

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE/UFJF)

Laís Andrade Nunes

**ARTICULAÇÃO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA SAÚDE
DA FAMÍLIA:** uma proposta de reorganização do processo de trabalho das equipes
de Saúde da Família

JUIZ DE FORA
2024

Laís Andrade Nunes

**ARTICULAÇÃO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA
SAÚDE DA FAMÍLIA:** uma proposta de reorganização do processo de trabalho
das equipes de Saúde da Família

Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos
Coorientador: Dr. Mário Círio Nogueira

JUIZ DE FORA

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Andrade Nunes, Laís .

ARTICULAÇÃO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA : uma proposta de reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família / Laís Andrade Nunes. -- 2024.

96 f. : il.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Mário Círio Nogueira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Saúde da Família. 2. Acolhimento. 3. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. I. Márcia Saraiva Campos, Estela , orient. II. Círio Nogueira, Mário, coorient. III. Título.

Laís Andrade Nunes

Articulação entre demanda espontânea e programada na Saúde da Família: uma proposta de reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 28 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. **Mário Círio Nogueira** - Coorientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a **Silvia Lanziotti Azevedo da Silva**
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a **Luiza Helena de Oliveira Cazola**
Instituto Nacional de Câncer - INCA

Juiz de Fora, 30/10/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 28/11/2024, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 28/11/2024, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA, Usuário Externo**, em 04/12/2024, às 19:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2069803** e o código CRC **CB7AA43D**.

Aos meus avós: Geralda (in memoriam) e Vicente, que sob o sol e com leitura e escrita silabada ajudaram a pavimentar o meu caminho, com mais conforto, na sombra. A minha mãe, Lúcia, minha pedagoga, obrigada por me ensinar a ler, escrever, pensar e questionar. Por ser base de tudo que sou, por chorar nas minhas conquistas e sempre me estimular a buscar mais. Na nossa casa nunca faltou lápis, borracha, caneta, caderno e livro. Na nossa casa nunca faltou amor.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos docentes do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora pelos ensinamentos, debates, discussões, provocações ao pensamento crítico e a melhoria da minha atuação dentro do SUS. Terminei esse mestrado sendo uma enfermeira melhor, com mais conhecimento, capacidade e vontade de contribuir para melhorias na saúde pública, muito obrigada.

À minha orientadora, Dra. Estela Márcia Saraiva Campos, que transformou uma inquietação sobre os processos de trabalho em uma pesquisa pela qual tenho muito orgulho e me identifico. Que sorte a minha: ser guiada ao longo dessa caminhada por alguém com tanto conhecimento em saúde coletiva e que com muita gentileza e paciência facilitou meu crescimento profissional, acadêmico e pessoal.

Ao professor Dr. Mário Círio Nogueira, meu coorientador, pelas orientações que levaram esta pesquisa a compreender o acesso avançado, valorizar a demanda espontânea e a resolutividade dentro da atenção primária e principalmente por todo auxílio na conclusão deste trabalho, suas contribuições enriqueceram esta pesquisa.

À minha mãe, Lúcia, por estar presente em cada momento da minha vida. Lembro-me de como você chorou quando ganhei a bolsa do PROUNI para a graduação em Enfermagem dizendo “essa é a certeza de que você terá um curso superior”. De como, após formar suas três filhas, você se formou na Universidade Aberta do Brasil – UFOP e foi a minha vez de ter orgulho ao assistir você se tornar pedagoga. Por fim, recordo-me da emoção em contar sobre a aprovação na seleção deste programa de mestrado, algo que até então era apenas um sonho distante. Nossa história é a prova de que políticas públicas de educação funcionam, de que as pessoas com seus saberes e potencialidades estão por aí, espalhadas pelo Brasil e esperando apenas uma oportunidade.

As minhas irmãs Paula e Amanda e aos meus sobrinhos Arthur e Lucas, por todo o amor, pela paciência e compreensão nos dias em que me fiz ausente durante essa caminhada.

À Raniely, por apoiar cada passo que dou, por embarcar em cada uma das minhas ideias, dar suporte aos meus sonhos, por se orgulhar das minhas

conquistas. Pelas noites em que fiquei desperta escrevendo este trabalho, por transformar a nossa casa em um porto seguro. Minha vida é indiscutivelmente mais leve e feliz ao seu lado.

À Daiana, obrigada por acreditar em mim, por compartilhar comigo parte da vida e de sonhos profissionais. Ainda bem que um dia dividimos as dores e as alegrias da saúde da família, sem você essa jornada não teria começado.

Agradeço à Ana Cláudia, por ser exemplo, apoio e amizade segura que me leva a coisas cada vez maiores. Em uma jornada repleta de incertezas você forneceu respostas, em cada momento de cansaço você foi incentivo. Me alegro pela realização dos seus sonhos e tenho os meus impulsionados pela sua amizade.

À Nathana, por tantas histórias vividas, pelo encorajamento acadêmico, fomento, por ajudar a construir meu caminho no mundo da pesquisa. Quando meu coração se enchia de questionamentos suas palavras me guiavam, obrigada.

À Rebecca, por sempre estar disposta a me ajudar e orientar nos dias de exaustão, prazos acabando e ansiedade, a medicina se torna uma arte mais bonita quando praticada por você.

Aos colegas de trabalho da atenção primária de São Francisco do Glória, ao lado de vocês eu me tornei enfermeira, amadureci e me transformei. Um abraço especial à Priscila, Juliana Bárbara e Juliana Carolina, obrigada por estarem ao meu lado, por acreditarem. À Nídia, Ana e Crislaine, vocês foram minha família, alento nos dias mais difíceis, enxugaram minhas lágrimas e me fizeram ter forças para buscar algo maior. Eu não tenho palavras suficientes para agradecer a vocês...

Às colegas da primeira turma exclusivamente feminina do PROFSAÚDE da UFJF: Marília, Elizete, Thaís, Raquel, Márcia, Giulianna e Fabíola, obrigada por cada troca de saber, por nossa união, pelos sonhos em comum. Obrigada!

Por fim, agradeço a cada um que trabalha na saúde pública, aos que utilizam e defendem o SUS. Merecemos uma saúde coletiva cada vez mais estruturada e resolutiva, a atenção primária é o caminho para uma saúde com equidade. O SUS é meu, seu e de toda nossa gente, que possamos lutar pela sua melhoria!

"Tan cerca de mis sueños, me alejo más del suelo, hoy... ¡Y empiezo a recordar quién soy!"

Lo Que Ves No Es Lo Que Soy – Dulce María

O SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas.
(Mendes, 2013)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve priorizar o acolhimento e a resolução das demandas, visando garantir acesso equitativo e integral aos serviços de saúde. Esta pesquisa explora os diferentes tipos de demandas de saúde, classificadas em espontânea, programada e reprimida e tem o objetivo de analisar o perfil da demanda dos usuários que procuram a rede de Unidades de Saúde da Família de um município de pequeno porte de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa, realizado em São Francisco do Glória – Minas Gerais. Os dados foram obtidos através dos relatórios de produção individual de médicos e enfermeiros que atuaram no período de 2018 até 2022, gerados pelo e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Os dados foram coletados entre 02/2024 - 05/2024 e analisados por métodos estatísticos descritivos. No total foram analisadas 32.368 consultas médicas e 12.198 consultas de enfermagem realizadas nas ESF Azul, Branca e Laranja, que apresentaram maior demanda no período da manhã (consultas médicas) e tarde (consultas de enfermagem), usuárias do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 59 anos, atendidas como consulta no dia e conduta mais registrada alta. O CID mais prevalente foi Z000 - Exame Geral E Investigação De Pessoas Sem Queixas Ou Diagnóstico Relatado (25,2%) e o CIAP A98 - Medicina Preventiva/Manutenção Da Saúde (15,6%). É necessário que a APS equilibre a demanda espontânea e programada. A implementação de uma "semana padrão" visa organizar a agenda de atendimentos e conhecer o perfil da demanda proporciona um olhar voltado as necessidades da população, colocando o usuário no centro do cuidado e otimizando recursos para melhorar a assistência e a satisfação dos usuários e dos profissionais. É necessário que os processos de trabalho dentro da APS busquem acolhimento eficaz, resolutividade, prevenção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Acolhimento; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) should prioritize welcoming and addressing these demands, aiming to ensure equitable and comprehensive access to health services. This research explores the different types of health demands, classified as spontaneous, scheduled, and suppressed, and aims to analyze the demand profile of users seeking care at the Family Health Units in a small municipality in Minas Gerais. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, conducted in São Francisco do Glória, Minas Gerais. The data was obtained from individual production reports of doctors and nurses who worked between 2018 and 2022, generated by the e-SUS AB Citizen Electronic Medical Record (PEC). Data collection took place from 02/2024 to 05/2024, and the data were analyzed using descriptive statistical methods. A total of 32,368 medical consultations and 12,198 nursing consultations were analyzed from the Blue, White, and Orange ESF units, which showed the highest demand in the morning (medical consultations) and afternoon (nursing consultations). The majority of users were female, aged between 40 and 59 years, and the most common procedure was same-day consultation, with discharge as the most recorded outcome. The most prevalent ICD code was Z000 - General Examination and Investigation of People Without Reported Complaints or Diagnosis (25.2%), and the most frequent CIAP code was A98 - Preventive Medicine/Health Maintenance (15.6%). It is necessary for PHC to balance spontaneous and scheduled demands. The implementation of a "standard week" aims to organize appointment schedules, and understanding the demand profile provides insights into the population's needs, placing the user at the center of care and optimizing resources to improve both the care provided and user and professional satisfaction. It is essential for work processes within PHC to focus on effective welcoming, resolution, prevention, and health promotion.

