



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTOS NA UNIDADE DE  
SAÚDE JOSÉ ANTÔNIO DE MENEZES “MEROBA”, MUNICÍPIO DE  
LAGARTO/SE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**YAGO DE ALMEIDA FONSECA**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE JOSÉ  
ANTÔNIO DE MENEZES “MEROBA”, MUNICÍPIO DE LAGARTO/SE: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA

YAGO DE ALMEIDA FONSECA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: EDJANEIDE MARIA DA  
SILVA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela saúde que me fez conseguir aplicar a intervenção na comunidade. Agradeço também aos pacientes, que confiaram no nosso trabalho e nos ajudou, de forma ativa e dinâmica, a buscar as melhores soluções para cada problema encontrado. Para finalizar, não posso deixar de agradecer a minha equipe de saúde, em especial aos agentes comunitários de saúde; a vivência deles na comunidade foi imprescindível.

---

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	6
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
4 REFERÊNCIAS.....	11

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Lagarto, atualmente, conta com aproximadamente 104 mil habitantes, segundo o censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Está localizado na região centro-oeste do estado de Sergipe e é considerada a maior cidade do interior do estado, com uma área de 968,921 km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

O povoado Campo do Crioulo, local onde exerço atividade, fica a 16 km do centro da cidade e é o 2º povoado mais antigo do município. Possui uma Unidade Básica de Saúde onde são ofertados serviços de consulta médica, consulta odontológica, curativos, nebulização, vacinação e dispensação de medicamentos. A Equipe de Estratégia de saúde da família da área é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde, abrangendo um total de 2468 usuários.

A definição de saúde garantida pela legislação brasileira estabelece-se através do direito da cidadania assegurado pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e justo norteado pela inclusão social e solidariedade humana (ASSIS et al., 2003). Devido à grande extensão territorial do povoado onde atuo, decidi focar minha microintervenção em ações que pudessem facilitar o acesso ao serviço de saúde; muitos pacientes não possuem acompanhamento adequado por não possuírem capacidade de se deslocar até a unidade de saúde.

O foco da minha microintervenção foi em pacientes com doenças crônicas, idosos e pacientes de saúde mental, visto que esses possuem maior potencial de agudização de suas comorbidades se não houver um acompanhamento rotineiro. Além disso, foi importante criar estratégias de dispensação de medicamentos; é muito comum encontrar pacientes descompensados devido ao não acesso à farmácia disponível na unidade de saúde. Starfield (2004, p.19) afirma que todos os serviços de saúde possuem duas metas principais; a primeira delas é aperfeiçoar a saúde da população através da utilização dos conhecimentos adequados sobre as enfermidades e manejo das doenças, a segunda meta é diminuir as disparidades entre os subgrupos populacionais, para que nenhum determinado grupo esteja em desvantagem com relação ao acesso aos serviços de saúde.

Os objetivos desta microintervenção são, em um primeiro instante, facilitar o acesso por parte destes grupos vulneráveis aos serviços ofertados pela equipe de saúde; diminuir a incidência de agudizações das doenças crônicas existentes na área e, a médio e longo prazo, criar fluxogramas de ações para que, quando outros pacientes vulneráveis cheguem na área, possamos acompanhá-lo mais de perto.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

No Brasil, apesar da saúde ser direito de todos e dever do estado, segundo a constituição, percebemos que ainda existe uma grande disparidade entre determinadas áreas de saúde, seja devido às diferenças geográficas e territoriais, ou seja devido às diferenças socioeconômicas. Entretanto, independente do motivo, o profissional de saúde envolvido na comunidade deve atuar não somente cuidando da saúde de sua população, mas também como um membro da comunidade que dará auxílio, utilizando os meios disponíveis naquele local, seguindo os princípios da universalidade e da equidade, onde todos terão acesso aos serviços de saúde, respeitando as necessidades de cada um (ASSIS et al., 2003).

Devido ao grande problema enfrentado na equipe de saúde para marcações de consultas, agendamentos e atendimento às demandas espontâneas, decidimos realizar a microintervenção com foco neste quesito.

A princípio, os atendimentos da área, que abrange dezenas de povoados e assentamentos, aconteciam basicamente através da demanda imediata; os pacientes compareciam no ponto de apoio em ordem de chegada, marcavam seus lugares, e o atendimento acontecia normalmente. Muitos pacientes, por vezes crônicos, não conseguiam ser atendidos porque as vagas acabavam e, pacientes que poderiam ser atendidos em uma outra oportunidade, acabavam tomando seu lugar.

Antes mesmo de ser uma microintervenção, este problema na área já incomodava bastante. A quantidade de reclamações recebidas dos usuários era muito grande e, logo de início, sentimos necessidade em fazer algo para que pudesse mudar esta realidade. Além das reclamações, outro fato que nos fez pensar nesta microintervenção foi perceber que cada vez mais estavam aumentando os casos de pacientes crônicos agudizados por mau acompanhamento. Vários deles faziam uso correto dos medicamentos, possuíam hábitos de vidas saudáveis, mas descompensavam pelo motivo citado.

