



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 PROCESSO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS NA
UBS ÁLVARO CORRÊA EM MACAPÁ-AP.

GILBERTO TAVARES DOS SANTOS JUNIOR

NATAL/RN
2020

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS NA UBS
ÁLVARO CORRÊA EM MACAPÁ-AP.

GILBERTO TAVARES DOS SANTOS JUNIOR

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: DHYANINE MORAIS DE LIMA

NATAL/RN
2020

A Deus pela saúde e permitir concluir esta especialização.
A equipe de saúde ESF 084 pelo acolhimento as ideias novas implantadas.
À orientadora Dhyanine Morais pelo suporte, paciência e atenção ao decorrer desta
especialização.
Enfim, agradeço aos pacientes pela recepção as medidas de melhoramento de nosso serviço
saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. RELATO DA MICROINTERVENÇÃO.....	06
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	09
4. REFERÊNCIAS.....	10
5. APÊNDICE.....	11

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde, UBS, Dr. Álvaro Corrêa pertence ao município de Macapá, capital do Estado do Amapá, região norte do Brasil. A cidade de Macapá, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do último censo de 2010, possui aproximadamente 845 mil pessoas. A UBS Dr Álvaro Corrêa está localizada na zona norte da cidade, no bairro São Lázaro, região periférica e que interliga os demais bairros desta zona (IBGE, 2020).

Esta UBS assiste a população residente em quatro bairros, sendo eles Renascer I, Renascer II, Pantanal e o próprio São Lázaro. O Renascer II é o território que está vinculado a equipe de saúde da família ESF 084. Anteriormente, esta região fora invasão, sendo hoje regularizada. Em sua maioria, as residências são precárias, havendo uma população com grande vulnerabilidade social. A equipe é composta por 12 Agentes de Saúde Comunitário (ACS), 5 Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeiro e 1 Médico. A Unidade em questão conta com 4 equipes da estratégia saúde da família, odontólogos, um médico pediatra e uma médica ginecologista, 2 psicólogos, e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Há uma demanda grande e crescente que não está acompanhada de uma organização funcional do serviço, causando transtornos aos usuários e funcionários. Assim foram selecionadas as seguintes áreas para intervenção: Acolhimento à demanda espontânea e programada; Atenção à saúde da criança e Atenção à saúde mental. Estas três áreas para atuação possuem grande procura no serviço, além de possuir um déficit de atendimento e acompanhamento.

No tocante ao agendamento e demanda espontânea observa-se um déficit organizacional, não havendo critérios para agendamento de consultas, sendo na verdade o único critério a fila para a marcação. Dessa forma muitos pacientes que necessitam de acompanhamento mais próximo e aqueles que estão em investigação de alguma patologia grave acabavam ter que contar com a “sorte”. Outra consequência é a formação de filas para marcação, causando tumultos e risco de violência para os pacientes.

Utiliza-se o pré-natal também como ferramenta para explicar às gestantes a importância das consultas de puericultura da criança no processo de crescimento e desenvolvimento infantil, e como resultado há o acompanhamento assíduo destes até 1 ano de idade. Entretanto, fora observado que crianças acima de 2 anos de idade possuem baixa frequência na UBS e quando surgem apresentam calendário vacinal atrasado, ausência de registro das curvas de crescimento e de suplementação vitamínica. Esta assistência precária acarreta transtornos ao desenvolvimento infantil, além de causar escassez de dados para formação do perfil sociodemográfico e de fomentação de políticas locais.

Fora percebido ainda que muitos pacientes apresentavam comprometimento da saúde mental, não havendo o devido diagnóstico e seguimento. Soma-se a isso o relato de alguns

ACS de que domiciliados apresentavam alteração comportamental e emocional, não querendo ir à consulta médica por resistência.

Como objetivo deste trabalho, visamos a formação de critérios para agendamento de consultas, onde terão prioridade aqueles em seguimento de quadro moderado a grave, gestantes, pacientes usuários de drogas psicotrópicas com transtorno mental ainda não estabilizado.