Keywords: Family Health; User Embrace; Health Services Needs and Demand

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de consulta do PEC	40
Quadro 2 - Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS.....	61
Quadro 3 - Proposta de semana padrão de atendimento médico e enfermeiro na ESF AZUL	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das Unidades de Estratégia de Saúde da Família do Município de São Francisco do Glória.....	37
Tabela 2: Produção de Consultas Médicas e de Enfermagem na APS - São Francisco do Glória – MG - 2018 a 2022	44
Tabela 3: Consultas médicas e consultas de enfermagem por turno – APS de São Francisco do Glória – 2018 – 2022	45
Tabela 4: Consultas Médicas e Consultas de Enfermagem por sexo – APS - Município de São Francisco do Glória – 2018 – 2022.....	46
Tabela 5: Comparação das consultas médicas por faixa etária/sexo entre as Unidades da Estratégia de Saúde da Família – APS - Município de São Francisco do Glória – MG - 2018 – 2022	47
Tabela 6: Consultas de enfermagem por faixa etária/sexo entre as Unidades da Estratégia de Saúde da Família – APS - Município de – APS de São Francisco do Glória – 2018 – 2022	47
Tabela 7: Distribuição da variável por tipo de atendimento Médico e de Enfermagem - APS – Município de São Francisco do Glória – MG - 2018 - 2022	48
Tabela 8: Distribuição da variável Conduta em relação das Consultas Médicas e de Enfermagem na APS – município de São Francisco do Glória – 2018 - 2022	49
Tabela 9: Somatório dos 10 CIDs mais registrados nas consultas médicas da APS do município de São Francisco do Glória – MG, 2018 – 2022	50
Tabela 10: Somatório dos 10 CIAPs mais registrados nas consultas de enfermagem da APS do município de São Francisco do Glória – MG, 2018 – 2022	50
Tabela 11: Carga Horária Semanal/proposta de divisão entre as atividades da APS	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência relativa de Consulta Médicas e de Enfermagem - APS – Município São Francisco do Glória – MG – 2018 a 2022	45
--	----

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Mapa de São Francisco do Glória – Minas Gerais	37
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Acesso Avançado
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DE	Demanda Espontânea
DP	Demanda Programada
DR	Demanda Reprimida
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS	Estratégia e-SUS Atenção Primária
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de
PEC	Prontuário Eletrônico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 O SUS ORGANIZADO NO CONCEITO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO	20
3.2 REGIONALIZAÇÃO.....	25
3.3 ACESSO E ACESSIBILIDADE.....	26
3.4 ACESSO AVANÇADO.....	28
3.5 ACOLHIMENTO	29
3.6 DEMANDA ESPÔNTANEA X DEMANDA PROGRAMADA	31
4 JUSTIFICATIVA	34
5 METODOLOGIA	37
5.1 TIPO DE ESTUDO	37
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	37
5.3 LOCAL DO ESTUDO.....	37
5.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS.....	39
5.5 COLETA DE DADOS.....	39
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6 RESULTADOS	43
7 DISCUSSÃO	51
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	79
ANEXO A - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - MÉDICO – PEC – E-SUS AB	80
ANEXO B - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - ENFERMEIRO – PEC – E-SUS AB	85
ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA	89
ANEXO D - APROVAÇÃO NO CEP DA UFJF	90

1 INTRODUÇÃO

Fruto de um amplo debate e de movimentos da sociedade civil brasileira, as ações de políticas públicas visam à democratização da esfera pública de decisão, para a geração de garantias constitucionais que legitimem os direitos sociais da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge com princípios universalizantes, democráticos e participativos, onde a efetiva implementação de suas diretrizes seja capaz de criar uma ampla possibilidade de mudança na relação de serviços e práticas de saúde, redirecionando as ações e investimentos para a ampliação da vigilância em saúde e da cidadania brasileira (Brasil, 2004).

No Brasil, a reorganização do sistema com ênfase no cuidado primário, com foco no primeiro contato, hierarquização dos níveis de atenção e regionalização se iniciam quando o país decide adotar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo para substituir a rede tradicional de saúde (Portela, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a Atenção Primária à Saúde (APS) precisa ser o contato preferencial dos usuários à Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, ordenando e coordenando o cuidado à saúde no SUS. A APS, orientada pela Estratégia de Saúde da Família tem como princípios norteadores a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2017).

Dessa forma, a garantia do acesso, enquanto possibilidade do usuário de entrar no serviço de saúde, na busca pela solução de seus problemas, está relacionada com a localização geográfica, a disponibilidade de horário e dia de atendimento da unidade de saúde (Starfield, 2002), assim como a necessidade do serviço em se ajustar entre as características dos recursos de saúde e as necessidades da população na busca e obtenção de assistência à saúde (Feket, 1997). Essas são condições primárias para que a APS garanta seus outros atributos, como, por exemplo, a longitudinalidade e continuidade do cuidado e vínculo.

Soares e Junqueira (2022), destaca que as implementações das Equipes de Saúde da Família ampliaram o acesso dos usuários aos serviços de saúde, sendo o acesso a principal condição para que a APS consiga funcionar de acordo com seus atributos fundamentais. Dentro do acolhimento, quando existe sucesso no agendamento de usuários aliado ao atendimento à demanda espontânea, existe uma

maior satisfação de usuários e profissionais, melhorando todo o contexto de trabalho da equipe.

É sabido que a ESF orienta a organização das unidades de APS para as necessidades do território e da população adscrita, tendo a família como núcleo de abordagem do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção de saúde. Com o foco principal em transformar as relações em saúde, rompendo o tradicional modelo tecnicista e médico centrado, gerando uma inversão de valores a partir da criação de vínculos e responsabilidades, o usuário cadastrado na equipe de saúde da família ganha papel de protagonista em seu próprio cuidado: sendo articulador e transformador do processo de trabalho (Pinto; Giovanella, 2018).

É preciso então compreender que a expansão da APS não ocorreu de forma igualitária em todo território brasileiro e apesar da massiva presença nos municípios, gerou-se diferentes modelos de APS. Tal situação acabou diversificando o cuidado devido à estrutura utilizada e dos resultados alcançados em cada localidade. Ainda é necessário defender os aspectos constitutivos da APS, no que diz respeito a organização de base comunitária e territorial bem como a assistência dentro de equipes de saúde multiprofissionais (Barros; Aquino; Souza, 2022).

Apesar dessa característica, podemos inferir que, quando inserida em municípios do interior e de pequeno porte, a APS passa a ser referência em toda a assistência de saúde, pois além de ter em sua criação a prerrogativa de ordenar e coordenar o cuidado, sendo a porta de entrada do usuário na RAS, nesses locais, ela se constitui como o único serviço de saúde geograficamente próximo da população, o que gera uma alta busca por atendimentos de forma espontânea, o que muitas vezes acaba por dificultar a oferta de serviços programados.

Predominava entre os médicos uma agenda voltada para atendimento em demanda espontânea, sobretudo naqueles residentes no interior dos municípios. Poucos priorizavam marcação de consultas na UBS para grupos prioritários. Argumentava-se necessidade de organizar atendimentos em demanda espontânea se orientando pelas possibilidades de acesso. [...] Dificuldades de deslocamento, pelo tempo de percurso, desgaste no transporte e custos financeiros dos usuários, determinavam agenda mais aberta. Uma organização maleável para atendimentos era requerida por acúmulo de demandas que impedia seguir rotina programada de consultas (Franco; Giovanella; Bousquat, P. 828, 2023).

O Brasil apresenta diferenças na oferta de serviços de saúde, historicamente, eles se concentram nos locais considerados como grandes centros econômicos e

populacionais. Nos últimos 20 anos, com a expansão dos serviços da APS, ocorreu a ampliação da oferta de cuidado (Fausto *et al.*, 2014). Porém, localidades fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional ainda enfrentam desafios para a organização e disponibilização de serviços de saúde. Dessa forma, garantir o acesso se transforma em um dos principais problemas na oferta de cuidados para essa população, além do mais, a concentração de especialistas em grandes centros urbanos reforça uma maior dependência das populações em relação à APS, que acabam por assumir um amplo escopo de práticas mesmo sem adequada formação e infraestrutura (Almeida *et al.*, 2021).

O Brasil enfrenta o constante desafio na inserção de serviços em áreas rurais e áreas remotas, considerando que a universalidade e equidade são princípios que regem o SUS. É necessário que os serviços estejam presentes nestes espaços, com condições estruturais para responder as necessidades de saúde dos usuários e que estes locais estejam interligados aos diversos sistemas e recursos do SUS (Fausto *et al.*, 2020)

As demandas dos serviços de saúde são caracterizadas em três tipos, sendo demanda espontânea, programada e reprimida. A demanda espontânea (DE) é aquela em que o indivíduo comparece a unidade de saúde de forma inesperada, seja por problemas agudos ou por um motivo considerado por ele como necessidade de saúde. A demanda programada (DP) é definida como aquela em que são realizados agendamentos prévios de serviços da carteira de saúde; ela visa reorganizar o acesso e direcionar demandas da população adscrita em sintonia com a promoção à saúde e prevenção de agravos promovendo a longitudinalidade do cuidado. A demanda reprimida (DR) é constituída por usuários que foram desassistidos em alguma situação, o que pode favorecer o aumento da judicialização da saúde. Essas modalidades de demanda são e devem ser acolhidas e resolvidas, em sua maioria, pela unidade de APS (Brasil, 2013).

Dentro da Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento surge como um modo de operar ética e politicamente os processos de trabalho em saúde, em todos os momentos de execução dos serviços, visando gerar escuta qualificada e uma postura cidadã e humanizada a todo usuário que busca o serviço de saúde. A partir do acolhimento e considerando a APS enquanto ordenadora do fluxo dos usuários, a ESF é capaz de realizar uma escuta qualificada, classificação de risco, avaliar as necessidades de saúde e vulnerabilidades dos usuários, visando uma assistência

resolutiva a DE e o primeiro atendimento a urgências (Melo *et al.*, 2022).

O acolhimento envolve diferentes arranjos e processos de trabalho de difícil execução, pois propõe trabalhar a DR, ampliando o acesso e concretizando a missão da APS dentro do SUS, de ser a principal “porta de entrada” do usuário aos serviços em saúde (Moura *et al.*, 2022).

Apenas uma política clara e adaptada às necessidades de cada população poderá garantir a oferta pública de serviços de saúde. É sob tal enfoque que a APS é capaz de reverter esse quadro, considerando que a APS é a principal e por vezes a única forma de acesso aos cuidados de saúde dentro desses territórios (Bousquat, 2022).

Importante identificar as principais necessidades da população assistida, para que seja possível a APS se reorganizar, dentro do objetivo de responder as demandas de cada usuário, das famílias e da comunidade, seguindo seus princípios ordenativos, dentro da universalidade, integralidade e equidade, garantindo então o acesso da população às ações e serviços de saúde em tempo adequado e equânime. A relação entre oferta e demanda em saúde, deve ser visualizada de forma ampla e consistente, visando diminuir as desigualdades no acesso aos serviços e gerando melhorias nas condições de saúde da população adscrita naquele território (Chávez, 2020).

Considerando as diferentes realidades da ESF em um país amplo e distinto como o Brasil, esta pesquisa surge de uma inquietação relacionada a processos de trabalho relativos a oferta de serviços e acolhimento dos usuários. Ela surge diante do exacerbado atendimento de demanda espontânea exigido dos profissionais, uma vez que a eSF é o único ponto da rede de saúde geograficamente próximo da população em municípios de pequeno porte, afastando a atuação dos profissionais dos pilares de prevenção de agravos e promoção da saúde, além de prejudicar a continuidade do cuidado à usuários portadores de doenças crônicas. A pesquisa foi desenvolvida no município de São Francisco do Glória – Minas Gerais, onde a pesquisadora atuou como enfermeira de saúde da família nos anos de 2016 até 2024.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil da demanda dos usuários que procura a rede instalada de Unidades de Saúde da Família de um município de pequeno porte de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar o perfil da demanda da população adscrita em relação aos atendimentos individuais (médicos e enfermeiros);

b) Identificar os CIDs 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e CIAPs 2 - Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) mais prevalentes nas produções de médicos e enfermeiros;

c) Analisar os CIDs 10 e CIAPs 2 prevalentes nas produções de médicos e enfermeiros;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SUS ORGANIZADO NO CONCEITO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO

O SUS organizou seus processos em dois grandes ciclos políticos de tempo, onde em um primeiro momento entre 1988 e 2000, ocorreu a descentralização para os entes subnacionais de governo, fornecendo o protagonismo do cuidado e acompanhamento em saúde para a esfera municipal e posteriormente, entre 2000 e até os dias atuais, com o processo de construção de Regiões de Saúde, com vista a efetivação da diretriz de regionalização, através da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tal premissa vem se constituindo em um dos principais propósitos de organização da assistência no âmbito do SUS. Assim, a organização dos sistemas de saúde regionalizados e operados através de redes de serviços, organizados por níveis hierárquicos de complexidade da assistência, possibilita o desenvolvimento de sistemas integrados de saúde, com as redes existindo sob uma nova lógica de gestão dos serviços de saúde, facilitando a integração com o território (Viana *et al.*, 2018).