Esta microintervenção teve como objetivos: facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados; aumentar o nível de satisfação da comunidade quanto à promoção de saúde naquele local e gerar um fluxo de atendimentos compatível nos povoados distantes, utilizando os meios disponíveis na comunidade.

Este estudo consiste em um relato de microintervenção, realizado em uma Unidade Básica de Saúde rural, onde foram envolvidos todos os profissionais atuantes naquele momento na equipe de saúde (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e a gestão municipal. A ação foi iniciada no segundo semestre de 2019 e finalizada em Abril de 2020, abrangendo toda a comunidade do território.

O início da microintervenção consistiu em conhecer a realidade das outras áreas, de outras equipes de saúde, que tivessem as mesmas características (área rural, com assentamentos muito distantes e com população de baixa renda). Existem aproximadamente mais 3 áreas onde

tais características se enquadram. Nestas áreas, apesar da dificuldade de também manter uma agenda, há uma maior organização quanto ao controle e quanto à distribuição de vagas aos necessitados.

Através de uma reunião realizada no dia 07 de Agosto de 2019, com a presença de 8 médicos, responsáveis por áreas urbanas e rurais no município de Lagarto, além dos enfermeiros e da gestão municipal, criamos pequenos grupos que eram divididos da seguinte forma: áreas rurais, áreas semi-rurais e área urbana. Cada grupo discutiu entre si a forma como trabalhavam, além de dificuldades e aprendizagens com suas metodologias de trabalho. Após aproximadamente 30 minutos de discussões, fizemos um grupo maior para podermos compartilhar os resultados.

Durante os debates, foi percebido que as áreas que abrangiam populações urbanas possuíam uma facilidade muito maior de organização da agenda. Os usuários tinham um acesso muito mais facilitado à Unidade Básica de Saúde e, assim, os reagendamentos de consultas aconteciam de forma mais simplificada. Essas equipes de saúde possuíam uma agenda fixa (por exemplo: na segunda-feira era pré-natal, na terça-feira era hiperdia, quarta-feira era dia de puericultura e saúde mental e na quinta-feira eram as visitas domiciliares). Os agendamentos eram feitos obedecendo essa organização, deixando um número de duas a três vagas para atendimentos de urgência e outras cinco para demanda espontânea. Os usuários que chegassem à UBS eram acolhidos pela enfermagem, tinham suas necessidades ouvidas e, após isto, era encaixado em um desses dias ou como demanda imediata. Todos envolvidos na reunião viram que essa maneira de organização conseguia suprir boa parte das necessidades da comunidade.

Tirando como base os relatos dos colegas, tentamos elaborar uma agenda semelhante. De antemão já sabíamos que não seria possível fazer da mesma forma, pois nossa agenda de cada mês é elaborada na última semana do mês anterior, em reunião com os agentes comunitários de saúde e obedecendo as necessidades de cada povoado. Portanto, não seria possível, por exemplo, engessar dias exatos de consultas nos povoados com grande antecedência. Além disso, muitos povoados dependem de transporte comunitário (por exemplo: o ônibus que leva a população para a feira na cidade) para chegarem até a unidade de saúde. Diante de tal situação, nestes casos, deixamos os dias de atendimento destes povoados para coincidir com o dia em que há o ônibus da feira.

Junto com os agentes comunitários de saúde, na semana seguinte à reunião com os gestores, foi marcado um encontro com todos os profissionais atuantes da área, onde criamos uma “cronograma-base” para organização dos atendimentos, que funciona da seguinte forma: segunda-feira é dia de atendimento pré-natal; deixamos as fichas livres para as gestantes e as consultas acontecem na sede do povoado. As gestantes que não tiverem como se deslocar até a sede, o carro do município vai até a casa dela para trazê-la. Na terça-feira e na quarta-feira,

atendemos nos povoados. Distribuimos todas as terças-feiras e quartas-feiras do mês de modo a cobrir todos os povoados da minha área. Vamos até os pontos de apoio nestes locais e atendemos demanda-livre, saúde mental, hipertensão e puericultura. Como os povoados são pequenos, conseguimos distribuir com certa facilidade as vagas disponíveis devido à baixa demanda; à tarde, realizamos as visitas domiciliares. Nas quintas-feiras, ficamos na sede para atender a população do seu entorno (agendados e demanda livre), assim como a população dos povoados que não conseguiu ter atendimento, visto que nesse dia existe o ônibus que leva até a feira e, assim, conseguem pegar carona até a unidade de saúde. Esta agenda foi organizada de maneira que pudéssemos associar o dia do atendimento com o meio de transporte disponível na comunidade naquele dia. Essa foi a forma que encontramos para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Após estas mudanças baseadas nas reuniões com outras equipes de saúde e com a gestão do município, foi percebida uma maior satisfação dos usuários quanto à facilidade em ter acesso as consultas médicas e de enfermagem, além de uma redução considerável no tempo de espera para a consulta, pois também iniciamos o acolhimento diário; muitos usuários tinham necessidades que conseguiam ser resolvidas pela enfermeira, em tempo mais rápido, e com a mesma eficiência. O acolhimento diário consiste em ouvir a necessidade de todo usuário que for até a UBS, independente do motivo. Após ouvida sua necessidade, fazemos a classificação; caso seja algo que necessite de intervenção imediata, ele é encaixado nas consultas do dia; caso seja algo que possa esperar um pouco mais, deixamos agendada sua consulta, com dia e horário estabelecidos. Com isso, conseguimos atender as necessidades da grande maioria dos usuários e diminuir o tempo de espera para resolução do seu problema que o levou a procurar a unidade de saúde, pois muitas vezes a enfermeira, profissional responsável pelo acolhimento, consegue suprir as necessidades do usuário naquele momento. Percebemos que o número de pacientes com quadros de agudizações dos problemas de saúde crônicos diminuiu muito (por exemplo, urgências hipertensivas), pois houve um melhor acompanhamento dos usuários e acompanhamento de suas comorbidades.

