

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLÁVIA MONTEIRO SAVASSI**

**ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANTÔNIO CAETANO LARANJEIRAS -  
BETIM**

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS**

**2013**

**FLÁVIA MONTEIRO SAVASSI**

**ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANTÔNIO CAETANO LARANJEIRAS -  
BETIM**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS**

**2013**

**FLÁVIA MONTEIRO SAVASSI**

**ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANTÔNIO CAETANO LARANJEIRAS -  
BETIM**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison Jose Correa

Aprovado em Belo Horizonte, em 05/02/2014

Dedico o presente trabalho primeiramente à meus pais, Maria Aparecida e Waldemar, meus grandes e eternos incentivadores, e meus irmãos Daniela, Patrícia e Leonardo, pelo apoio e companheirismo contínuos. Dedico também àqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para sua realização, em especial à Leandro.

Agradeço àqueles que contribuíram para a realização do presente trabalho: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi e a Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.

“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma  
humana  
seja apenas outra alma  
humana”

Jung

## RESUMO

Este trabalho se baseia na vivência da prática médica durante o período de março de 2013 a dezembro de 2013, na cidade de Betim, em Unidade Básica de Saúde (UBS) denominada Antônio Caetano – Laranjeiras. Foi tomado como nó-crítico a ser discutido, a falta de organização nos agendamentos das consultas médicas e a implementação da agenda dinâmica com atenção à demanda espontânea e demanda programada. Justifica-se a presente abordagem devido à elevada demanda diária na UBS, acompanhada da busca por melhor atendimento e satisfação por parte dos usuários e dos profissionais de saúde. Teve como objetivo a elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de organizar a agenda de atendimento da Unidade. Para isso foi realizada discussão entre os membros das equipes que compõem a unidade de saúde, e posterior revisão de literatura sobre o assunto. Após leitura e discussão, deu-se início ao projeto de intervenção que visa a melhoria da distribuição e organização das agendas dos profissionais. Considerando os resultados expostos por outros autores acerca do assunto, notou-se os benefícios dessa atividade para o cotidiano de atendimentos da equipe.

Palavras-chave: Demanda espontânea, Demanda programada, Agenda dinâmica.

## ABSTRACT

This work is based on experience at medical practice during the period of March 2013 to December 2013 in the city of Betim, in Basic Health Unit (BHU) named Antonio Caetano - Laranjeiras. Was taken as the critical node to be discussed, the lack of organization in scheduling medical appointments and implementation of dynamic agenda with attention to spontaneous demand and scheduled demand. This approach is justified because of the high daily demand at BHU, accompanied by the search for better customer service and satisfaction for users and health professionals. The goal of this work was the development of an intervention project with the purpose of organizing the agendas of the Unit. For this, a discussion among the team members that make up the health unit was performed, and subsequent literature review on the subject. After reading and discussion, has begun the intervention project aimed at improving the distribution and organization of professional agendas . Considering the results presented by other authors on the subject, it was noted the benefits of this activity for the daily care of the team.

Keywords : spontaneous Demand, scheduled Demand, dynamic agenda .



## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>16</b>
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>19</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIA</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tomando por base a estrutura proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e considerando a atual realidade na cidade de Betim, identifiquei a necessidade de mudanças para a melhoria da saúde local. Iniciei minhas atividades como médica bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) no mês de maio de 2013, assumindo uma das três equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) localizada na Unidade Básica de Saúde Antônio Caetano Laranjeiras.

Vários problemas já se tornaram evidentes desde o início do meu trabalho, como a falta de profissionais na equipe, que hoje conta com uma grande área descoberta, pois não há Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficientes. Outros problemas foram surgindo durante os meses trabalhados, como a dificuldade na realização de encaminhamentos para serviços de urgência ou para especialistas de referência. Porém, a principal dificuldade enfrentada nesse período é a falta de organização da agenda dos médicos da unidade.

A cidade de Betim integra a região Metropolitana de Belo Horizonte com 388.873 habitantes, o que a coloca em 5º lugar como maior cidade do Estado e entre as 50 maiores cidades do país. Surgiu em 1711 quando um bandeirante iniciou o processo de povoação da região, antes pertencente à “Vila Real de Sabará”, tornando-se município de Betim apenas em 1938 (BRASIL, 2013; BETIM, 2013).

