



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Vice-Presidência de Educação,  
Informação e Comunicação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA  
INTERPROFISSIONALIDADE**

**CLÁUDIO MONTEIRO DE MACÊDO**

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE AGENDAMENTO PARA  
ATENDIMENTOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CARLA NOGUEIRA III  
MACEIÓ-AL**

**CLÁUDIO MONTEIRO DE MACÊDO**

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE AGENDAMENTO PARA  
ATENDIMENTOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CARLA NOGUEIRA III  
MACEIÓ-AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Monte Mello Taveira

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade – CRB-4 - 1251

M141i Macêdo, Cláudio Monteiro de.

Implantação de um novo modelo de agendamento para atendimentos da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III Maceió-AL / Cláudio Monteiro de Macêdo. – 2021. 27 f.

Orientadora: Maria das Graças Monte Mello Taveira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 24-25.

Apêndices: f. 26-27.

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviço de saúde - Gerência. 3. Agendamento de consulta. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDU: 614.2

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de forma direta e indireta me ajudaram e incentivaram para a realização deste trabalho amigos e familiares. Aos colegas e professores do curso de forma geral e em especial as Professoras Margarete Pereira Cavalcante e Suely do Nascimento Silva, pela serenidade e incentivo de sempre. A minha orientadora Professora Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Monte Mello Taveira sempre pontual e solícita. Aos meus colegas de trabalho e em especial a minha líder, Enfermeira Juliana Barros Cavalcante pelo incentivo nos primeiros parágrafos. Ao meu amigo, colega e parceiro Miguel Rocha Neto, pelo incentivo desde o início das atividades até o momento.

## RESUMO

Atenção primária à saúde se apresenta como norteadora de uma série de ações que tem como objetivo dinamizar e facilitar o acesso aos serviços de saúde de grupos específicos com programas destinados a estes e a toda comunidade em geral. Como todo grande programa a Atenção Primária à Saúde tem uma grande dificuldade de gerir suas ações. E especificamente na Estratégia de Saúde da Família, na Equipe Carla Nogueira III, onde iremos aplicar nossa intervenção. Visualizando a necessidade de gerir nossa população cadastrada de forma que possamos enxergar todos os grupos e aplicar soluções, este trabalho tem como objetivo implantar uma ferramenta eletrônica que possibilite a Equipe Carla Nogueira III mitigar o fluxo do agendamento de acompanhamento aos grupos de atendimento. Espera-se através desta obter resultados como o compartilhamento de informações gerais de cada microárea, como: nome, endereço, cadastro do Sistema Único de Saúde, condição de saúde, idade e sexo, controle de consultas e retornos de acordo com sua classificação de risco, acompanhamento vacinal, doses e aprazamentos das crianças menores de 5 anos, percentuais de procedimentos como citologia e mamografia de acordo com a data da realização do procedimento e BI-RADS.

**Descritores:** Atenção primária à saúde; Gerência dos serviços de saúde; Estratégia Saúde da Família; Agendamento de consultas.

## ABSTRACT

The Primary Health Care is presented as a guide for a series of actions that purposed to streamline and facilitate access to health services for specific groups with intended programs at these and the entire community in general. Like any large program, the Primary Health Care has great difficulty in managing its actions. And specifically in the Family Health Strategy, on the team, Carla Nogueira III, where we will apply our intervention. Visualizing the need to manage our registered population so that we can see all groups and apply solutions, this work purposed to present a tool in the form of an electronic spreadsheet stored in the clouds aimed at the groups accompanied by the Carla Nogueira III team. It is expected through this to obtain results such as the sharing of general information of each micro-area, such as: name, address, registration of the Unified Health System, health status, age and gender, control of appointments and returns according to their risk classification, vaccination monitoring, doses and schedules for children under 5 years, percentages of procedures such as cytology and mammography according to the date of the procedure and BI-RADS.