No âmbito do SUS, a organização da RAS surge como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde com vistas a consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Possibilita aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência (Brasil, 2011).

A RAS no âmbito do SUS é definida pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2010) e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: define a RAS como uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2011).

Durante sua construção, inúmeras normativas tem visado a descentralização, a municipalização, a regionalização, a gestão interfederativa e a participação da sociedade, transformando a estrutura do Estado na administração pública do país nas políticas de saúde pública (Tofani *et al.*, 2021).

A implantação da RAS fomenta resultados positivos, relacionados à redução

da fragmentação da atenção, melhoria da eficiência do sistema, otimização de infraestrutura e serviços, melhor resposta as necessidades e expectativas dos usuários, melhoria dos custos dos serviços de saúde, redução das hospitalizações e tempo de internação hospitalar. Possibilita ainda o melhor gerenciamento dos serviços com diminuição de hiperutilizadores de exames, aumento de produtividade, melhoria da qualidade de atenção e equilíbrio na oferta de atenção geral e especializada, facilitação do uso dos diferentes níveis de atenção no cuidado das pessoas e por fim o aumento da satisfação e do autocuidado dos usuários da rede (Nakata *et al.*, 2020).

Mendes (2010) cita três elementos fundamentais na constituição das RAS: estrutura operacional, população e modelos de atenção à saúde. Refere que sistemas logísticos são componentes primordiais para a organização da rede, através de soluções tecnológicas que utilizem as tecnologias de informação, gerando uma organização dos processos de fluxo e contrafluxos de informações, produtos e pessoas das redes. Através da tecnologia é possível basear os processos de trabalho em um sistema efetivo na referência e contrarreferência dos usuários, com informações acessíveis ao longo de diferentes pontos de atenção à saúde. Nessa lógica, os principais instrumentos de logística utilizados nas redes de atenção à saúde são: o cartão dos usuários, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Analisando os sistemas de atenção à saúde, visualizamos sistemas por vezes fragmentados e voltados para a atenção às condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Os sistemas fragmentados, ao se organizarem de forma isolada e sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção, gera um cuidado sem responsabilização e gestão baseada na população. Nessa perspectiva a APS não se comunica de forma fluída com a atenção secundária e ambos não se comunicam com a atenção terciária ou com os sistemas de apoio, gerando uma APS sem coordenação e orientação do cuidado (Mendes, 2010).

O termo "Atenção Primária à Saúde" (APS) é utilizado de forma comum com um entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada no sistema através de unidades básicas de saúde, com o cuidado em saúde desenvolvido por atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Entende-se que essas unidades são de forma majoritária, o primeiro contato dos usuários com o sistema e que através do cuidado oferecido e das ações desenvolvidas exista resolução de grande parte das demandas (Lavras, 2011).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, se constituindo na porta de entrada preferencial para sistemas de saúde organizados a partir de suas ações. Neste nível de atenção são realizadas ações que incluem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. No cenário mundial, a APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade dos serviços, contribuindo para reduzir as iniquidades em saúde (Carrer *et al.*, 2016).

Starfield (2001) define que a APS é o nível de atenção à saúde que melhor abrange as necessidades e problemas da população. Através de quatro atributos essenciais: acesso do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção, a APS desenvolve suas ações e fornece serviços de cuidado para seus usuários. A APS brasileira segue o modelo da autora para sua operacionalização, que além dos atributos essenciais define três atributos derivados para o serviço: a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

A história da APS brasileira começa com as primeiras experiências em medicina comunitária, datadas na década de 70, influenciada pela reforma sanitária e contando com suporte das universidades brasileiras. O início da década 80 foi marcado pela redemocratização do país, onde surgiram propostas de Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até o ano de 1988 que instituiu o SUS através da nova Constituição brasileira. Surgem então várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, porém, apenas na década de 90 a APS começa a se desenvolver de forma mais uniforme e com normas e financiamento do governo federal. Após o sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1994, foi proposto o Programa de Saúde da Família (PSF), modelo assistencial nacional que rapidamente foi adotado e entendido como uma estratégia de reformulação do antigo modelo assistencial (Lavras, 2011).

Ocorre então um movimento cada vez mais forte de descentralização do sistema público de saúde, com os municípios brasileiros se responsabilizando pela atenção à saúde de sua população, gerando uma transformação institucional, gerencial, política e financeira. Para organizar a base do sistema de saúde, o PSF passou a ser considerado como estruturante, definido como “Estratégia de Saúde da Família” (ESF). Em 2006, através da portaria nº GM/648, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), um marco histórico para a

expansão e consolidação da ESF como modelo norteador da saúde pública brasileira (Pinto; Giovanella, 2018).

Dentro do funcionamento da RAS a APS possui funções primordiais, o Ministério da Saúde, Brasil (2013) determina que a ESF seja a base da rede, sendo a modalidade de atenção e de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade, inserindo o cuidado integral. Deve ser resolutiva, identificando riscos, demandas e necessidades dos usuários, utilizar e articular diversas tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de clínica ampliada e construindo vínculos positivos e efetivos, coordenando o cuidado ao elaborar, acompanhar e gerir os projetos terapêuticos.

Portanto, podemos destacar que a resolutividade na APS deve ser entendida como a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelos seus atributos de acesso; longitudinalidade; integralidade e coordenação (Bulgareli *et al.*, 2014).

Oliveira e Pereira (2013) destacam que no SUS, a organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF, favoreceu ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Dessa forma, realiza sua atenção por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, orientando as ações no reconhecimento das necessidades da população adscrita, compreendidas a partir da formação de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato contínuo com o território. Propõe que a família seja o foco da atenção à saúde, compreendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, levando os profissionais da atenção primária a entrar em contato com as condições de vida e saúde, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Viacava *et al.* (2012) ao estudarem modelos de análise para a avaliação por desempenho de sistemas de saúde consideram a efetividade como o grau em que determinada intervenção ou tecnologia traz benefícios aos indivíduos de uma população. Assim, consideram que a efetividade na APS se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas.

A APS, como ponto de atenção é imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde enfrenta muitos desafios no desempenho de seu papel organizador do sistema e coordenador do cuidado em saúde. A carência em infraestrutura

adequada nas unidades, baixa densidade tecnológica, a falta de profissionais na gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento se apresentam como os principais entraves para o melhor funcionamento da APS (Oliveira; Pereira, 2013).

Apesar disso, existem evidências de um tensionamento entre as práticas de cuidado centradas na ampliação da clínica e das tecnologias leves verso as práticas reducionistas centradas no modelo biomédico e nas tecnologias duras (Chávez, 2020).

Aliar boa prática clínica, compromisso com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, amplo acesso aos serviços, cuidado multiprofissional interdisciplinar, vinculação aos territórios, participação da comunidade e incidência sobre determinantes sociais são desafios que sempre estiveram presentes na efetivação de um novo modelo assistencial no SUS, na perspectiva da saúde como direito universal (Giovanella; Franco; Almeida, 2020, P. 1479).

A APS precisa assumir seu protagonismo como ordenadora do cuidado no SUS. Para isso, medidas como a reorganização dos fluxos de usuários nos serviços precisam ser tomadas. As melhorias nas estruturas físicas estão no horizonte, mas levam um tempo maior para serem implementadas. Em geral é preciso centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde e ampliar o financiamento do SUS. O sucesso e o futuro do SUS dependem disso (Sarti *et al.*, 2020).

Apesar do discurso de mudança de atenção em saúde em municípios distintos com a implantação da ESF, um efetivo trabalho em equipe que reconhece a integralidade no atendimento das necessidades da população, as desigualdades do processo saúde e doença, ainda não foram superadas. Parece que as propostas de uma rede de atenção à saúde hierarquizada e complementar, entre o público e privado; o atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais, prestado por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela, com a coparticipação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; a inclusão e o acesso à atenção as práticas de integralidade não têm sido desenvolvidas de forma satisfatório no setor saúde (Santos; Penna, 2013, P. 150).

3.2 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização, a partir de uma visão político-administrativa, populacional e geopolítica, é determinada como a divisão de um espaço territorial em áreas fracionadas, mediante parâmetros e critérios demográficos. Cada região pode apresentar particularidades, embora mantenham correlações com o espaço territorial que totalizam seu local. Essas divisões buscam facilitar a ordenação e organização de sistemas e ações, gerando eficiência, eficácia e efetividade. Na área da saúde, a regionalização surge como elemento central na estruturação dos serviços de saúde, em conjunto com o conceito de descentralização (Fernandes, 2017).

O serviço da APS e seus processos de trabalho precisam ser pensados a partir da descentralização e da capilaridade local, orientada pelos atributos essenciais e derivados, levando a constante troca entre profissionais e usuários adscritos.

A regionalização perpassa pela institucionalização da rede de serviços nos diversos territórios, a participação pública e envolvimento da sociedade civil, visando a formalização de responsabilidades, envolvendo os diversos agentes que compõe o sistema de saúde no território, a regulação dos serviços e fomentando a autonomia dos governos locais (Shimizu *et al.*, 2021).

Enquanto diretriz do SUS, a Regionalização surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social (Fernandes, 2017, p. 1312).

Apesar das particularidades do SUS, a regionalização da saúde brasileira segue o curso de processos estabelecidos em diferentes países, no que se refere a necessidade de administração das ações e serviços, em especial nos quesitos de governança, planejamento, capacitação e treinamento de mão de obra, construção de redes e no enfrentamento a demandas de catástrofes, incluindo o serviço de urgência/emergência e o acesso à saúde. A regionalização permite o uso mais eficiente dos recursos (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

Os municípios são responsáveis pelo Plano Municipal de Saúde e a execução dos serviços prestados em seu âmbito; os estados e o Distrito Federal coordenam as ações de apoio aos municípios e por fim a federação conduz a Política Nacional de

Saúde. Como consequência do processo de descentralização dos serviços, os municípios passam a ser responsáveis pela atenção básica (Paschoalotto, 2018).

Os 5.572 municípios brasileiros não são capazes de acolher e atender todas as demandas de saúde em todos os níveis de atenção. Nesse âmbito, para melhor gestão dos recursos e alocação de unidades de níveis secundários e terciários em pontos estratégicos, as ações e serviços em saúde passam a ser planejados e executados de forma regionalizada, organizando o SUS (Carvalho, 2013).

Coordenar o cuidado enquanto APS e eSF passa necessariamente por definir fluxos de acesso e acolhimento aos usuários, compreendendo sua demanda territorial e atuando de maneira resolutiva e eficaz.