Quanto a demanda espontânea, pretendemos orientar os profissionais técnicos sobre quais casos se encaixam, a exemplo das crianças em quadro agudo de diarreia e respiratório, além de trabalhadores que possuem dificuldade devido atividade laboral.

Visa-se ainda a capacitação dos ACS quanto a interpretação da caderneta da criança afim de identificar atraso vacinal e a ausência de registro das curvas de crescimento. Além disso, organizar consultas de retorno dos pacientes com transtorno mental e capacitar os ACS também sobre sinais e sintomas de alteração do humor para que possam identificar e encaminhar ao atendimento na unidade, uma vez que estes profissionais são o principal elo entre o sistema de saúde e a comunidade.

Este trabalho de conclusão de curso se apresentará como relato descritivo de ações de intervenção em temas citados acima. Havendo a explanação dos objetivos propostos, seguido pela descrição da metodologia realizada e dos resultados alcançados. Além disso contará com as modificações no emprego das microintervensões devido a pandemia por COVID-19 que acomete o país.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surge no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma forma de organizar a atenção primária, sendo que esta funciona como porta acesso a saúde integral pelo SUS (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Mas para isto, o processo de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada são essenciais para que haja organização e fluxo correto do usuário pelos serviços de saúde. Maciko e Mendonça (2018) relatam em sua pesquisa que a partir de 2013 tem-se observado um aumento do acesso ao SUS, entretanto quando analisado os motivos de não conseguirem consulta, destaca-se dificuldade para agendar e/ou longo período de espera para ser atendido.

O processo de agendamento de consulta necessita de organização para que, principalmente, os usuários com demandas urgentes e aqueles em seguimento assíduo de determinado tratamento não apresentem interrupção do acompanhamento. A realização da microintervenção neste quesito torna-se crucial para melhorar o acesso à saúde.

Diante do exposto, objetiva-se elencar critérios para marcação de consulta, orientar os funcionários que realizam o agendamento quanto a estes critérios, discutir com os pacientes sobre importância de seguir o agendamento, orientar quanto à triagem para a demanda espontânea.

A equipe de saúde da família 084 pertence à Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr Álvaro Corrêa, sendo composta por 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco técnicos de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Sua assistência é ofertada ao bairro Renascer II, na zona norte da capital, composta por 12 microáreas e com grande vulnerabilidade social. A marcação de consulta é realizada semanalmente pelos técnicos de enfermagem com supervisão da enfermeira, sendo disponibilizadas vagas para a semana seguinte. O critério para marcação utilizado é a presença do usuário no local e hora do agendamento, sexta-feira pela manhã, assim há falhas, principalmente no retorno imediato de pacientes.

No dia 14 de janeiro de 2020, fora realizado uma palestra (apêndice A) com os responsáveis pelo agendamento de consultas. Nessa ocasião elencamos alguns critérios de prioridade como pacientes diabéticos e hipertensos com doença não controlada, paciente em investigação de doença debilitante ou grave, usuários de droga psicotrópicas cujo transtorno mental segue sem estabilização e pacientes com alta após internação hospitalar.

Além disso, foi discutido sobre a possibilidade de aperfeiçoar a triagem para a demanda espontânea, onde após o acolhimento do serviço de enfermagem haverá prioridade para casos agudo de febre, quadro diarreico, além de pacientes com quadro respiratório moderado e asmáticos em crise, trabalhadores cujo horário de atividade laboral os impedem de uma consulta programada, 1º consulta de puerpério. Todos os pacientes que após a consulta de enfermagem e médica apresentarem prioridade para consulta de retorno receberão um informativo assinado, no qual será fixado no cartão de consultas, devendo ser apresentado no

ato de agendamento.