**Descriptors:** Primary health care; Management of health services; Family health strategy; Appointment scheduling.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF – Programa de Saúde da Família;

SUS – Sistema Único de Saúde;

APS – Atenção Primária a Saúde;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica;

ACS – Agente Comunitário de Saúde;

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e de Qualidade;

BI-RADS – Breast Image Reporting and Data System (Sistema de Relatório de Dados sobre Imagem da Mama).

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2 SITUAÇÃO-PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
4.1 Objetivo geral:	14
4.2 Objetivos específicos:	14
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>20</b>
7.1 Plano de Intervenção	20
7.2 Público-alvo	20
7.3 Desenho da operação	20
7.4 Resultados Esperados	21
7.4.1 Resultados da Intervenção em relação aos objetivos propostos	21
7.4.2 Resultados do Trabalho Interprofissional	21
7.5 Viabilidade	21
7.6 Financiamento	21
7.7 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis	22
7.8 Recursos Necessários	22
7.9 Resultados do Trabalho Interprofissional e Discussão	22
7.10 Cronograma de execução	22
7.11 Gestão, acompanhamento e avaliação	22
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde constitui-se como um conjunto de práticas e ações de atenção ambulatorial de primeiro contato, direcionadas a responder às necessidades de saúde mais comuns sejam individuais ou coletivas (MOREIRA et al., 2020)

É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, centro de comunicação entre as redes. Funciona como um filtro, ou seja, deve ser capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, do mais simples ao mais complexo. Seus princípios norteados pelo Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização segundo (MOREIRA et al., 2020)

Há diversas estratégias governamentais relacionadas a Atenção Primária à Saúde (APS) e uma delas é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que leva serviços médicos, odontológicos e de enfermagem. Essa estratégia teve início na década de 1990, então chamada na época de Programa de Saúde da Família, sua criação teve como objetivo reorientar os serviços de atenção à saúde que até o momento era voltada para a doença e com o programa passou a ter a família como o centro de atenção e não apenas o indivíduo doente, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (GOMES et al., 2020).

Para que exista uma equipe de saúde da família é necessário a escolha de um território onde teremos também uma população adscrita que possibilitará aos membros da equipe uma relação de vínculo, independente da presença ou não da doença. O foco passa a ser a pessoa/família e não a doença. Uma equipe é formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que deverão, ter responsabilidade sanitária pelo território e um processo de trabalho organizado com o intuito de garantir o acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL., 2012).

A ESF consolidou-se a principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde na APS, por apresentar tão ricamente uma grande resolutividade dentro do sistema de saúde. Em 2006 foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) que estabeleceu diretrizes e normas para a organização da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde. (MELO et al., 2018, p. 40)

Até os dias atuais a PNAB já passou por diversas formulações, 2011, 2017 e 2019. Com a formulação de 2019, a forma de financiamento para as equipes de atenção primária a saúde passou a ser por captação ponderada, ou seja, por pessoa cadastrada de acordo com a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 do programa Previne Brasil. Com isso a equipe de Estratégia de Saúde da Família por ser composta de profissionais que trabalham 40h semanais ficaram responsáveis por ter um quantitativo entre 3000 e 4000 pessoas cadastradas.

A partir dessa reformulação de 2019, o município de Maceió está passando por uma reordenação de suas equipes de estratégia de saúde da família para que cada uma possa ser responsável pelo cadastramento do número de pessoas recomendadas pela PNAB.

Essa reordenação da APS do município de Maceió traz consequências para as equipes de Saúde da Família e principalmente para a população que espera cada vez mais por assistência pois, algumas equipes foram desativadas, territórios adscritos das equipes foram redistribuídas para que a recomendação da PNAB 2019 fosse cumprida. Não houve ampliação do Programa por conta da gestão local e sim adequações das equipes.

Com isso, a Equipe 079, Carla Nogueira III, da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira Gomes passou de uma população de aproximadamente 2.700 pessoas sob sua responsabilidade, para uma população em torno de 5000 pessoas, depois do cadastro da nova comunidade e da atualização da população já acompanhada pela Equipe, número acima do recomendado pela PNAB/2019.