3.3 ACESSO E ACESSIBILIDADE

Considerando as repercussões do contexto social e histórico na saúde da população brasileira, o SUS é instrumento para garantir o acesso à saúde, através de seus fatores determinantes e condicionantes, garantindo aos indivíduos e a coletividade reais condições de bem-estar geral (físico, mental e social). Nessa conjuntura a APS se apresenta como base das práticas em saúde, ganhando complexidade e capacidade de considerar aspectos sociais do processo saúde-doença (Pitombeira; Oliveira, 2020).

O sistema de saúde descentralizado permite maior acesso dos usuários ao sistema, sendo capaz de operacionalizar a categoria acesso, passando a abranger inúmeros planos de produção dos serviços, associando todas as instâncias dos serviços (central/local; população/usuários). A categoria de acesso então conta com dimensões que envolvem fatores bem distintos, incluindo a participação popular e o controle social, o funcionamento do princípio de equidade, a oferta de serviços que refletem as reais necessidades da população e suas estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia do usuário (Hortale; Pedroza; Rosa, 2000).

As diferentes abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado embasado na literatura, propondo que o acesso represente o "grau de ajuste" entre os serviços de saúde e a comunidade; "acesso é a liberdade de usar serviços de saúde" e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (Assis; Jesus, 2012, P. 2868).

Starfield (2002) divide o acesso de primeiro contato em acessibilidade e

utilização. Considerando que o acesso de primeiro contato é determinado pela capacidade do usuário acessar o serviço de saúde e então utilizá-lo, com continuidade do cuidado sempre que ocorrer um novo episódio ou outro problema. A acessibilidade é estrutural na atenção, e o indivíduo ao buscar o serviço, deve encontrar uma oferta de cuidado acessível no horário de funcionamento, localização e ainda na possibilidade de consultas programadas ou agendadas. Enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços em saúde para a população adscrita e na capacidade de alcançá-los, o acesso enquanto utilização requer a não restrição à entrada nos serviços de saúde, mais do que apenas sua liberdade ou facilidade em buscar o serviço. Os serviços de saúde apresentam vários graus de acessibilidade e acesso e é na APS que encontramos a principal porta de entrada dos pacientes ao SUS.

A ESF através de sua capilaridade, permite identificar situações de risco e vulnerabilidade, tendo papel estratégico no cuidado aos usuários adscritos. Estando presente em locais mais afastados, pobres e com pior infraestrutura, facilitando o acesso da população, melhorando índices de saúde (Tesser, 2018).

O verdadeiro grau de acessibilidade aos serviços e cuidados em saúde, dependem de fatores relacionados à distância em que as pessoas percorrem, o tempo do trajeto percorrido e ainda ao seu custo (Abel-Smith; Leiserson, 1978).

O acesso deve ser considerado em todas as suas dimensões, Unglert (1990) prioriza a percepção de acesso/acessibilidade geográfica e sua relação com o tempo e a facilidade ou dificuldade de deslocamento para ingresso na unidade de serviço de saúde x residência do usuário dentro do território, ao mesmo tempo em que reconhece o acesso em uma dimensão técnica, diretamente relacionada com os fatores de organização de serviços e cuidados ofertados e ainda em uma dimensão econômica que reflete nos custos envolvidos no deslocamento em busca de atendimento e na obtenção de recursos diagnósticos e terapêuticos para seu cuidado em saúde.

O acesso à saúde ainda é considerado um desafio dentro da realidade da APS no Brasil, seja pela quantidade excessiva de pessoas vinculadas a uma única equipe de saúde da família ou ainda pela centralidade no cuidado do profissional médico. O sistema de agendamento das unidades também pode gerar dificuldade no acesso ao usuário, pela demora na marcação dos serviços (Soares; Junqueira, 2022).

As equipes da APS ainda não oferecem acesso fácil aos seus usuários adscritos e nem dispõem de tecnologias organizacionais consolidadas para tal, apenas utilizam uma diretriz genérica sobre acolhimento (Tesser; Norman, 2014).

3.4 ACESSO AVANÇADO

O acesso avançado (AA) surge como uma estratégia para ampliar o acesso e melhorar os processos de trabalho dentro da APS, baseando-se nas formulações de Mark Murray e Catherine Tantau, que descrevem três tipos de sistemas de agendamento: o modelo tradicional (*supersaturated*) centrado no serviço, o *carve-out* (primeira geração de sistemas com acesso aberto) e o *advanced access* (segunda geração de sistemas com acesso aberto), o mais centrado no usuário (Stelet *et al.*, 2022).

O AA é um método de organização do agendamento para as equipes de saúde, descrito pela primeira vez por Murray e Tantau (2000). Nele, os pacientes buscam e recebem os cuidados em saúde, através do profissional de referência, em tempo oportuno, geralmente no mesmo dia. A regra de ouro do AA é “Faça hoje o trabalho de hoje!”. O AA busca abordar todo o trabalho da equipe, de forma desfragmentada e sem dividir a agenda de forma reservada a grupos predominantes como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda aberta e seus respectivos horários são preenchidos diariamente conforme a demanda da unidade, mesclando eventos agudos, crônicos, demandas administrativas, preventivas e coordenação do cuidado (Pires *et al.*, 2019).

Dentro do agendamento por AA, não existe distinção entre demanda programada e demanda espontânea. Os usuários que buscam o serviço, são atendidos no mesmo dia, independente do motivo da consulta. O AA não considera a lógica da equidade, uma vez que as consultas são marcadas independentemente do motivo, mas o acolhimento, ferramenta da APS e de humanização do SUS, é necessário para que as consultas sejam organizadas, definindo prioridades, classificações e complexidades. O AA oferece horizontalidade das ações em saúde, priorizando o atendimento em até 48 horas e com flexibilidade para agendamento posterior se assim o usuário preferir (Soares; Junqueira, 2022).

O modelo de agendamento ofertado pelo AA tem sido reconhecido como a forma de agendamento mais efetiva (Bodenheimer *et al.*, 2014), por gerar confiança dos usuários, proporcionar a flexibilidade da assistência e a continuidade do cuidado, reduzindo o absenteísmo. Para sua implementação, é necessário medir a demanda e a capacidade do serviço, modelar e adequar a relação entre oferta e demanda,

diminuir a fila de espera e ter planos para contingências (Knight; Lembke, 2013).

Logo, operacionalizar o acesso de maneira que o torne verdadeiramente resolutivo, significa compreender e colocar as necessidades da população adscrita como fator de referência para o planejamento dos serviços e ações ofertadas pelas equipes de saúde, para a formulação de estratégias como a modificação dos horários de atendimento e a variação das formas de agendamento. O sucesso das estratégias perpassa pelos processos de acolhimento e agendamento (Valdes; Souza, 2024).

3.5 ACOLHIMENTO

De acordo com o Dicionário Aurélio, Holanda Ferreira *et al.* (2004), o significado da palavra “demanda” vem do ato de buscar, dirigir-se para.

Com a demanda do usuário, surge a proposta de acolhimento. A Política Nacional de Humanização (PNH) determina o acolhimento enquanto uma alternativa para reorganizar e harmonizar as relações entre usuários adscritos e eSF. O acolhimento surge então, como uma diretriz da PNH dentro da atenção e gestão do SUS. Sugere a aplicação dos princípios do SUS e confia na harmonia entre trabalhadores, usuários e gestores, unidos para a produção e gestão do cuidado e dos processos de saúde a ele relacionados. São diretrizes da PNH: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2013).

Reigada (2017) insere o acolhimento dentro da ESF como forma de trabalhar a escuta qualificada e o direcionamento das ações de saúde, visando à reestruturação do modelo de assistência atual (baseado na queixa e focado na doença). Logo, o acolhimento é capaz de permitir a construção de um relacionamento entre população e eSF, focado em confiança e comprometimento, fortalecendo as ações da APS e dando legitimidade aos seus processos de trabalho (Marques-Ferreira; Barreira-Penques; Sanches-Marin, 2014).

O acolhimento humanizado depende uma escuta sensível que vise a aproximação e vinculação de equipe e usuário, considerando os aspectos multidimensionais do indivíduo e da comunidade, bem como sua experiência e conhecimento prévio (Pelisoli *et al.*, 2014).

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova

atitude de mudança no fazer em saúde e implica: - protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; - uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; - mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode, também, garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população; - uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; - construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (Brasil, 2004, P. 19).

O acolhimento mistura elementos que visam facilitar o acesso e envolve ainda um resgate ético que melhora a relação profissional-usuário. Possui então natureza transversal, que liga todas as atividades relacionadas ao cuidado em saúde, abrangendo a proposta de interesse pelo outro, ofertando cuidado humano, empático e respeitoso para o usuário (Tesser; Norman, 2014).

As eSF enfrentam dificuldades em realizar com qualidade a escuta para o acolhimento eficaz, pois a mesma exige atenção e disponibilidade. A demanda volumosa unida à falta de capacitação e despreparo dos trabalhadores das eSF, unidas ao persistente domínio da lógica médica centrada na prática dos profissionais e na expectativa da sociedade (Brasil, 2013), prejudicam as ações da eSF e nutre os trabalhadores com uma constante sensação de pouca resolutividade, eSF que não conseguem desenvolver atividades e alcançar de forma efetiva a proposta principal da ESF: a promoção à saúde (Costa; Cambiriba, 2010).

Destaque deve ser dado à necessidade de reorganização do fluxo de usuários no cotidiano das unidades de Saúde da Família (USF). É sabido que a base do atendimento no modelo clássico de saúde é a demanda espontânea (Duncan *et al.*, 2006), a qual consiste da presença do paciente na unidade de saúde de forma inesperada, seja por motivo agudo ou que o próprio paciente julgue necessidade de saúde (Brasil, 2010). No entanto, é sabido, que a APS prioriza o atendimento por ações de promoção da saúde, de modo a superar os problemas prevalentes do processo saúde doença dos indivíduos e das coletividades. Nesta perspectiva, a reorganização do fluxo de atendimento do usuário deve buscar o equilíbrio entre demanda espontânea e demanda programada, atendimentos realizados a partir do agendamento prévio pautado em ações preventivas, na concepção de Friedrich e

Pierantoni (2006).

Diante do exposto, é essencial para a operacionalidade dos serviços da APS/eSF promover fácil acesso aos usuários demandantes, através de ações preventivas e promocionais realizadas de forma criteriosa, sem existir competição entre as ações preventivas/promocionais com o cuidado ofertado ao adoecimento (Norman; Tesser, 2015).

3.6 DEMANDA ESPÔNTANEA X DEMANDA PROGRAMADA

Demanda Espontânea (DE) pode ser definida como qualquer atendimento não programado, podendo ser uma informação, agendamento de consultas, urgência ou emergência. Em sua maioria são atendimentos a usuários com doenças agudas ou agudizadas. Já a Demanda Programada (DP) é definida pelo agendamento de consultas médicas ou de enfermagem para manutenção à saúde e acompanhamento de usuários de doenças crônicas (hipertensos, asmáticos, diabéticos, entre outras) e da população mais vulnerável (crianças, idosos e gestantes) (Inojosa, 2005).