Sua economia, a partir dos anos 40, se baseia na atividade industrial, que levou ao aumento da ocupação, principalmente após a inauguração e asfaltamento da Rodovia Fernão Dias. Hoje a economia se sustenta no setor industrial, tendo, além de polo petroquímico e automotivo, empresas nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica, serviços e logística (BRASIL, 2013).

As unidades básicas de saúde (UBS) surgiram com a proposta de dividir a população local por equipes, que seriam responsáveis por 4.000 usuários, com

objetivo de diagnosticar os principais problemas de saúde das comunidades e traçar estratégias de promoção, prevenção e manutenção da saúde. (BRASIL, 2011)

As equipes de saúde da família (eSF) são compostas por médico generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e 6 a 10 ACS (BRASIL, 2011). No município de Betim há oito Unidades Básicas de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas de Saúde, modelo convencional, segundo informações da Prefeitura local. Há ainda a proposta de humanização do sistema de saúde com o Programa de Assistência Domiciliar (PAD), que conta com aproximadamente 430 pacientes cadastrados, que são beneficiados com atendimento mais personalizado, diminuindo risco de infecção hospitalar e aumentando o vínculo entre usuários, família e equipe de saúde (BETIM, 2013).

A estrutura física da UBS Antônio Caetano Laranjeiras é razoável, contendo três divisões, sendo uma delas destinada para o atendimento médico, outra para atendimento odontológico e a terceira abriga a cozinha e o setor organizacional da unidade. Não há uma informação exata, devido à falta de ACS em algumas equipes, deixando áreas descobertas. A área física é suficiente para o atendimento, possuindo cinco consultórios, compartilhados pelos dois médicos de Saúde da Família, dois Clínicos Gerais, um Pediatra e dois Ginecologistas, dependendo do horário de atendimento de cada profissional. Não há sala específica para reuniões das equipes, sendo utilizadas salas que não foram ocupadas pelos médicos ou então a área externa (local de espera dos pacientes). A Unidade é formada ainda por uma sala de enfermagem, que abriga os medicamentos e equipamentos para os atendimentos de urgência; uma sala de vacina composta por geladeira adequada, recentemente adquirida; um espaço para o expurgo de materiais usados no curativo e em outros procedimentos realizados internamente. A sala de curativos se localiza em outra área separada, externamente à estrutura principal da unidade, sendo o local utilizado para as coletas de materiais destinados a exames (sangue, fezes e urina) no início da manhã, sendo posteriormente utilizado para a realização de curativos.

A unidade é bem equipada, contando com alguns recursos importantes como sala específica para exames ginecológicos, o aparelho de nebulização, balão de oxigênio, maca e equipamentos para acesso venoso ou outras intervenções

médicas. Porém, não há glicosímetros suficientes, tendo apenas um na unidade que não pode ser retirado do local, nem mesmo para as visitas domiciliares.

Na UBS existem três equipes: Azul, Verde e Vermelha. Não existem dados completos que relatem os números corretos de usuários atendidos no local. Aproximadamente são atendidos cerca de 15.000 habitantes, havendo uma estimativa de 5.000 sob a responsabilidade da equipe vermelha. As três equipes de saúde que atuam na UBS estão assim constituídas:

- **Equipe Verde:** uma médica, formada há 25 anos, médica de família e comunidade há mais de 20 anos, contratada para trabalhar na unidade em janeiro de 2013; uma enfermeira, formada há 6 anos, trabalha na unidade desde fevereiro de 2013 após aprovação em concurso; sete agentes comunitários de saúde; uma técnica de enfermagem.
- **Equipe Azul:** um médico, recém-contratado, iniciou seu trabalho na unidade apenas em 11 de novembro de 2013, formado há 43 anos pela Faculdade de Ciências Médicas de MG, cirurgião e ginecologista obstetra; uma enfermeira, formada há cerca de 10 anos, trabalha na unidade desde fevereiro de 2013, após aprovação em concurso; sete agentes comunitários de saúde; uma técnica de enfermagem.
- **Equipe Vermelha:** uma médica, recém-formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, completando um ano de formada no fim deste ano, iniciou seus trabalhos na unidade em março de 2013 após seleção pelo programa Federal PROVAB; uma enfermeira, formada há 10 anos, que iniciou na unidade em fevereiro após aprovação em concurso realizado; cinco agentes comunitários de saúde (equipe incompleta, faltando dois agentes, o que deixa a área de abrangência parcialmente descoberta, dificultando o acesso dessa população aos serviços prestados pela UBS); uma técnica de enfermagem.