Esse número tem influência direta na gestão do fluxo de nossa Equipe e da Unidade como um todo dificultando a acessibilidade destes novos usuários e daquelas já habituais. Pensando nisto, a implantação de uma ferramenta que nos possibilite controlar, definir datas e prazos para avaliações e reavaliações necessárias.

## 2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

Com o cadastro de uma nova população que estava sem assistência à saúde há mais de 20 anos, criou-se uma grande fila de espera para os atendimentos, médico e de enfermagem, acarretando situações difíceis para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), uma vez que estes não têm respostas para as indagações dos usuários, como: “Preciso de uma avaliação de um clínico?”, “Sou hipertenso estou sem medicamentos, quando marco minha consulta?”. Desencadeando angústia nesses pacientes e profissionais, pois não conseguem ofertar de forma pontual e efetiva o acesso aos serviços de saúde para esses usuários, principalmente os novos casos, que precisam de avaliação, sendo a maior dificuldade relacionada aos pacientes de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Uma vez que já fazemos o acompanhamento de gestantes e puérperas incluindo a nova população e as demandas como vacinação e curativos que são universais.

### 3 JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica por sua importância nas redes de atenção à saúde, é considerada a porta de entrada para o sistema, seu papel principal é reconhecer as necessidades de saúde da população e organizar as respostas de forma adequada para que se tenha uma melhoria nas condições de saúde de forma positiva. Para tanto o acompanhamento desses grupos prioritários na Estratégia de Saúde da Família é essencial para que a Equipe obtenha resultados positivos e de acolhimento efetivo. A necessidade de elaborar uma ferramenta que nos direcione à uma cobertura progressiva e que nos proporcione visualizar sua frequência ambulatorial eletiva.

Atualmente a cobertura de consultas se dá através da procura por usuários e das intervenções feitas pelos ACS's através da busca ativa e do cadastramento da população. Com a ampliação da área de cobertura torna-se imprescindível a elaboração de uma agenda inteligente onde os profissionais possam visualizar de forma ampla seus atendimentos e com isto implementar ações em que se possa obter um maior percentual de cobertura e resolutividade.

Segundo a pesquisa nacional de saúde (PNS, 2019), cerca de 38,1 milhões, de brasileiros têm pressão alta e mais de 12,3 milhões são diabéticos. Cerca de 23% da população acima de 18 anos é acometida pela Hipertensão Arterial (HAS) e 7% pela Diabetes Melitus (DM). Tomando como base os dados desta pesquisa, estimamos que a média da população adscrita do território coberto por esta equipe será de aproximadamente 600 HAS e 250 DM, evidenciando de forma concreta a elaboração de uma nova agenda para o acompanhamento destes. Demais grupos como: gestantes, crianças menores de dois anos, também se encaixam neste monitoramento, devido sua frequência eletiva na Unidade.

O número de consultas dos profissionais médico, enfermeiro e dentista vai acatar o que preconiza cada paciente assistido. Estudos realizados já comprovam a eficácia do acompanhamento programado na redução e controle dos níveis pressóricos por exemplo de acordo com (RADOVANOVIC e REGO., 2018, p.1094).

Um novo modelo de acompanhamento e agendamento poderá contribuir com o controle e a redução de complicações de pacientes portadores de doenças crônicas tais como, hipertensão e diabetes por exemplo. Trabalhos realizados nos estados de São Paulo (SP) e Paraná (PR) mostram que as ações programáticas dentro da (ESF) contribuem muito para a efetividade do tratamento trazendo a redução e controle dos

níveis pressóricos se dá devido ao vínculo criado entre os profissionais e o paciente (usuário) estimulando a adesão ao tratamento. (NOBRE et al., 2020).

De acordo com Ramos et al., (2018, p.1212) a prática educativa na ESF torna-se uma atividade de suma importância por possibilitar a intermediação dos profissionais de saúde com a comunidade. Proporcionando atitudes para adoção de novos hábitos e condutas de saúde na prevenção de agravos.