Nas unidades de saúde orientadas pela ESF, o atendimento a DE ocorre muitas vezes de maneira rotineira e prioritária, em uma lógica baseada nas necessidades individuais dos usuários que buscam consultas médicas, encaminhamentos e distribuição de medicamentos. As procuras dos usuários aos serviços de saúde expressam, prioritariamente, o desejo dos usuários em encontrar resoluções para suas queixas de adoecimento, manifestando assim de forma espontânea suas demandas aos serviços de saúde (Santos; Penna, 2013). Nas unidades da ESF tal movimento ainda prevalece, ocasionando uma relativa desorganização no atendimento imediato, fazendo com que as equipes utilizem mecanismos tradicionais, como, por exemplo, a definição de horários específicos para responder à DE (Chávez *et al.*, 2020).

A melhoria da qualidade do cuidado à saúde perpassa pelo aumento relativo da atenção programada. É necessário conter a excessiva oferta de cuidado à demanda espontânea decorrente de condições crônicas agudizadas. A potencialização da DP, com oferta de atendimento e acompanhamento dos usuários adscritos, atuando no controle dos fatores de risco, pode contribuir para a melhoria do cuidado em saúde. Alguns sistemas de atenção à saúde mais maduros já consideram as agudizações das condições crônicas como eventos sentinela que demonstram

falhas sistêmicas que precisam ser identificadas e superadas (Mendes, 2012).

Pode ser alcançado pela potencialização da DP, no controle dos fatores de risco, acompanhamentos dos usuários, etc

A mudança no modelo de oferta da carteira de serviços pode aumentar o acesso a APS. Um agendamento efetivo é capaz de melhorar o ambiente de trabalho, a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a satisfação dos profissionais da equipe, gerando acesso oportuno e melhorando a experiência geral do usuário (Vidal *et al.*, 2019).

As demandas por serviço de saúde são resultado de diferentes fatores sociais, individuais e culturais referentes à população. Ela é uma mistura de direitos, necessidades e desejos, capazes de assumir conotações distintas de acordo com o processo em que está inserida. Existe hoje um desequilíbrio entre demanda e oferta nos diversos níveis de complexidade da RAS. A ampliação da APS contribuiu para melhoria do acesso geográfico, mas gerou uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda: mantendo-se o modelo clássico de assistências a doenças em suas demandas espontânea, consentânea a uma limitação da assistência integral (Assis; Jesus, 2012).

O dimensionamento entre as DE e a DP tem sido um problema enfrentado pelas equipes de ESF. Sendo uma grande dificuldade do processo de trabalho: a necessidade de organizar o atendimento aos grupos prioritários de maior risco e vulnerabilidade, através de consultas programadas, sem negligenciar a busca pela demanda espontânea na APS e o atendimento às urgências. Entre os fatores que aumentam a DE destaca-se os de origem estrutural: unidades de saúde distantes dos demais serviços da RAS e equipes de Saúde da Família que atendem a um contingente populacional acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. Existem ainda os de natureza cultural: historicamente ligados a práticas e paradigmas de saúde (Clemente; Pinto; Martins, 2021).

A DE exacerbada interfere diretamente no funcionamento da ESF, em um contexto onde as equipes de saúde da família não empregam ações preventivas e focam seu cotidiano em realizar intervenções curativas e de caráter imediato. Essa inversão de práticas gera o aumento de patologias preveníveis e agudização das condições crônicas, reforçando o binômio saúde-doença e enfraquecendo as práticas assistenciais baseadas na prevenção e promoção de saúde (Rocha, 2016).

A APS possui então uma função-filtro, enquanto ordenadora do cuidado,

necessária para atingir a efetividade, equidade e racionalidade do cuidado ofertado. A ESF por sua vez possui essa dupla natureza: cuidado clínico e a promoção da saúde/prevenção de doenças (Norman; Tesser, 2015).

A discussão sobre prevenção/promoção e cuidado nos processos de trabalho e organizacionais dos serviços de saúde possui ampla literatura, porém, não é possível dizer o mesmo sobre sua operacionalização, em especial no que diz respeito ao equilíbrio entre as rotinas assistenciais da APS/ESF, existindo uma escassez de diretrizes operacionais clara para a ordenação do trabalho das equipes de saúde da família (Tesser; Norman, 2014).

Gérvas, Starfield e Heath (2008) relata sobre a dificuldade em encontrar um equilíbrio entre prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento do adoecer. Esse é então o desafio cotidiano para os profissionais e serviços da APS/eSF.

4 JUSTIFICATIVA

A APS organizada pela lógica da Saúde da Família prevê que a demanda dos usuários seja estruturada na articulação entre demanda espontânea (DE) e demanda programada (DP), além do dispositivo do acolhimento para melhor qualificar as demandas.

Mendes (2012) defende que o trabalho na ESF deve almejar o equilíbrio entre o acolhimento da DE e da DP, para garantir o acesso, organizar os processos de trabalho e gerar um padrão assistencial dentro da carteira de serviços oferecida aos usuários adscritos.

A DE implica a avaliação da demanda no momento que o usuário adscrito procura a unidade, sendo atendido pelo membro da equipe mais adequado para sua demanda, em tempo condizente com sua condição clínica. A DP são as demandas que podem ser agendadas de forma eletiva, sem urgência. (Gusso; Lopes, 2019).

Mendes (2012) destaca que existe a hegemonia de um sistema fragmentado, pensado e focado para o atendimento das condições e os agravos agudos, onde a atenção à demanda espontânea é privilegiada em detrimento da atenção programada. Aponta que apesar de manifestações de condições e eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas sempre ocorrerem, é necessário aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas de modo a alcançar uma situação de equilíbrio na APS. Um sistema de atenção à saúde exageradamente centrado na atenção à DE é sinal de fragilidade da atenção às condições crônicas.

É sabido, que um sistema de saúde que se organiza a partir da APS, precisa que a mesma exerça seu potencial resolutivo, contemplando, inicialmente o primeiro atributo essencial que é a função da APS de ser a porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo aos usuários acesso ao mesmo (Starfield, 2002). É dado também que uma equipe de APS bem estruturada possa resolver entre 80 e 95% dos problemas de saúde de sua população, já que cerca de 50 diagnósticos mais comuns respondem por mais da metade da demanda das unidades básicas de saúde (Sampaio, 2004). No entanto, é condição para tal êxito que intervenções curativas estejam articuladas a intervenções que possam ser programadas, ou seja, o desafio de articular DE e DP.

Um serviço de APS onde a demanda espontânea é privilegiada em detrimento da atenção programada causa reflexos sobre as práticas profissionais. Quando tal

realidade é somada à incompreensão das potencialidades da APS, gera nas equipes um ressentimento por não estarem realizando as ações que caracterizam um serviço organizado na lógica da atenção primária, como é o caso das ações dos profissionais dentro do contexto da eSF.

Os profissionais passam a se sentir trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e provocando o sentimento de pouca resolutividade e de impossibilidades para o desenvolvimento do cuidado longitudinal e integral pelos profissionais na rotina dos serviços básicos de saúde (Costa; Cambiriba, 2010). Portanto, garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial passam a ser desejo dos profissionais, especialmente em municípios onde a unidade de Saúde da Família é o único recurso assistencial. Afinal, o acompanhamento, em especial das condições crônicas de indivíduos adscritos representa uma demanda que poderia ser contemplada por uma carteira de serviços que oferecesse o atendimento de forma programada.

A autora do presente estudo foi enfermeira de uma eSF em um município de pequeno porte e no cotidiano de sua prática profissional conviveu com inúmeras inquietações sobre a organização dos processos de trabalho e da carteira de oferta de serviços, ordenados pela oferta de atendimento de DE. Dessa forma, os profissionais da eSF, se sentem desmotivados e com a sensação de que não estão realizando os atributos e atividades de um serviço de APS. Uma vez que o município não possui pronto atendimento/rede hospitalar em seu território, as eSF são cobradas para exercer uma agenda baseada em atendimentos de demanda espontânea, sem organização da demanda programada e foco no cuidado continuado. O sentimento de não ser enfermeira de uma estratégia de saúde da família, pois faltava no cotidiano ações de educação em saúde, consultas de enfermagem para usuários de doenças crônicas, opções de agendamento de consultas médicas e de enfermagem, puericultura, entre outros, gerou a inquietação relacionada aos processos de trabalho e a visão dos usuários e da gestão sobre qual é o papel da ESF dentro da rede de saúde.

Nesse sentido refletir sobre os resultados que estamos alcançando torna-se fundamental para que as eSF e a gestão possam a partir da análise do perfil de demanda que chega as unidades, identificar o que deve ser reorganizado nas eSF de modo a responder a sua missão essencial: ser uma unidade de ESF que vise à coordenação do cuidado integral, realizando ações curativas, de prevenção e

acompanhamento de doenças e de promoção da saúde. São inúmeras inquietações sobre a organização dos processos de trabalho e da carteira de oferta de serviços, dentre elas podemos destacar: a) os atendimentos gerados refletem oportunidades de organização da DP? b) Como um único equipamento de saúde no município pode melhor reordenar seus processos de trabalho de modo a preservar os atributos da APS?

Essas questões afetam a rotina do serviço de APS e motiva para o estudo de como organizar a APS de acordo com seus princípios, aprimorando os processos de trabalho, articulando demanda espontânea e demanda programada, propiciando uma reorganização da agenda de trabalho dos profissionais para melhor resolutividade da APS com satisfação profissional e dos usuários adscritos.

Compreender as subjetividades dos processos de trabalho, ofertando o cuidado baseado na demanda proveniente da população é o caminho para uma APS mais eficaz. Minimizar barreiras de acesso aos serviços, qualificar a escuta visando um acolhimento efetivo e criar ações de saúde significativas perpassam por oferecer o cuidado em saúde em uma carteira de serviços capaz de acolher a DE e trabalhar com a DP para acompanhamento de seus usuários.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário de estudo é a atenção primária municipal, rede formada por três unidades básicas de saúde organizadas pela ESF que atendem os usuários adscritos com cobertura de 100% da população.

Tabela 1: Caracterização das Unidades de Estratégia de Saúde da Família do Município de São Francisco do Glória

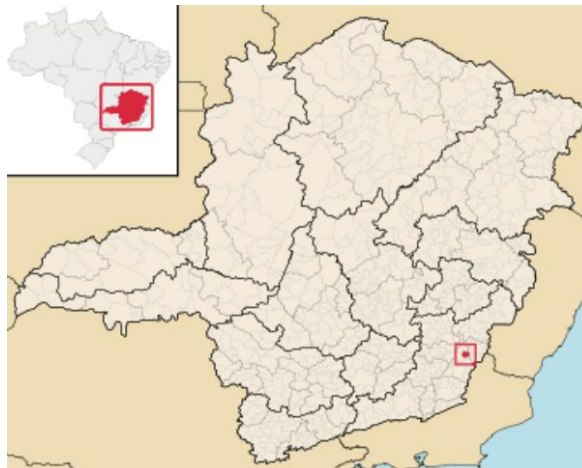
NOME ESF	POPULAÇÃO	TIPO DE EQUIPE
ESF AZUL	1.734 usuários	01 eSF completa com 05 ACS e 01 eSB modalidade I
ESF BRANCA	2850 usuários	01 eSF completa com 04 ACS e 01 eSB modalidade I
ESF LARANJA	1166 usuários	01 eSF completa com 04 ACS e 01 eSB modalidade I

Fonte: dados trabalhados pela autora/PEC.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O município de São Francisco do Glória, localizado na zona da Mata Mineira e com uma população de 4.758 habitantes (IBGE, 2021).