Outros profissionais da UBS não estão diretamente ligados às equipes, sendo eles: uma enfermeira de referência na unidade, seis auxiliares de enfermagem, que se revezam nas diversas atividades da unidade como curativo, aferição de PA, entrega de resultados de exames, marcação de exames, marcação de consultas, coleta de

material para exames, aplicação de medicação, dentre outros. Os dentistas e demais membros da equipe odontológica, apesar de serem divididos em equipes semelhantes, não estão vinculados a cada equipe.

Quanto à equipe vermelha, da qual faço parte, os atendimentos se dividem na parte da manhã em quatro retornos agendados para controle de pacientes hipertensos e diabéticos, avaliação de resultados de exames, renovações de receitas médicas, dentre outros; e outras 11 consultas reservadas para a demanda espontânea da unidade. Na maioria das vezes essas vagas são totalmente preenchidas, necessitando inclusive de ampliar atendimentos devido à demanda de urgência. Na parte da tarde são agendadas outras quatro a cinco consultas, sendo estas divididas durante a semana em: segunda-feira – atendimento da demanda; terça-feira - puericultura; quarta-feira – pré-natal; sexta-feira – visita domiciliar. Porém, tal divisão não é obedecida durante o acolhimento, o que dificulta o trabalho e a organização dos atendimentos.

Em reunião com minha equipe, tivemos a oportunidade de realizar uma estimativa rápida participativa e discutir e avaliar as dificuldades que temos enfrentado na UBS, tendo surgido vários problemas. Cada indivíduo em seu campo de ação expôs seus problemas mais importantes e urgentes a serem discutidos. Como temas, tivemos a grande demanda, sobrecarregando o acolhimento, a agenda dos profissionais de saúde e os serviços disponíveis na Unidade; a falta de organização e cumprimento da agenda, que, reforça o problema da grande demanda; o pouco tempo dispensado para as visitas domiciliares, o que, na verdade retoma o problema da falta de organização da agenda. Outros pontos citados foram: a falta de grupos operativos, falta de integração entre as equipes, com organização particular de cada uma e sem uniformidade no processo de trabalho.

Após as discussões, notou-se a importância da organização e do cumprimento do que foi proposto, na agenda de cada profissional, sendo definido como nó-crítico a ser abordado a Organização da Agenda. Sendo assim, optou-se pela redefinição da agenda de trabalho da equipe para organizar o atendimento a demanda espontânea de quem busca a UBS.

## 2 JUSTIFICATIVA

Vários problemas foram surgindo ao longo do período de trabalho nestes meses, sendo o principal deles, a organização da agenda dos profissionais de saúde. Sua divisão com horários específicos para atendimento agendado, como por exemplo: puericultura, pré-natal, visitas domiciliares e grupos operativos, resolveria a maior parte dos demais problemas levantados. Dessa forma, organizando a agenda e cumprindo o que foi proposto para cada horário, sobraria tempo para a realização, por exemplo, de alguns grupos direcionados para a realização de atividades voltadas para cada parcela da população envolvida, estímulo ao convívio social, com palestras educativas sobre temas que fossem de interesse geral.

Quanto à organização da agenda, deve-se ter em mente a divisão de acordo com os diferentes tipos de atendimento diário. Assim, necessita-se manter a agenda programada para os grupos de pacientes que já realizam acompanhamento e que devem ter suas consultas garantidas para melhor adesão e controle de suas doenças. Além disso, deve-se manter espaço para os atendimentos à demanda espontânea, identificados durante o acolhimento e que necessitem da atenção no mesmo dia. Dentro dessa dinâmica, se vê necessária a manutenção de vagas para aqueles pacientes que necessitam de consultas de retorno para apresentação de exames, reavaliação da evolução de quadros como dengue, pneumonias, dentre outros.

A ideia de organização da agenda deve visar sempre o melhor tanto para o paciente, seja ele crônico que necessita controle, ou agudo, que necessita atendimento imediato, quanto para o médico e os demais profissionais de saúde, na tentativa de evitar a sobrecarga de tais profissionais devido à demanda.

A demanda programada considera os usuários portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, que necessitam do controle regular para avaliação de adesão ao tratamento, resposta ao tratamento, investigação e prevenção de complicações, renovação de receitas. Tais pacientes devem ter suas consultas sempre garantidas, para facilitar o acesso, estreitar a relação com a unidade de saúde e sua equipe, envolver o próprio paciente no processo de auto cuidado, melhorar a aderência ao tratamento.