Os agentes comunitários de saúde foram fundamentais nessa organização. Eles nos auxiliaram na organização das agendas de modo a facilitar para todos os povoados (por exemplo, sugerindo o dia do ônibus da feira). Além disso, foram fundamentais para explicar aos usuários a necessidade da mudança pois, como em qualquer mudança, o início foi um pouco conturbado e questionado pelos usuários; mas, com o passar dos dias, passou a ser motivo de muita felicidade entre todos da comunidade. Além, disso, a gestão do município também aprovou tal mudança, visto que era um problema enfrentado há muito tempo pela comunidade.

A ação foi mantida sem necessidade de alterações ou ajustes. Permanecemos utilizando o ônibus da feira da comunidade até hoje, nos mesmos dias, sempre com as mesmas



comunidades. Para as próximas ações, planejamos encaixar o dentista neste fluxo de atendimentos. Como o profissional entrou na equipe há um mês e meio, ele não participou desta microintervenção; entretanto, já foi feita uma reunião com ele, que gostou da ideia e se dispôs a colaborar com a equipe.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Souza (2008), existem 3 limites que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde. o primeiro limite é a baixa capacidade de integração entre as equipes de atenção básica e à programação das unidades básicas; o segundo encontra-se na desintegração entre as equipes de atenção básica, o que dificulta o acesso por parte dos cidadãos; O terceiro limite é verificado na baixa capacidade das equipes da atenção básica/PSF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade.

Durante a microintervenção, vários ajustes foram necessários para adequar a equipe de saúde às dificuldades de cada comunidade. A grande quantidade de povoados, bem como a grande extensão territorial que nossa ESF abrange dificultaram um pouco a aplicação da microintervenção. Ao todo, foi necessário ajustar o modo de agendamento de consultas em 70% dos povoados. Os mais necessitados foram os povoados mais distantes.

Outra grande dificuldade foi a resistência dos usuários às mudanças. Mesmo sendo uma organização que trouxesse bons resultados, era a que eles estavam acostumados a vivenciar e, ao se depararem com uma mudança, muitos pacientes não confiaram na nossa microintervenção. Entretanto, com o decorrer dos dias e com os ajustes necessários, a população foi percebendo que tais mudanças foram muito benéficas e facilitaram bastante o acesso dos pacientes à unidade de saúde devido à nova organização da agenda.

Infelizmente, durante a microintervenção, tivemos um problema devido à pandemia do coronavírus. Os ônibus que iam para a feira deixaram de rodar e, com isso, muito pacientes não tiveram mais acesso aos transportes que os levavam ao posto de saúde. Uma alternativa escolhida para tentar amenizar esse contratempo foi aumentar o número de visitas domiciliares utilizando o carro da prefeitura. Pacientes que não possuíam necessidade de visita domiciliar por conseguir se deslocar até a unidade de saúde, mas que necessitavam de acompanhamento periódico devido às comorbidades, passaram a receber visitas periódicas da equipe de saúde. Felizmente, tal contratempo não durou muito e logo os ônibus voltaram a circular na comunidade.

Outro aspecto importante a ser citado que ajudou muito na finalização do projeto foi a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Por serem moradores da comunidade e por passarem por todos os problemas de deslocamento que os pacientes passam, esses profissionais foram fundamentais para mostrar com maior exatidão onde estava cada solução para cada problema encontrado. Eles nos auxiliaram bastante na comunicação com a comunidade, sendo nossos olhos e nossos ouvidos diversas vezes, quando não podíamos estar presentes durante o contato com a população.

A garantia do acesso universal aos serviços de saúde é constitucional, é fruto da luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais

dos direitos de cidadania (JESUS; ASSIS, 2010). A microintervenção foi muito importante para a melhoria do atendimento na unidade de saúde. Mesmo tendo uma boa estrutura na sede, com bons recursos, a equipe sempre ficava incomodada com a dificuldade da população de ter acesso ao serviço. Foi muito gratificante perceber o sentimento de alegria na população e encontrar, por diversas vezes, unidade que antes eram vazias agora com muitos pacientes aguardando atendimento após organização da agenda.

#### 4. REFERÊNCIAS

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cien Saude Colet** 2003; p. 816

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004; p.19.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 2, p. 153-158, Apr. 2008.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010.