Imagem 1 – Mapa de São Francisco do Glória – Minas Gerais



Fonte: Wiki, FamilySearch, 2024

A rede municipal de saúde conta com 03 equipes de saúde da família completas (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) e os agentes comunitários de saúde (totalizando 13 áreas no município), todas com equipe de saúde bucal (dentista e auxiliar de saúde bucal). As equipes de saúde da família atendiam a população com foco na demanda espontânea, distribuindo fichas de atendimento no início de cada período de atendimento e avaliando sinais e sintomas dos usuários para usuários com queixas que chegavam à unidade após a distribuição das fichas. Não existia na agenda dos profissionais da saúde da família espaço para consultas a grupos prioritários, ações de promoção à saúde coletiva ou a possibilidade de agendamento de consultas. No período analisado, duas ESF funcionavam no horário de 07:00 às 11:00 e 12:00 às 16:00 horas e uma funcionava em horário alternativo de 11:00 às 15:00 e 16:00 às 20:00 horas.

Na rede municipal ainda existe 01 centro de fisioterapia, 01 equipe multidisciplinar (antigo NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família) para apoio à ESF (com nutricionista, 04 psicólogas e assistente social), 01 centro de regulação, 01 academia da saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O município, buscando uma alta resolutividade da rede, conta ainda com o atendimento secundário para algumas especialidades (cardiologia, ginecologia, neurologia, pediatria, cirurgião geral), onde juntamente a uma equipe de unidade básica tradicional atendem demanda regulada para os especialistas.

Sua rede de atenção à saúde é complementada de maneira regionalizada, por fazer parte da microrregião de saúde de Muriaé, da macrorregião de Ubá, sendo o município de Muriaé o suporte para encaminhamentos e exames às especialidades e absorvendo demanda hospitalar e de urgência e emergência. Na rede de Muriaé existe um CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada), 03 hospitais conveniados ao SUS e 01 pronto atendimento hospitalar. Todos eles possuem vinculação com o município. Possui vinculação para consultas e exames com especialistas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste. A secretaria de saúde, através do setor de regulação, fornece transporte sanitário para consultas programadas e também em caso de urgência e emergência, possuindo 02 ambulâncias e motorista de plantão 24 horas por dia. Além disso, o município é atendido pela base do SAMU das regiões de Fervedouro e Muriaé.

5.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2024 até maio de 2024.

5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados dos relatórios analíticos do e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) relacionados aos atendimentos individuais, realizados por médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família das três ESF. Para a obtenção dos registros de produção no e-SUS AB foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, os relatórios de Atendimento Individual dos médicos e enfermeiros das três equipes de Saúde da Família. Tais dados são de acesso exclusivo da gestão municipal.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), criado pelo Ministério da Saúde em 2016, é um sistema digital padronizado que armazena informações de saúde, tanto clínicas quanto administrativas, de cada indivíduo. Ele facilita o acesso rápido a dados de saúde e intervenções, além de apoiar decisões clínicas. O PEC visa integrar informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o Brasil, auxiliando na gestão, planejamento, investigação e avaliação dos serviços de saúde. O uso do PEC tem contribuído para o monitoramento da saúde pública e gestão financeira, além de qualificar o cuidado ao permitir o acompanhamento contínuo dos pacientes. Contudo, ainda existem desafios, como a infraestrutura inadequada e a necessidade de capacitação dos profissionais para o uso adequado do sistema. (Brasil, 2016)

No município do estudo, todo o registro de atendimento é realizado dentro do PEC, por todos os profissionais que atuam na atenção primária. Ao longo dos anos as gestões investiram em estrutura, fornecendo computadores e notebooks e rede de internet de boa qualidade para os profissionais das equipes de saúde da família, equipe multidisciplinar e equipe de saúde bucal além de tablets para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentro do PEC utilizado pelas eSF para registro dos atendimentos profissionais, existe diferentes conceitos de tipos de consulta e sua marcação acontece de acordo com a demanda oferecida versus buscada pela população adscrita:

Quadro 1 - Tipos de consulta do PEC

TIPO DE CONSULTA	CONCEITO
Consulta agendada programada/cuidado Continuado;	São consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de acompanhamento contínuo. Como exemplo, o cuidado dispensado às gestantes, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes), etc.
Consulta agendada	É toda consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Por exemplo, casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.
Escuta inicial/orientação	Refere-se à escuta realizada por profissional de nível superior no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS. Durante o acolhimento e a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, encaminhamento para consulta no mesmo dia ou data posterior.
Consulta no dia	É a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Como exemplo, quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário.
Atendimento de urgência	É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.

Fonte: DAB/SAS/MS - BRASIL, 2016.

O PEC utiliza como campo de preenchimento obrigatório para a conclusão dos atendimentos médicos e do enfermeiro a catalogação da consulta em alguma classificação do CIAP-2 ou do CID-10.

A CIAP incorpora uma lista de sinais e sintomas, procedimentos e diagnósticos mais prevalentes na APS. Permite a incorporação de queixas relatadas pelos usuários e também de problemas relacionados à natureza social. Em 1998, a CIAP foi atualizada, passando a ser chamada de CIAP-2, o que permitiu sua comparação com a CID-10, com o objetivo de criar dados de saúde complementares (Sampaio *et al.*, 2012). A CIAP-2 tem como premissa registrar aspectos do episódio de cuidado em saúde, compreendendo o motivo da consulta, o diagnóstico do problema percebido

pelo profissional de saúde atuante e por fim, a intervenção resultante daquele atendimento (Landsberg *et al.*, 2012).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi construída ao longo de mais de um século, oriunda da necessidade de se reconhecer e classificar as causas de morte e com seu uso ampliado pra codificar as condições de pacientes hospitalizado, para categorizar consultas de ambulatório e da atenção primária. Em sua décima revisão, chamada de "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde", abreviada "CID-10", é amplamente utilizada para elencar as necessidades de informação diagnóstica em diferentes finalidades (Di Nubila; Buchalla, 2008).

Do Relatório de Atendimento Individual médico e enfermeiro (Anexos A e B) foram coletadas as seguintes variáveis dos usuários: faixa etária, sexo, turno de atendimento, tipo de atendimento, conduta/desfecho, encaminhamento, CID e CIAP2. Foi analisado o período de 2018 a 2022, que contempla o início da implantação do PEC até último ano completo. Foram trabalhados todos os meses do ano que possuem registro no sistema.

Foram excluídas da análise as variáveis não obrigatórias para a conclusão do atendimento no PEC, pois apresentaram pouco ou nenhum registro nos atendimentos médicos e de enfermagem. São os campos referentes à: atenção domiciliar, Racionalidade em saúde, Criança - Aleitamento materno, NASF/Polo, Encaminhamento, Problemas/Condições avaliadas, Problemas/Condições avaliadas - Doenças transmissíveis e Problemas/Condições avaliadas – Rastreamento.

Para analisar os dados das 32.368 consultas médicas e 12.198 consultas de enfermagem realizadas nas três Estratégias de Saúde da Família (Azul, Branca e Laranja) foram aplicados métodos estatísticos descritivos. Para cada variável categórica foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A autorização para desenvolvimento da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto e de seus instrumentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer número 6.703.087 e através da assinatura do termo de instituição copartícipe pela Secretaria Municipal de São Francisco do Glória – MG. (Anexos C e D)

Dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois não envolve a participação de sujeitos, sendo a aprovação pelo CEP necessária devido ao uso de dados exclusivos da gestão municipal. Foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo humanos, resolução CNS 466/12.

6 RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2018 até dezembro de 2022 foram realizadas 44.566 consultas nas três unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de estudo, tendo a consulta médica (CM) uma representação de 72,6% e a consulta de enfermagem (CE) de 27,4% do total. A população adscrita pela ESF é de 5.750 habitantes cadastrados no PEC, o que engloba habitantes de outros municípios que usam o endereço de familiares residentes, assim, a cobertura pela ESF se torna mais elevada do que a população de São Francisco do Glória (4.758 habitantes – IBGE, 2021).

A CM apresentou um crescimento linear, atingindo em 2022 seu maior número (10.996), enquanto a CE, apesar de oscilações ao longo do período, também obteve no ano de 2022 a maior produção (3.906). Das 32.368 consultas médicas realizadas, 48,5% foram da unidade ESF Branca, 27,1% da ESF Laranja e 24,5% da ESF Azul. Em relação as 12.198 consultas de enfermagem, 49,8% foram da ESF Branca, 28,6% na ESF Azul e 21,6% na ESF Laranja.

A ESF Azul apresentou crescimento linear das consultas médicas e de enfermagem. A ESF Branca apresentou crescimento linear nas consultas médicas e grande variação na consulta de enfermagem, com os anos de 2020 e 2021 apresentando os menores números de consultas de enfermagem realizadas entre todas as unidades. A ESF Laranja mostrou variação nas CM, com queda no ano de 2020 e posterior crescimento nos próximos anos, já as consultas de enfermagem apresentaram um crescimento linear ao longo do período estudado. A tabela 2 e o gráfico 1 a seguir apresentam tais resultados:

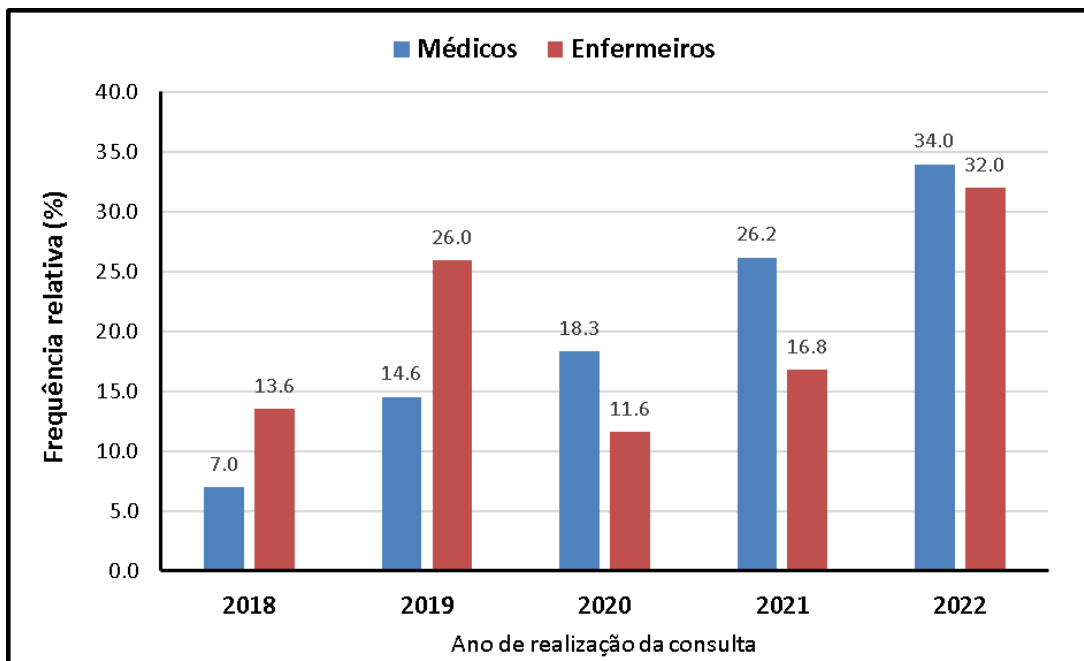
Tabela 2: Produção de Consultas Médicas e de Enfermagem na APS - São Francisco do Glória – MG - 2018 a 2022