Já a demanda espontânea considera aquele paciente que comparece à unidade básica de saúde necessitando atendimento mais rápido, seja ele no mesmo dia ou em dias subsequentes. Pacientes com quadros agudos como amigdalite, conjuntivite, cólica renal, dentre outros, necessitam passar pelo médico no mesmo dia, já pacientes com dor crônica, quadros mais arrastados, que não apresentam urgência, poderiam ser agendados para outro momento caso a demanda não permitisse o atendimento imediato. Um último grupo, já citado anteriormente se trata dos pacientes que necessitam apresentar resultados de exames, reavaliação de quadros infecciosos, por exemplo, que requerem atenção e acompanhamento até estabilização ou remissão completa.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar a agenda de atendimento da Unidade Básica de Saúde Antônio Caetano Laranjeiras.



## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

1ª etapa: Estimativa Rápida Participativa com definição de nós críticos.

Foi consenso à realização de algumas etapas com a finalidade de buscar subsídios para a organização do atendimento da UBS, a saber:

- Elaboração de um diagnóstico situacional para o entendimento das necessidades e realidade da UBS, com elaboração de explicações acerca dos problemas e definição de um nó crítico a ser enfrentado – no caso, a organização da agenda para a demanda espontânea e demanda programada.
- Reunião com as equipes para planejar estratégias de como organizar o atendimento e os agendamentos de consultas de modo que haja uma melhoria na porta de entrada do sistema.
- Pesquisa em base de dados para buscar as evidências já existentes sobre o tema.

2ª etapa: Revisão da literatura:

Foi realizada revisão bibliográfica através de pesquisa com os seguintes descritores em saúde: “Demanda espontânea”, “Demanda programada”, “Agenda dinâmica”. A pesquisa foi realizada sem limitação de tempo, mas procurou-se trabalhar com as publicações mais recentes. Foram pesquisados nas bases de dados Google acadêmico, LILACS e em publicações do Ministério da Saúde.

Também foi realizada pesquisa na base de dados PUBMED sendo encontrados 11 artigos, dos quais apenas 6 estavam disponíveis em livre acesso.

Além disso, foi pesquisada literatura específica de Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade bem como as referências dos artigos encontrados.

### 3ª etapa: Elaboração da proposta de intervenção

A partir da revisão da literatura e confronto dos achados com a realidade local, elaborou-se a proposta a ser executada na UBS.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Durante o processo de pesquisa sobre a organização de agendas, notamos diversas formas de se organizar o atendimento dos pacientes em uma Unidade Básica de Saúde. Isso nos mostra o quanto o processo é difícil, requer atenção especial e a importância de uma organização bem feita. Existem diversas formas de se organizar, pois nenhuma comunidade é idêntica à outra, tendo cada uma suas características e peculiaridades.

O sistema proposto inicialmente para o presente trabalho se baseia na ideia de agenda dinâmica, descrita por Murray e Tantau (2000) como “Same-day Appointments” (agendamento para o mesmo dia), posteriormente renomeado como ; “Same-day scheduling” também conhecido como “dinamic agenda”. (MURRAY, 2005). No Brasil utiliza-se a terminologia “demanda espontânea”, também chamada de atenção não programada (MENDES, 2012).

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

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

Para a realização desse processo devemos lembrar sempre da importância do acolhimento à demanda. O acolhimento é

[...] uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011, p. 19).

A mudança na forma de se realizar o acolhimento é um passo crucial para o bom funcionamento da organização das agendas, e deve levar em conta a necessidade expressa pelo usuário, que, assim como o médico e os demais profissionais de saúde, também tem responsabilidade de qualificar sua demanda, que deverá ser acolhida, reconhecida e solucionada. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento e pela organização da agenda do médico, por exemplo, devem ter em mente que além dos pacientes que chegam cedo à unidade à procura de atendimento, existem alguns imprevistos, que levam os usuários a procurarem a equipe em horários aleatórios e que, também, necessitarão de atendimento no dia da demanda. Esse momento é ideal para manter o vínculo do usuário com a equipe, estreitar os laços de confiança entre eles, dependendo apenas da forma com que são acolhidos e conduzidos nesses momentos de sofrimento, desamparo. (SALISBURY, 2007).