Na manhã do dia 17 de janeiro de 2020, ocorreu o primeiro agendamento após as orientações discutidas, nesta ocasião os pacientes foram informados sobre os critérios de marcação. No dia 24 de janeiro, surgiram os primeiros pacientes que necessitavam de prioridade de retorno precoce, estes foram agendados para períodos mais curtos. Observou-se melhora parcial quanto a triagem da demanda espontânea, pacientes graves foram devidamente encaminhados para o serviço de emergência.

Participaram da palestra três técnicos de enfermagem e a enfermeira, pois os demais técnicos de enfermagem encontravam-se de férias. Observou-se entusiasmo quanto a explanação dos critérios, assim como receio de como explicariam para os pacientes a modificação da marcação de consulta. Alguns pacientes sentiram-se prejudicados durante o agendamento, assim fora explicado a todos que estavam presentes a importância da modificação, trazendo benefícios não apenas ao serviço, mas para o próprio usuário que terá sua causa médica solucionado com maior rapidez.

No decorrer da implantação, acrescentou-se o agendamento prévio para pré-natal, a partir de agora todas as gestantes terão suas consultas marcadas após o término dos atendimentos, devendo avisar a equipe sobre imprevistos e remarcação, além disso os pacientes que necessitam de retorno imediato farão parte da demanda espontânea do dia, já que necessitam de resolução de sua causa.

Observa-se resistência, principalmente por parte dos pacientes quanto a modificação da marcação, para tal demanda será utilizada o acesso dos ACS a comunidade, onde estes ao realizarem visita domiciliar irão informar sobre a mudança no agendamento de consultas. Os casos de doença debilitante e grave serão remanejados para o atendimento domiciliar.

Ao final, percebemos que é necessário avaliação constante e inserção de novos critérios, quando surgirem, para aperfeiçoar esta modificação. Almeja-se ainda que as demais equipes de saúde da família da UBS adotem processo semelhante, mostrando aos usuários que certa preocupação para que todos tenham acesso adequado aos serviços de saúde.

Modificação da microintervenção

Com a expansão da pandemia causada pelo COVID-19, e o surgimento de casos no município de Macapá, fora decretado pela prefeitura deste município a proibição de aglomerações e modificações quanto a forma de atendimento na atenção primária, dando início ao isolamento. A partir de então, consultas e atendimentos domiciliares passaram a ser restringidos.

As duas últimas microintervensões consistiriam com a participação massiva dos ACS, pois uma seria capacitação sobre calendário vacinal: identificação do atraso vacinal, desmistificando mitos da vacinação. A outra intervenção abordaria saúde mental que além de capacitar os ACS sobre sinais e sintomas relacionados a depressão e transtornos de ansiedade,

também teria como objetivo o acompanhamento assíduo de pacientes em uso de psicotrópicos.

Ambas intervenções são de extrema importância para a área de cobertura, entretanto devido a pandemia, tornou-se inviável a realização neste momento. Assim, seguimos modificando o atendimento em nossa equipe.

No primeiro momento após o decreto de isolamento, algumas UBS tornaram-se centros de diagnóstico e acompanhamentos de pacientes infectados ou suspeitos por corona vírus. Já as demais unidades de saúde realizavam atendimento de pacientes sintomáticos leves com posterior encaminhamento aos centros. Outras realizavam atendimentos exclusivos de pré-natal ou de doenças crônicas.

A UBS Álvaro Corrêa manteve atendimento para casos de sintomáticos respiratório leve. A ESF 084 seguiu as recomendações, além disso adotamos como iniciativa a prescrição de medicações dos pacientes hipertensos, diabéticos, usuários de psicotrópicos e anticonvulsivantes.

As prescrições foram anexadas aos prontuários dos pacientes, e informado aos ACS para que comunicassem os usuários através do whatsapp, uma vez que muitos deles participam de grupos com os moradores. Assim, os pacientes informavam a necessidade do medicamento e agendava a ida a unidade para buscar. Esta atitude fora tomada visando a não descompensação dos pacientes portadores de doenças crônicas, assim como para evitar que aqueles que são do grupo de risco se expusessem.