Ano	Médicos		Enfermeiros		Geral	
	n	%	n	%	n	%
2018	2.259	7,0	1.654	13,6	3.913	8,8
2019	4.711	14,6	3.167	26,0	7.878	17,7
2020	5.931	18,3	1.418	11,6	7.349	16,5
2021	8.471	26,2	2.053	16,8	10.524	23,6
2022	10.996	34,0	3.906	32,0	14.902	33,4
Total	32.368	100	12.198	100	44.566	100
ESF Azul - 1734 usuários adscritos						
2020	1.351	17,0	530	15,2	1.881	16,5
2021	2.531	32,1	1.095	31,4	3.626	31,8
2022	4.032	50,9	1.862	53,4	5.894	51,7
Total	7.914	100	3.487	100	11.401	100
ESF Branca - 2850 usuários adscritos						
2018	1.564	10,0	1.195	19,6	2.759	12,6
2019	2.297	14,6	2.655	43,7	4.952	22,8
2020	3.064	19,5	377	6,2	3.441	15,8
2021	4.334	27,6	425	7,0	4.759	21,9
2022	4.425	28,3	1.421	23,5	5.846	26,9
Total	15.684	100	6.073	100	21.757	100
ESF Laranja – 1166 usuários adscritos						
2018	695	7,9	459	17,4	1.154	10,1
2019	2.414	27,5	512	19,4	2.926	25,6
2020	1.516	17,3	511	19,4	2.027	17,7
2021	1.606	18,3	533	20,2	2.139	18,8
2022	2.539	29,0	623	23,6	3.162	27,8
Total	8.770	100	2.638	100	11.408	100

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

O gráfico 1 a seguir apresenta a frequência relativa das consultas médicas e de enfermagem durante os anos de 2018-2022 na atenção primária de São Francisco do Glória demonstrando o crescimento linear das CM e a oscilação apresentada pelas CE.

Gráfico 1 – Frequência relativa de Consulta Médicas e de Enfermagem - APS – Município São Francisco do Glória – MG – 2018 a 2022



Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

A análise das consultas médicas indica que a ESF Azul apresentou o menor número de atendimentos no turno da manhã e o maior no turno da noite. A ESF Laranja, por sua vez, concentra suas consultas no período da manhã, enquanto a ESF Branca se destaca pela maior quantidade total de atendimentos, com uma leve predominância do turno da manhã.

Em relação às consultas de enfermagem, foi identificado um padrão semelhante, com a exceção da ESF Branca, que apresentou maior número de atendimentos no turno da tarde. A tabela 3 a seguir apresenta tais resultados:

Tabela 3: Consultas médicas e consultas de enfermagem por turno – APS de São Francisco do Glória – 2018 – 2022

Consultas 2018 a 2022	Manhã		Tarde		Turnos Noite		Não Informado		Geral
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consultas médicas									
Total por turno:	16282	50,3	14.016	43,3	2.005	6,2	65	0,2	32368
ESF Azul									
N Consultas	462	5,8	5.737	72,5	1.675	21,2	40	0,5	7.914
ESF Branca									
N Consultas	8.604	54,9	6.783	43,2	280	1,8	17	0,1	15.684
ESF Laranja									

N Consultas	7.216	82,2	1.496	17,1	50	0,6	8	0,1	8.770
Consultas de enfermagem									
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total por turno:	5583	45,8	5.860	48,0	745	6,1	10	0,1	12.198
ESF Azul									
N Consultas	772	22,2	2.015	57,8	690	19,8	10	0,2	3.487
ESF Branca									
N Consultas	2.925	48,2	3.093	50,9	55	0,9	0	0	6.073
ESF Laranja									
N Consultas	1.886	71,5	752	28,5	0	0	0	0	2.638

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Em relação ao sexo, masculino e feminino, as mulheres foram as mais prevalentes no total das consultas médicas (18.995) e de enfermagem (7.897), mantendo o padrão nas três unidades ESF. A tabela 4 a seguir apresenta tais resultados:

Tabela 4: Consultas Médicas e Consultas de Enfermagem por sexo – APS - Município de São Francisco do Gloria – 2018 – 2022

	Sexo:				Geral
	Masculino		Feminino		
Consultas médicas					
	N	%	N	%	
Total Geral:	13.373	41,3	18.995	58,7	32.368
ESF Azul					
N Consultas	3.250	41,1	4.664	58,9	7.914
ESF Branca					
N Consultas	6.302	40,2	9.382	59,8	15.684
ESF Laranja					
N Consultas	3.821	43,6	4.949	56,4	8.770
Consultas de Enfermagem					
	N	%	N	%	
Total Geral:	4.301	35,2	7.897	64,8	12.198
ESF Azul					
N Consultas	1.261	36,2	2.226	63,8	3.487
ESF Branca					
N Consultas	2.134	35,1	3.939	64,9	6.073
ESF Laranja					
N Consultas	906	34,3	1.732	65,7	2.638

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Em relação as CM por faixas etárias e sexo nas unidades ESF Azul, ESF Branca e ESF Laranja, destaca-se no sexo masculino o número de consultas médicas na faixa etária de até 09 anos e novo pico na faixa etária de 60+ anos. No sexo feminino o pico de atendimento ocorre nas faixas etárias de 40 a 59 anos, com pouca diferença nos anos iniciais. A tabela 5 a seguir apresenta estes resultados:

Tabela 5: Comparação das consultas médicas por faixa etária/sexo entre as Unidades da Estratégia de Saúde da Família – APS - Município de São Francisco do Gloria – MG - 2018 – 2022

Consultas Médicas										
	Faixa etária - sexo masculino:									
	Até 09		10 a 19		20 a 39		40 a 59		60+	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Geral - 13.373:	2155	16,1	1301	9,7	2938	22,0	3347	25,0	3632	27,2
ESF Azul										
N Consultas - 3.250:	504	15,5	300	9,2	687	21,1	875	27	884	27,2
ESF Branca										
N Consultas - 6.302:	1108	17,6	641	10,1	1338	21,2	1446	23	1769	28,1
ESF Laranja										
N Consultas - 3.821:	543	14,2	360	9,4	913	24	1026	26,8	979	25,6
	Faixa etária - sexo feminino:									
	Até 09		10 a 19		20 a 39		40 a 59		60+	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Geral - 18.995	2161	11,3	2111	11,1	4709	24,8	5705	30,1	4309	22,7
ESF Azul										
N Consultas - 4.664:	527	11,3	520	11,1	1162	25	1407	30,1	1048	22,5
ESF Branca										
N Consultas - 9.382:	1122	12	1091	11,6	2352	25	2784	29,7	2033	21,7
ESF Laranja										
N Consultas - 4.949:	512	10,3	500	10,1	1195	24,1	1514	30,6	1228	24,9

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Em relação as CE o sexo masculino apresentou maior número de consultas na faixa etária de até 09 anos seguido da faixa etária de +60 anos. No sexo feminino a faixa etária de 40 a 59 anos apresentou maior número de consultas. A tabela 6 a seguir apresenta estes resultados:

Tabela 6: Consultas de enfermagem por faixa etária/sexo entre as Unidades da Estratégia de Saúde da Família – APS - Município de – APS de São Francisco do Gloria – 2018 – 2022

Consultas de Enfermagem										
	Faixa etária - sexo masculino:									
	Até 09		10 a 19		20 a 39		40 a 59		60+	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Geral - 4.301:	658	15,3	319	7,4	765	17,8	1.128	26,2	1.431	33,3
ESF Azul										
N Consultas – 1.261:	218	17,2	70	5,6	207	16,4	320	25,4	446	35,4

N Consultas	12	0,2	245	4	118	2	2.818	46,4	2.869	47,2	11	0,2
ESF Laranja												
N Consultas	1	0,03	40	1,5	126	4,77	1.090	41,3	1.381	52,4	0	0

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Em relação à conduta, os desfechos das consultas médicas concentraram-se na alta (93,77%), seguindo do retorno para cuidado continuado/programado (5,74%).

Em relação aos desfechos das consultas de enfermagem, a alta representou 31,16% do total. Destaca-se o comprometimento dos registros em relação à variável conduta, uma vez que 53,91% foram computados na opção não informado. A tabela 8 a seguir demonstra os dados:

Tabela 8: Distribuição da variável Conduta em relação das Consultas Médicas e de Enfermagem na APS – município de São Francisco do Gloria – 2018 - 2022

	Conduta											
	Retorno Consulta Agendada		Retorno Cuidado Programado		Agendamento Grupos		Agendamento NASF		Alta		Não Informado	
Consultas médicas												
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Geral:												
32.368	100	0,3%	1.856	5,72%	21	0,08%	21	0,08%	30.353	93,77%	17	0,05%
ESF Azul												
N Consultas	73	0,9%	413	5,3%	2	0,02%	7	0,08%	7.407	93,6%	12	0,1%
ESF Branca												
N Consultas	26	0,18%	971	6,2%	19	0,1%	3	0,01%	14.664	93,5%	1	0,006%
ESF Laranja												
N Consultas	1	0,01%	472	5,3%	0	0	11	0,12%	8.282	94,5%	4	0,04%
Consultas de enfermagem												
Total Geral:												
12.198	649	5,3%	1.166	9,5%	1	0,008%	4	0,0032%	3.803	31,16%	6.578	53,91%
ESF Azul												
N Consultas	41	1,2%	16	0,5%	0	0	1	0,02%	982	28,1%	2.447	70,2%
ESF Branca												
N Consultas	502	8,3%	681	11,2%	0	0	2	0,03%	2.122	34,9%	2.769	45,6%
ESF Laranja												
N Consultas	106	4%	469	17,8%	1	0,03%	1	0,03%	699	26,5%	1.362	51,64%

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

A Tabela 9 apresenta o somatório dos 10 CIDs prevalentes na APS do município no período estudado em relação às consultas médicas. Os três CIDs de maior prevalência foram os códigos Z000 - Exame Geral E Investigação De Pessoas Sem Queixas Ou Diagnóstico Relatado (25,2%), J00 - Nasofaringite Aguda (Resfriado Comum) (4,6%) e I10 - Hipertensão Essencial (Primária) (3,3%).