A prática antiga de distribuição de senhas limitadas pela manhã, que acarretava em filas nas unidades durante a madrugada, já é antiquada e não beneficia nem o usuário, nem os profissionais. O acolhimento também não deve ser apenas uma triagem para o atendimento médico, sendo os profissionais responsáveis, competentes para responder grande parte da demanda espontânea. “É fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções” (BRASIL, 2011, p. 22).

Voltando agora para a dinâmica da organização propriamente dita, é importante ter-se uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas, devendo haver espaço para todos os tipos de demanda recorrentes na unidade. Como já citado anteriormente, a agenda pode ser dividida em três partes (BRASIL, 2011, p. 35-36), a saber:

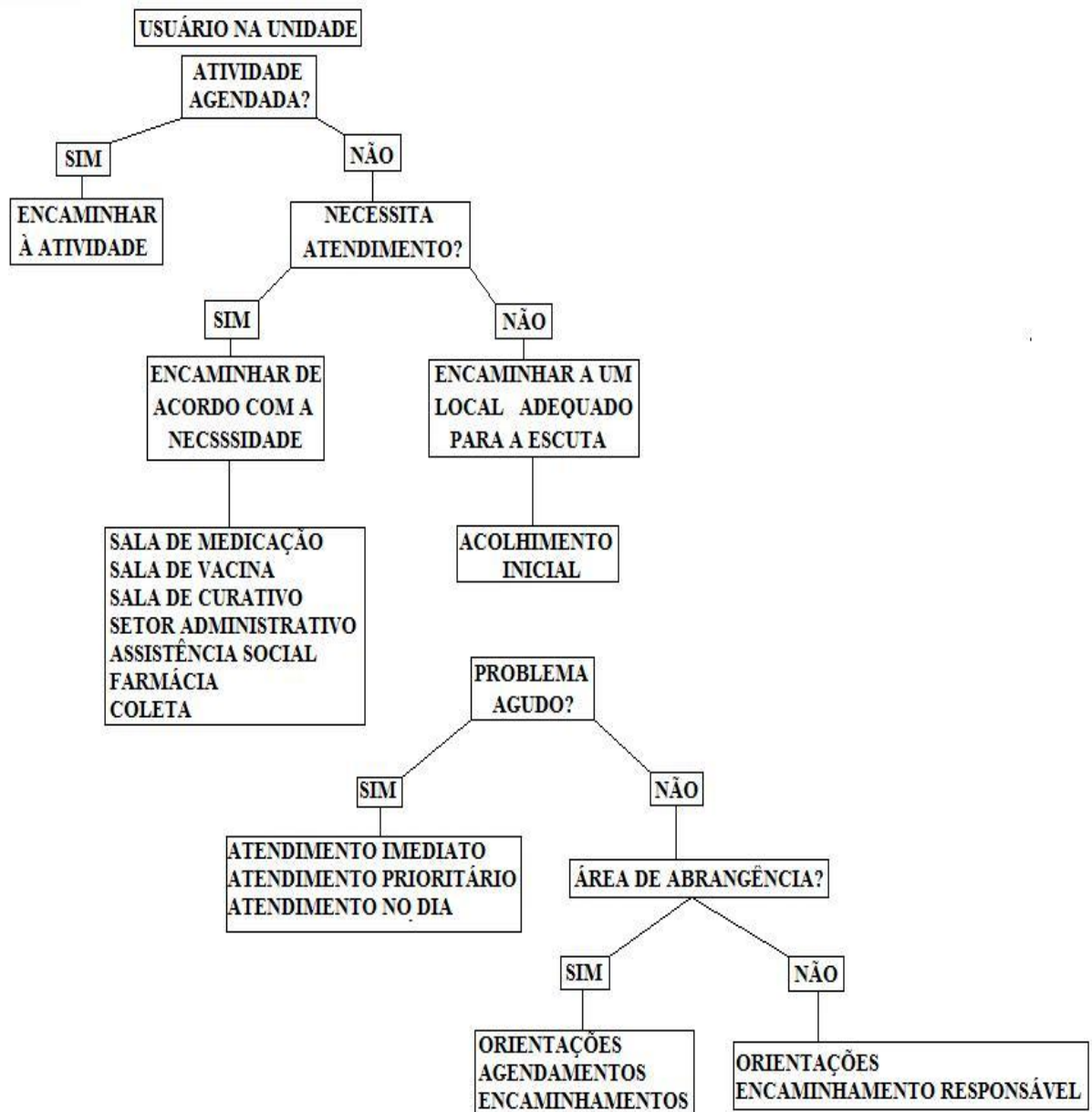
- Agenda programada: para os pacientes que necessitam acompanhamento periódico, não podendo ficar sem a realização de controle regular. A ideia para esses usuários é de saírem de uma consulta já tendo a próxima agendada.
- Agenda de atendimentos agudos: para os pacientes que passaram pelo acolhimento e que necessitam de atendimento para o mesmo dia.
- Agenda de retorno/reavaliação: agendamento e reserva de consultas para os usuários que necessitam de atendimento, reavaliação de casos infecciosos em tratamento, acompanhamento de patologias agudas que apresentam riscos em sua evolução.