A ênfase desta afirmação, a importância da ESF tendo como atributo primordial o acesso aos processos de cuidado em tempo oportuno, influencia diretamente na qualidade da APS. Segundo Vidal., et al. (2019), nos últimos dez anos, houve um aumento populacional pela ESF, permitindo uma grande variação na qualidade dos serviços, e a disponibilidade destes na APS não resultou em uma melhora expressiva que garantisse cobertura ampla e expressiva.

Mudanças são necessárias para minimizar o tempo de espera por um atendimento, que pode resultar na incapacidade dos serviços de saúde e na incredibilidade por conta da comunidade nos serviços que deveriam acolher.

A implantação do acesso avançado constitui a intervenção mais comum econômica para reduzir o tempo de espera no agendamento de consultas de cuidados primários. Ademais, esse modelo está associado à melhora da satisfação da equipe de saúde, da longitudinalidade do cuidado e de segurança do paciente, assim como à redução do absenteísmo, de consultas inapropriadas em serviços de emergência, do tempo médico dispensado na classificação de risco para priorizar atendimentos e do acúmulo negativo (*bad backlog*) de trabalho, que consiste em agendamentos resultantes do trabalho não finalizado pela equipe no mesmo dia, seja em decorrência da baixa oferta ou da própria organização do processo de trabalho. (VIDAL, 2019, p. 2).

Nesta expectativa a implantação de um sistema inteligente de agendamento de consultas e acompanhamento da comunidade cadastrada prevê uma redução de acúmulos negativos e uma possível melhora nas práticas interprofissionais.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral:

Implantar um novo modelo de agendamento na equipe de saúde da família Carla Nogueira III, para melhor acompanhar os grupos prioritários de acordo com a classificação de risco.

### 4.2 Objetivos específicos:

Estabelecer uma relação cíclica na Equipe, principalmente entre os profissionais (médico e enfermagem), referente aos atendimentos dos grupos prioritários.

Acompanhar integralmente os pacientes de acordo com a condição de risco evitando agravos, configurando maior qualidade na atenção.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como um conjunto de práticas e ações, considerada o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações a saúde no âmbito coletivo e individual. Trata-se da principal porta de entrada e a base articuladora de acesso do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e às redes que fazem parte desse sistema. Para tanto, esse sistema desenvolve ações considerando a diversidade e as necessidades dos usuários. (MOREIRA et al., 2020).

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a Atenção Primária como termo equivalente à Atenção Básica e a define como (BRASIL, 2017, p. 02):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Como estratégia prioritária a Atenção Básica tem a Saúde da Família para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, fundamentando-se no acesso universal e contínuo, a integralidade em seus vários aspectos, relação de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população, estímulo profissional, avaliação sistemático dos resultados e estimular a participação popular e o controle social.

De acordo com a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Define-se como áreas estratégicas para atuação a eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, saúde do idoso, ações de saúde bucal e a promoção da saúde. Como também as redes de atenção prioritárias como a rede cegonha, de urgência e emergência, de cuidado a pessoa com deficiência e de atenção psicossocial. Os sistemas de saúde norteados por uma Atenção Primária à Saúde, focada nas pessoas e comunidades, podem responder de forma eficaz as necessidades distintas de saúde desses grupos.

