhor distribuição dos usuários que utilizarão o serviço durante todo horário de funcionamento da UBS, diminuindo períodos de espera por atendimento, além de possibilitar reposição de atendimento aos faltosos.

Outra forma optada foi de possibilitar a marcação de consulta de maneira remota, por meio do telefone da UBS e também durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde, visto que anteriormente, a marcação era dada a partir de fichas retiradas na sexta-feira anterior a semana que se iniciaria, gerando filas, discussões da população e desagrado entre as pessoas que não podiam estar no dia e horário programados, capacitando os recepcionistas para acolhimento humanizado e escuta qualificada, tanto presencialmente quanto via telefone.

Dentro dos blocos de horas, foi-se também reservado horários para demanda espontânea, visto que agravos agudos precisam normalmente de atendimento no dia em que se manifestam, com risco inclusive de agravamento de caso se não abordados de maneira adequada e em tempo hábil. Essa triagem será implantada a partir do protocolo de demanda espontânea do Ministério da Saúde citado anteriormente. A triagem será realizada pela equipe de enfermagem da Unidade, após treinamento e adequação realizado pelo profissional médico junto a toda equipe de APS.

A estruturação da agenda e triagem será realizada pela equipe médica e de enfermagem, com início imediato após estruturação da logística da UBS e será reavaliada mensalmente para ajustes até se obter a melhor forma de adequação do acesso.

Como possui comunidades/distritos em zonas rurais, estes possuem maior dificuldade

de estar na UBS, visto a dificuldade de transporte público, mobilidade pessoal por falta de meios de transporte e distância, sendo assim, pactuar ao menos um atendimento mensal em cada um dos pontos de apoio das comunidades, levando atendimento médico e de enfermagem nestes espaços.

Por último, será realizado uma campanha de divulgação das ofertas dos serviços da UBS, visto que parte da população desconhece a importância e os serviços oferecidos pela APS, campanha essa realizada pelos ACS durante as visitas domiciliares de rotina, no período de cerca de dois meses.

5 Resultados Esperados

Com a implementação dos objetivos propostos neste estudo, será possível impactar de maneira benéfica a saúde da população residente no território da UBS São Luiz Gonzaga, pois será possível facilitar e ampliar o acesso da população a cartela de serviços oferecidos pela equipe de saúde atuante na Unidade, além de promover ganho importante as comunidade do interior, serão beneficiadas diretamente com os atendimentos, além de poder ser realizado na sede da Unidade, também em pontos de apoio em ambientes comunitários, possibilitando à população rural atenuação de um dos grandes problemas para seus moradores, a dificuldade de transporte, tanto público quanto particular, sendo que boa parte da população rural do território possui dificuldade em se deslocar até a Unidade sede.

Além da diminuição das barreiras de acesso, será possível diminuir o absenteísmo. Consultas agendadas com muita antecedência, cerca de 7 ou 15 dias pelo modelo anterior, tendem a ter mais desistência do que agendadas na própria semana. Com a garantia de vagas para demanda espontânea, permitirá também melhor resposta aos agravos de saúde da população e conseqüentemente, redução da superlotação nas UPA's. Boa parte da população com demandas agudas leves e moderadas que poderiam ser resolvidas pela APS, por não terem garantia de acesso, recorrem a rede de atenção secundária pois, mesmo que com demora, possibilita a consulta médica do paciente no mesmo dia, porém, sobrecarrega os profissionais que atuam na atenção secundária e tira o foco inicial de tratar urgências e emergências médicas, além de subverter a RAS, tirando a APS de função de porta de entrada e coordenação da mesma.

Outra característica comum dentro dos problemas encontrados de maneira quase generalizada nos serviços de APS também poderão ser abrandados. Espera-se que a organização da agenda por bloco de horas, diminuirá as aglomerações e reduzirá o tempo de espera dos mesmos na recepção, visto que os usuários serão manejados para a chegada na UBS com a frequência de 4 por hora, possibilitando até mesmo aos profissionais e demais serviços, como farmácia, sala de vacina e curativo a trabalhar de maneira mais organizada, além de diminuir a possibilidade de propagação de doenças infectocontagiosas nas salas de espera.

Por fim, a divulgação dos serviços por parte dos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas permitirá à população conhecer toda a cartela de serviços que possui a atenção primária, divulgando assim programas importantes como o Pré-Natal, Puericultura, HIPERDIA, Grupos de Cessação de Tabagismo dentre outros, auxiliando a equipe a ter maiores informações sobre o território e proporcionando melhor assistência à saúde, garantindo universalidade, equidade e integralidade no sistema de saúde à população adscrita, garantias asseguradas na Constituição Federal.

Referências

BÁSICA, M. da Saúde. Departamento de A. *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.

BRASIL. Cadernos da atenção básica - acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 19.

BRASIL, M. da Saúde do. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 Jun. 2020. Citado na página 10.

HIPERTENSÃO, S. B. de. *Sociedade Brasileira de Hipertensão*. 2020. Disponível em: <<https://www.sbh.org.br/>>. Acesso em: 03 Jun. 2020. Citado na página 10.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária:: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Citado na página 16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma-Ata, URSS, n. 1, 1978. Citado na página 15.

SAÚDE, M. da. *PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema Único de saúde (sus)*. 2017. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 09 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Constituição da república federativa do brasil. Supremo Tribunal Federal, Brasil, n. 1, 1988. Citado na página 15.