Considerando a realidade e a dinâmica dos atendimentos de cada região, o modelo citado acima não deve ser algo rígido e imutável. Muitas vezes será necessário manter um horário apenas para a puericultura, ou para gestantes, por exemplo, devido a grande demanda no momento, porém, mesmo que se tenha um dia específico para a realização desses atendimentos, eles podem ser intercalados com atendimentos clínicos, caso a demanda se volte para esse quadro.

Assim, tendo como objetivo a diminuição do tempo de espera por consultas, devemos considerar a organização da agenda como algo que pode sofrer alteração de acordo com a procura. Alguns autores recomendam o agendamento com hora marcada, o que levaria a diminuição do tempo de espera na unidade, evitando a superlotação nos horários iniciais, diminuindo o grau de insatisfação dos pacientes com o tempo de espera, e as situações de desconforto entre os usuários e os profissionais das equipes. (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS - 2010)

A seguir apresenta-se um fluxograma que orienta sobre a conduta a ser tomada com cada usuário de acordo com sua classificação durante a escuta qualificada.

## CONDUÇÃO DO USUÁRIO DENTRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



Fonte: adaptado de BRASIL, 2011a

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: elaboração da agenda**

Em reunião com a equipe de saúde da família, tivemos a oportunidade de discutir e avaliar as dificuldades que temos enfrentado na Unidade. Vários problemas foram expostos e, como prioridade, foi unânime a importância de uma agenda bem definida, organizada a ser cumprida. Sua organização com horários específicos para atendimento agendado e para demanda, puericultura, pré-natal, visitas domiciliares e grupos resolveria a maior parte dos problemas levantados.

Atitudes simples poderiam mudar toda a estrutura dos atendimentos, levando melhoria à população em diversos aspectos, facilitando inclusive o acesso do usuário aos profissionais de saúde. Porém, apesar dos benefícios que essas mudanças trazem, a equipe ainda continua insegura e descrente no retorno em médio prazo. Será necessário quebrar o “pré-conceito” existente em cada indivíduo e a resistência a mudança do processo de trabalho por parte de funcionários da Unidade e usuários, para colocar as ideias discutidas em prática.

Assim, de acordo com o que foi discutido em reunião com a equipe de saúde, foi entendida como essencial a organização e cumprimento da agenda dos profissionais de saúde, sendo este o nó crítico. Para “desatá-lo” houve uma reunião definitiva de planejamento para, em conjunto, montar a melhor maneira de organizar os atendimentos e as marcações de consultas, de forma que não prejudiquem nem o médico, nem o enfermeiro e nem os usuários. Como resultados, espera-se que a estruturação da agenda possa reduzir a demanda espontânea, com tempo destinado aos grupos para pacientes hipertensos, diabéticos, em uso de medicação psiquiátrica, adolescentes e idosos. Tais atividades seriam o produto da intervenção, assim como a própria redução da demanda, das consultas agendadas para renovação de receitas, aumento da disponibilidade para realização de visitas domiciliares, dentre outros.

Para que as mudanças propostas definidas em reunião sejam viáveis, tem-se a dependência quanto aos recursos organizacional para a organização da agenda e dos grupos; cognitivo para a divulgação e explicação do novo funcionamento da agenda, do acesso aos grupos e para a busca ativa dos pacientes para puericultura,

pré-natal; político para conseguir um lugar onde seriam realizados os encontros, uma vez que não há esse espaço na Unidade; e financeiro para conseguir o material necessário nas atividades a serem realizadas e melhorias na estrutura de atendimento aos usuários dentro da própria unidade de saúde.