Conforme (Giovanella, L., et al., 2020) pacientes com uma ou mais condições de cronicidade, apresentam resolutividades em países com forte estrutura de APS,

com oferta abrangente e contínua de serviços em sistemas públicos em saúde. Resultados positivos foram alcançados com a expansão da ESF, com destaque para a redução da mortalidade infantil, redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Considerada como um meio de expansão, qualificação e consolidação da APS, por proporcionar efetiva orientação no processo de trabalho e aprofundar com maior potencial os princípios e diretrizes do SUS, a ESF numa perspectiva participativa se configura na adoção de práticas e meios inovadores de interligação social além de estimular a produção/construção de sujeitos no gerenciamento de ações e práticas e políticas do controle social. (CLEMENTE et al., 2021)

Em meados dos anos 2000 em um contexto pelo pacto pela saúde foi elaborada a primeira PNAB. Com o objetivo de reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB, além de revisar as funções da UBS. Ampliou-se as ESF, incorpora-se a este as Equipes de Saúde Bucal e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Posteriormente inicia-se um movimento de mudanças do programa, muito devido a sua dificuldade em obter resultados positivos tais como: infraestrutura inadequada, o subfinanciamento e a dificuldade de atrair profissionais médicos principalmente (MELO, 2018).

Neste novo movimento cria-se o Programa de Melhoria do Acesso e de Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM) e a criação do e-SUS com implantação do prontuário eletrônico. Nos últimos anos devido crises políticas e econômicas (2014 e 2015), impactando diretamente o SUS, com aprovação de leis que definem pisos salariais e a obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos para ACS e ACE, sem falar na aprovação de emendas que congelam os gastos com a saúde por pelo menos 20 anos (MELO, 2018).

Segundo Giovanella, (2020) a ESF caracteriza-se como modelo de atenção como a “lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas em saúde” ou organizar meios técnicos científicos para intervir sobre problemas e necessidades de saúde sejam individuais ou coletivos.

Conforme Postal (2021) os serviços de APS se materializam em espaços físicos Unidades Básicas de Saúde onde encontra-se as equipes multidisciplinares. Onde o fluxo pode ocorrer por duas maneiras: demanda espontânea ou agendamento de consultas.

O atendimento da demanda espontânea acolhe os usuários que precisam de orientação no dia, enquanto o agendamento preconiza o acompanhamento a longo prazo, como avaliação de exames, renovação de receituário médico ou outra situação que não apresente agudização de saúde (POSTAL, 2021).

Este gerenciamento de consultas tem sido um desafio em todo o mundo. Na América Latina por exemplo o índice de absenteísmo é de em média 27%, prejudicial ao paciente e ao profissional. Para o profissional pois gera perda de tempo, diminuição da eficiência, já para o cidadão causa insatisfação devido à demora para ter o contato com o profissional e como consequência pode levar ao agravamento de doenças POSTAL, (2021).

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

**Método** – Análises descritivas e interpretativas. Utilizando o banco de dados (SciELO) e Ministério da Saúde, utilizando como descritores: atenção primária à saúde, gerência dos serviços de saúde, estratégia saúde da família e agendamento de consultas. Tendo como filtro a língua portuguesa com publicações entres os anos de 2017 e 2021 com obras publicadas no Brasil.

**Cenário/local** – Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira Gomes (Equipe Carla Nogueira III).

**Atores sociais e suas respectivas responsabilidades** – Equipe de Saúde Carla Nogueira III. Enfermeira, líder da Equipe, tem como característica primordial de ser norteadora e mediadora de conflitos por conhecer e entender o trabalho de cada um, além de gerenciar, coordenar e avaliar a USF, executar ações de assistência em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, adultos e idoso. Médico e Cirurgião Dentista, prestar assistência integral à população adscrita de forma contínua, realizar visitas domiciliares, fazer investigações no âmbito familiar para detecção de agravos e pontuar ações junto a equipe. Técnicas de Enfermagem e Técnicas de Saúde Bucal, preparar o usuário para as consultas médicas e de enfermagem, busca ativa de casos, realizar ações aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco. ACS's, principal elo entre a comunidade, realiza o mapeamento, cadastro das famílias, identifica indivíduos e famílias expostas a situação de risco, traduz para a ESF toda a dinâmica social, suas necessidades e potencialidades, além de identificar possíveis parceiros existentes na comunidade. Servidores atuam como indiscutíveis parceiros por conhecer toda a dinâmica da Unidade como também sugerir intervenções que possam melhorar todo o fluxo desta. Usuários, fazem parte da Unidade, nosso principal foco e objeto de trabalho, tem nos direcionado para aplicação de melhorias de direta e indireta.