A Covid-19 (Coronavirus Disease 2019) é causada pelo vírus SARS-CoV-2, este pode se apresentar de inúmeras formas, partindo de formas assintomáticas, síndrome gripal até formas graves, havendo necessita de suporte ventilatório avançado, podendo evoluir a óbito. Idosos, portadores de cardiopatias, pneumopatias graves, diabetes mellitus estão entre aqueles em que a infecção tem feito maior número de óbitos (BRASIL, 2020).

Foi realizado pequeno treinamento sobre a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) aos técnicos de enfermagem por minha iniciativa, onde fora explanado sobre como deve ocorrer a colocação e a retirada destes equipamentos.

Os atendimentos tornaram-se, em sua maioria, de demanda espontânea, onde pacientes com sintomas leves eram avaliados e liberados com medicações sintomáticas. Os pacientes que buscaram atendimento em nossa equipe foram informados que a cada 48h deveriam comunicar o ACS sobre seu estado e a procurar os centros de atendimento especializado caso houvesse piora do quadro. Infelizmente, poucos foram os que retornavam com feedback sobre seu estado.

As principais dificuldades enfrentadas estão relacionadas aos funcionários a adotarem as novas formas de agendamento, a inserção de usuários pertencentes a outras equipes de saúde, ausência de sala de acolhimento para a enfermeira da equipe, necessidade de outras equipes adotarem processo semelhante.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os eixos estudados ao decorrer da especialização apresentam grande importância para a questão saúde pública, partindo desde o processo de agendamento de consulta, acolhimento e passando pelo acompanhamento a longo prazo dos usuários.

Ao me deparar com a forma que havia de agendamento nesta equipe, observei falhas que tornavam o agendamento um obstáculo para a inserção do paciente ao sistema de saúde. Isso decorre por ser mais prático aos profissionais agendar todas as consultas em apenas um dia, sem haver qualquer critério.

Porém distancia o usuário, gera inúmeras consequências como descompensação de doenças, onera o paciente que procurará atendimento particular e utiliza de forma inadequada o investimento público. Por isso esta foi a primeira medida quanto microintervenção, tentar organizar a forma de agendamento e a demanda espontânea.

Além disso, capacitação contínua é uma ferramenta útil para o aperfeiçoamento dos profissionais, assim fora iniciado a microintervenção. Apesar de bem aceita, observa-se uma limitação quanto ao novo, principalmente para aqueles que há muito tempo já possuem sua forma de atuação. Então, desconstruir essa ideia é um processo árduo e contínuo. A população assistida também questiona sobre a validade das novas medidas, para tal situação a equipe de saúde precisa estar preparada para responder seus anseios.

Organizar o agendamento traz benefícios a curto prazo, principalmente aos profissionais que assistem os usuários, pois terá, a priori, a assiduidade dos que realmente precisam de atendimento. Em longo prazo permitirá o fluxo mais dinâmico da relação entre o usuário e a equipe.

Exportar essa organização às demais equipes tem sido o novo objetivo, pois são profissionais com dinâmicas diferentes, mas que se observa obstáculos semelhantes quanto ao agendamento de consultas. Para ultrapassar esta resistência, será necessário o reconhecimento pela equipe de uma nova maneira de acolher o paciente, suporte da direção da unidade, assim como demonstrar os resultados observados na primeira equipe. Periodicamente deve-se reavaliar a esta ferramenta, a fim que possa aperfeiçoar as novas demandas.

Como relatado anteriormente, o plano inicial contava com mais duas microintervensões sobre saúde da criança e saúde mental. Estas não foram realizadas devido a pandemia da Covid-19. Entretanto, são estratégias que serão retomadas com a flexibilidade do agendamento e retorno de atendimento domiciliar, visto que são de extrema importância para a comunidade assistida.

4. REFERÊNCIAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Macapá . Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama> > Acesso em 01 de julho de 2020.

ARANTES, Luciano J; SHIMIZU, Helena E; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018.

BRASIL. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid19) na atenção primária à saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. 2020.

5. APÊNDICE

APÊNDICE A