A organização da agenda é responsabilidade do médico e da enfermeira, sendo ambos favoráveis a implantação do modelo proposto. Porém, a população deverá ser informada sobre as alterações do funcionamento da equipe como um todo, já que nos dias de grupo, por exemplo, não haverá enfermeiro ou médico da equipe na Unidade. As gestantes deverão ser informadas sobre o novo horário das consultas de pré-natal, as mães, informadas sobre os horários de puericultura. Para isso, os atores mais importantes são os agentes de saúde que se responsabilizariam pela divulgação e educação da população sobre os novos horários de atendimento da equipe, sobre os grupos, benefícios de comparecer às reuniões, busca ativa pelas crianças que necessitam de acompanhamento/puericultura, busca ativa das mulheres para realização do exame preventivo da mulher, dentre outras. Com isso, a medida primária a ser tomada na Unidade é de educar e mostrar aos agentes de saúde a importância e os benefícios que virão com a implantação e o bom funcionamento desse sistema.

Após a discussão, decidiu-se pela seguinte organização inicial:



DIA	MANHÃ	TARDE
Segunda-feira	Acolhimento com classificação de risco para o atendimento da demanda espontânea.  4 consultas de demanda programada.  11 a 16 consultas demanda espontânea.	grupos operativos
Terça-feira	Acolhimento com classificação de risco para o atendimento da demanda espontânea.  4 consultas de demanda programada.  11 a 16 consultas demanda espontânea.	Atendimento de puericultura demanda programada.
Quarta-feira	Acolhimento com classificação de risco para o atendimento da demanda espontânea.  4 consultas de demanda programada.  11 a 16 consultas demanda espontânea	Atendimento de pré-natal demanda programada.
Quinta-feira	day off	day off
Sexta-feira	4 consultas programadas  11 a 16 consultas demanda.	visitas domiciliares programadas.

Lembrando que, apesar de existir um dia para cada atendimento, essa dinâmica poderá ser alterada, uma vez que a demanda por outro tipo de consulta poderá ser maior que a programada para o dia. Assim, diminuimos a burocracia na hora de marcar os atendimentos e melhoramos a relação usuário-unidade.

Para complementar as alterações relacionadas ao atendimento à demanda, devemos considerar a organização de acordo com os horários de marcação. A lógica dessa alteração é de sempre manter uma agenda dinâmica, com consultas marcadas em horários próximos que possibilitem maior fluidez nos atendimentos, evitando longos períodos de espera por parte dos usuários. Em caso de atraso ou

falta de algum paciente, o médico não precisa aguardar tanto tempo para a próxima consulta. Por outro lado, com a marcação de horários, juntamente com a orientação dos profissionais e dos usuários no momento da marcação, diminui o tempo de espera dentro da unidade e a superlotação nos locais de espera.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os resultados expostos por outros autores que colocaram em prática o tipo de organização de agenda, notamos os grandes benefícios que essa atividade trará para o cotidiano de atendimentos da equipe. Após o início da implementação da agenda, já obtivemos resultados importantes com pequena diminuição do tempo de espera por consulta médica, diminuição dos conflitos entre os usuários e os profissionais que realizam o acolhimento, diminuição dos pacientes que buscam a unidade diariamente.

Muito trabalho ainda deverá ser realizado, como a implementação do agendamento com horário marcado para as consultas, o que tende a melhorar ainda mais a relação dos usuários com a unidade e o trabalho de todos os profissionais de saúde.

Organizando a agenda e cumprindo o que foi proposto, somando à criação dos grupos operativos voltados para a realização de atividades, para estimular o convívio social, com palestras educativas sobre temas que fossem de interesse geral, haverá uma melhora significativa no nível de saúde dos usuários. Assim o problema da grande demanda poderia ser parcialmente solucionado pela diminuição da necessidade de consultas, com mais tempo disponível na agenda possibilitando a busca ativa para puericultura e pré-natal ou agendando-se mais visitas domiciliares.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, **Designing the patient schedule**, Center of Practice, Improvement & Innovation. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Dados de saúde da cidade de Betim disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310670&NomeEstado=](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310670&NomeEstado=). Acesso em abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BETIM. Dados Sociais, Políticos e Econômicos da cidade de Betim disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/home/41324%3B62451%3B03%3B0%3B0.asp>. Acesso em abr. 2013.

MENDES, Eugênio 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.

SALISBURY, C *et al.* **An evaluation of advanced access in general practice**. NCCSDO. February, 2007

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

Murray, Mark; Tantau, Catherine. Same Day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manag**. v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.