**Instrumentos pedagógicos** – Artigos, portarias. Reuniões informais com alguns profissionais (enfermagem e médico) para a elaboração das planilhas eletrônicas e o foco nos agendamentos e acompanhamento de acordo com

suas respectivas avaliações e geração de dados que conduza a Equipe na tomada de decisões.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 Plano de Intervenção

Implantar uma ferramenta (planilha eletrônica) que possibilite o acompanhamento dos grupos prioritários nas consultas, retornos e informações pertinentes a cada grupo, como números absolutos, percentuais, monitoramento vacinal, monitoramento da realização dos exames de mamografia e citologia.

### 7.2 Público-alvo

A Comunidade cadastrada na Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III.

### 7.3 Desenho da operação

**QUADRO 1 – Desenho de operações sobre o “Dificuldade para agendamento de consultas e acompanhamento do cuidado continuado da nova população cadastrada pela Equipe Carla Nogueira III” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe Carla Nogueira III,**

<b>Nó crítico</b>	Dificuldade para agendamento de consultas e acompanhamento do cuidado continuado da nova população cadastrada pela Equipe Carla Nogueira III.
<b>Operação</b>	Aumentar o acesso de pacientes inclusos no grupo prioritário, diminuindo o absenteísmo.
<b>Projeto</b>	Implantar uma ferramenta (planilhas eletrônicas, armazenadas em nuvens) que possibilite o acompanhamento dos grupos prioritários nas consultas, retornos e informações pertinentes a cada grupo e geração de dados.
<b>Resultados esperados</b>	Facilitar o acesso da população ao serviço de saúde; manter o acompanhamento continuado; ampliar a cobertura dos pacientes inclusos nos grupos prioritários para atendimento médico, de enfermagem e odontológico.
<b>Produtos esperados</b>	Combate ao absenteísmo, fidelidade dos pacientes, controle de dados.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista – Realizar o acompanhamento e monitoramento das consultas realizadas para manter o cuidado continuado, conforme a necessidade de cada grupo prioritário. ACS – Manter cadastro/planilha atualizados para visualização dos pacientes acompanhados pelos profissionais de nível superior, facilitando o monitoramento e o planejamento de ações para cada grupo prioritário.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Político:</b> Apoio da Gerência da Unidade de Saúde Carla Nogueira e da Gerência da Atenção Primária em Saúde do Município de Maceió

<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> Profissionais médico e de enfermagem, ACS's.
	<b>Motivação:</b> A Equipe apoia.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação da ferramenta e sua dinâmica nas respostas. Como dados e percentuais.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III.

## 7.4 Resultados Esperados

Monitoramento dos grupos prioritários no âmbito das consultas eletivas e os respectivos retornos (médico/enfermeira/odontologia) por todos os profissionais da equipe. Como também o acompanhamento dos demais grupos com suas particularidades.

### 7.4.1 Resultados da Intervenção em relação aos objetivos propostos

Diminuir a fila de espera de grupos prioritários principalmente os acometidos de doenças crônicas (hipertensos e diabéticos). Acompanhamento de gestantes e puérperas de acordo com o preconizado pelo Programa.

### 7.4.2 Resultados do Trabalho Interprofissional

Para a elaboração desta ferramenta de intervenção os diversos saberes foram importantíssimos. Principalmente no âmbito da avaliação de cada caso e definição de um padrão para a classificação e risco. Como também o entendimento de cada programa para a aplicação de percentuais necessários de acordo com as metas.

## 7.5 Viabilidade

A obtenção de resultados positivos se evidencia quando a aplicação da ferramenta nos dá valores, direcionamento. Sua aplicabilidade e praticidade fornece uma rápida resposta frente ao programa utilizado na rede.

## 7.6 Financiamento

Não há valores estimados para a realização do projeto como também sua aplicação, será utilizada a própria estrutura da Unidade.

## 7.7 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis

Gerência da Unidade de Saúde Carla Nogueira e Gerência da Atenção Primária em Saúde do Município de Maceió.

## 7.8 Recursos Necessários

Computador e software (office 365).

## 7.9 Resultados do Trabalho Interprofissional e Discussão

Espera-se desse convívio um resultado ampliado de compartilhamento de conhecimentos, tomadas de decisões assertivas, que pode resultar em uma atenção mais adequada afim de responder as necessidades das famílias no cuidado à saúde.

## 7.10 Cronograma de execução

Discriminação	Meses						
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Estudo de viabilidade e elaboração do plano	■	■					
Apresentação do projeto (formato e plataforma)		■	■				
Coleta de dados e disponibilização na plataforma			■	■			
Apresentação formal já com dados reais					■		
Implantação e supervisão continuada						■	■

## 7.11 Gestão, acompanhamento e avaliação

Todo o processo de elaboração, monitoramento, avaliação e compartilhamento dos dados será acompanhado por todos os envolvidos, uma vez que os resultados terão reflexo direto no fluxo da Unidade.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, torna-se relevante essa intervenção com a implantação de um novo modelo de agendamento por acreditar que poderemos ofertar um cuidado ampliado, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes por nós acompanhados, pois, através das ações programáticas como: acompanhamento das crianças menores de 02 anos (crescimento e desenvolvimento) com uma programação de 08 consultas no mínimo com a enfermagem (1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês); hipertensos e diabéticos terão suas consultas programadas após avaliação médica/enfermagem (definição de risco: RISCO 1 - consultas mensais, RISCO 2 - consultas trimestrais e RISCO 3 - a cada seis meses); as gestantes terão suas consultas alternadas médica/enfermeira, com o pré-natal iniciado no trimestre estas terão em média 12 consultas entre estes profissionais; a demanda espontânea terá um dia exclusivo onde serão ofertadas 18 vagas semanais.

Existe também uma programação para as visitas domiciliares, estas se realizam duas vezes semanais em um período, e mesmo durante o auge da pandemia estes não deixaram de ser acompanhados (a SMS nos disponibiliza o veículo para esta ação).

Desta forma teremos um acompanhamento efetivo evitando as complicações e internamentos mantendo o objetivo da atenção primária em saúde que é ser resolutive em torno de 80%. E manter os indicadores dentro do exigido pelo Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

Rêgo, Anderson da Silva and Radovanovic, Cremilde Aparecida Trindade Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018, v. 71, n. 3 [Accessed 9 September 2021], pp. 1030-1037. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>.

Vidal, Tiago Barra et al. Scheduling models and primary health care quality: a multilevel and cross-sectional study. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 53 [Acessado 20 Outubro 2021], 38. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>.

Giovanella, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, suppl 1 [Acessado 7 Setembro 2021], pp. 2543-2556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>. Epub 14 Jun 2021. ISSN 1678-4561.

Moreira, Diane Costa et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 12 [Acessado 9 Setembro 2021], e00031420. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>>. Epub 11 Jan 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>.

Gomes, Clarice Brito e Souza, Gutiérrez, Adriana Coser e Soranz, Daniel Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 13 Setembro 2021], pp. 1327-1338. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.

Ramos, Carlos Frank Viga et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018, v. 71, n. 3 [Acessado 13 Setembro 2021], pp. 1144-1151. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Melo, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 19 Outubro 2021] , pp. 38-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

Clemente, Mykaelly Pereira, Pinto, Antonio Germane Alves e Martins, Alissan Karine Lima Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. *Saúde em Debate* [online]. v. 45, n. 129 [Acessado 20 Outubro 2021] , pp. 315-326. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905> <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905I>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905>.

Postal, Lucas et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 6 [Acessado 25 Outubro 2021] , pp. 2023-2034. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>>. Epub 30 Jun 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.38072020>.

Melo, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 21 Outubro 2021] , pp. 38-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.