Tabela 9: Somatório dos 10 CIDs mais registrados nas consultas médicas da APS do município de São Francisco do Glória – MG, 2018 – 2022

CONSULTAS MÉDICAS		
CID-10	TOTAL	%
	32.368	
Z000 - Exame Geral E Investigação De Pessoas Sem Queixas Ou Diagnóstico Relatado	8151	25,2%
J00 - Nasofaringite Aguda (Resfriado Comum)	1486	4,6%
I10 - Hipertensão Essencial (Primária)	1084	3,3%
R05 - Tosse	667	2,1%
Z017 - Exame De Laboratório	585	1,8%
Z00 - Exame Geral E Investigação De Pessoas Sem Queixas Ou Diagnóstico Relatado	558	1,7%
J03 - Amigdalite Aguda	554	1,7%
M545 - Dor Lombar Baixa	480	1,5%
M796 - Dor Em Membro	401	1,2%
Z10 - Exame Geral De Rotina ("Check Up") De Uma Subpopulação Definida	375	1,1%

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Em relação ao CIAP-2 a tabela 10 apresenta os 10 códigos mais prevalentes nas consultas de enfermagem realizadas. Os 03 códigos com maior registro: A98 - Medicina Preventiva/Manutenção Da Saúde (15,6%), K86 - Hipertensão Sem Complicações (13,1%) e T90 - Diabetes Não Insulino-Dependente (4,5%).

Tabela 10: Somatório dos 10 CIAPs mais registrados nas consultas de enfermagem da APS do município de São Francisco do Glória – MG, 2018 – 2022

CONSULTAS DE ENFERMAGEM		
CIAP-2	TOTAL	%
	12.198	
A98 - Medicina Preventiva/Manutenção Da Saúde	1905	15,6%
K86 - Hipertensão Sem Complicações	1598	13,1%
T90 - Diabetes Não Insulino-Dependente	550	4,5%
W78 – Gravidez	487	4%
A97 - Sem Doença	223	1,8%
A29 - Outros Sinais/Sintomas Gerais	174	1,4%
A99 - Outras Doenças Gerais Não Especificada	85	0,7%
W90 - Parto Sem Complicações De Nascido Vivo	66	0,5%
T89 - Diabetes Insulino-Dependente	64	0,5%
K87 - Hipertensão Com Complicações	32	0,3%

Fonte: PEC-ESUS – dados trabalhados pela autora.

Destaca-se que os códigos: I10 - Hipertensão Essencial (Primária) e K86 - Hipertensão Sem Complicações, são os únicos códigos presentes entre os 10 mais prevalentes que estão correlacionados nos atendimentos médico e de enfermagem.

7 DISCUSSÃO

Obter o perfil de demanda atendido pela APS municipal possibilita compreender quem busca o serviço e como estão sendo atendidos pelos profissionais. Identificar as características da população atendida possibilita um olhar ampliado para a definição de uma agenda que reúna a necessidade do território e as diretrizes da atenção primária, valorizando o cuidado e a prevenção em saúde.

Analisando o crescimento da quantidade de consultas médicas e de enfermagem, é possível considerar que a ampliação do número de equipes de saúde da família melhorou o acesso da população aos cuidados em saúde. Destaca-se que as unidades analisadas sofreram em alguns momentos com a alta rotatividade profissional das equipes de enfermagem (modificando a demanda dos usuários) e com a falta de profissional médico em alguns períodos, o que pode explicar a variação de consultas de enfermagem na ESF Branca e a variação de consultas médicas na ESF Laranja.

No período de 2018-2019 o município contava apenas com as equipes da ESF Branca e ESF Laranja, em 2020 devido ao amplo território rural municipal, foi criada a ESF Azul. Com a criação do programa Previne Brasil a partir de 2019 o financiamento da APS passou a ser baseado em números de população cadastrada (captação ponderada) e de produção, tal lógica induziu a gestão municipal a ampliar equipe, para melhor acesso e também maior produção. Houve melhora nos equipamentos de informática para o lançamento da produção dos profissionais, inclusive dos ACS (internet, computadores, notebooks, etc.). Na sequência houve o treinamento do PEC para as equipes de saúde da família, para que não ocorresse “perda” dos atendimentos realizados, o que favoreceu o crescimento dos registros, pela preocupação de não haver queda do financiamento.

O Previne Brasil foi antecedido pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que recebeu críticas pela quantidade elevada de indicadores e pouca indução de melhorias, dando origem ao Previne Brasil com a promessa de romper com essas dificuldades (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021). Alterando de forma estrutural a organização da política de saúde através de três principais mudanças: fim dos pisos fixo e variável (PAB), repasse de recursos federais baseados no número de usuários cadastrados e estabelecendo o pagamento por desempenho. O Previne Brasil possui viés generalista e produtivista, onde a lógica dos processos de trabalho

participativos e realizados em equipe foram esquecidas (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

A maioria dos municípios brasileiros, independentemente da tipologia (rural, urbano) ou do tamanho populacional, apresentou aumento no número de pessoas cadastradas nas unidades, apesar disso, os dados provenientes do Ministério da Saúde demonstram que a maior parte deles não conseguiu alcançar as metas dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil (Sellera et al., 2023).

O Previnde Brasil fez com que as equipes de saúde da família focassem sua atuação em produção de números de atendimentos, colocando o atendimento qualificado em segundo plano. Gestores e profissionais foram orientados a focar nos dados quantitativos relativos a população adscrita, desconsiderando os princípios e processos de trabalho da APS. Em 2024, o Governo Federal anunciou a revogação do programa, através da Portaria 3.493/2024 (Ministério da Saúde, 2024). O novo financiamento da APS ainda é uma incógnita e gera questionamentos sobre como o governo irá destinar os recursos para os municípios, focando em indicadores de qualidade, quantidade ou ambos, criando uma nova forma de financiamento que misture os dois programas anteriores, utilizando o que deu certo no PMAQ e no Previnde Brasil.

É possível que parte do crescimento dos registros de consultas tenha surgido devido ao incentivo do Previnde Brasil ao produtivismo. Existiu nos últimos anos uma maior cobrança da gestão municipal relacionado a números de atendimento e produção. Apesar de possuir indicadores relacionados a demanda programada, nos registros de produção analisados nota-se com destaque apenas o aumento do número de consultas médicas e de enfermagem.

Nas variáveis analisadas, em relação ao sexo, a maior demanda feminina apontada pelo presente estudo (58,72% nas consultas médicas e 61,8% nas consultas de enfermagem), foi encontrada em pesquisas de outros autores, como a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019): com percentual de 69,9% mulheres atendidas na atenção primária brasileira, o estudo de Melo *et al.* (2021): na APS de Jabotão dos Guararapes que relata 87,4% de mulheres atendidas e no estudo de Perillo *et al.* (2020), 60,83% de mulheres na APS de Belo Horizonte.

Melo et al. (2021) aponta que a maior demanda de atendimentos em saúde no sexo feminino pode ocorrer devido ao fato delas se preocuparem mais com o estado

de saúde geral, além de serem na maioria das vezes as responsáveis por acompanhar filhos e maridos ao atendimento. Por sua vez, os homens parecem colocar maior esforço em atividades laborais, colocando as questões relacionadas à saúde em segundo plano.

Cobo, Cruz e Dick (2021) destaca que as mulheres tendem a procurar mais consultas preventivas de “*check-up*,” questões de saúde reprodutivas: pré-natal, preventivos, etc.

No sexo masculino além da menor procura pelos atendimentos médicos e de enfermagem, a faixa etária com maior número de CM e CE foi a de até 09 anos de idade seguida de 60 a 69 anos de idade, o que infere que quando crianças, os meninos são atendidos na APS (ações de puericultura, vacinação, consultas de demanda espontânea e programada/acompanhados de seus responsáveis) e após seu crescimento existe um gargalo assistencial/baixa procura pelos homens, que regressam a APS quando se tornam idosos. É possível que os homens, enraizados em uma cultura onde a imagem masculina deve ser construída para ser invulnerável, rejeitem os serviços de saúde. SCHRAIBER (2010), demonstra que independente do contexto social, a percepção dos usuários é que apesar de reconhecerem as necessidades de saúde dos homens, eles enfrentem dificuldade em procurar o serviço, retardando a busca pela assistência, procurando auxílio apenas quando não mais conseguem manejar seus sintomas sozinhos. Outra problemática, de acordo com Silva *et al.* (2012) é o fato de que a organização dos serviços dentro da APS brasileira é voltada as ações de promoção à saúde das mulheres, crianças e idosos. Evidências apontam que os idosos por apresentarem multimorbidade, utilizam com maior frequência os serviços de saúde em geral, e na APS, comparecem para atendimento individual ou em grupo, para aquisição de medicações, favorecendo a criação de vínculo com o serviço e as equipes (Perillo *et al.*, 2020).

Em relação a variável tipo de atendimento, evidenciou-se que a APS do município acolhe mais o usuário na demanda espontânea ao identificarmos as maiores concentrações nas CM no mesmo dia (91,7%), em relação às consultas agendadas (7,98%) e consulta programada/acompanhamento (0,17%). Já nas CE a escuta inicial (53,82%) é seguida da consulta no mesmo dia (41,6%) e consulta programada/acompanhamento (2,05%).

Apesar do bom acolhimento do usuário na DE, os dados obtidos refletem uma agenda profissional voltada quase que exclusivamente para a DE e despreocupada

em realizar consultas para grupos vulneráveis, consultas que deveriam nortear as ações dos profissionais de saúde da família. Santos e Penna (2013) define que os atendimentos na ESF brasileira são realizados a partir da DE, considerando as necessidades individuais dos usuários adscritos que buscam por consultas médicas, encaminhamentos as especialidades, entre outros. O desejo do usuário é encontrar uma resposta ao seu adoecimento, logo, manifesta essa sua demanda no cotidiano das unidades. Chávez (2020) corrobora a alta de atendimentos de DE, devido ao baixo conhecimento do usuário sobre a função da ESF e as atribuições das equipes, desconhecendo a organização das unidades, visando o acesso compreendido como mais rápido e fácil: sua necessidade atendida dentro da DE.

Para atender à demanda espontânea com equidade e qualidade, não é suficiente limitar a distribuição de senhas, fazendo com que os usuários formem filas desde cedo, nem é viável (ou necessário) encaminhar todos ao médico. O acolhimento deve ir além de uma triagem para atendimento médico. Para se organizar adequadamente em torno do acolhimento, a equipe precisa refletir sobre o conjunto de serviços que oferece para atender às necessidades de saúde da população. Todas essas opções devem estar disponíveis para serem acionadas conforme necessário, garantindo uma escuta qualificada da demanda.

O atendimento à DE de maneira eficaz, baseado em equidade e qualidade, não pode ficar restrito a distribuição de senhas em número limitado (levando a formação de filas desde cedo) e não é possível (ou necessário) que todos os usuários sejam encaminhados ao médico. É fundamental que o acolhimento vá além de uma triagem para atendimento médico. A equipe de saúde da família precisa refletir sobre o conjunto de serviços que oferta aos seus usuários, garantindo uma escuta qualificada da demanda (Brasil, 2013).

A Promoção da Saúde é essencial dentro do âmbito da ESF, mas as equipes de saúde da família encontram dificuldades para elaboração de estratégias e sua implementação. Os grupos de saúde, são capazes de racionalizar o trabalho dos profissionais, diminuindo a demanda por CM e CE, se efetivamente ocorrerem com o cuidado focado na atenção integral as pessoas (Horta *et al.*, 2009).

Os profissionais que tentam desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, enfrentam dificuldades para trabalhar a educação popular em saúde. Existe resistência de adesão por parte da população, da gestão e até mesmo de alguns profissionais da equipe (Duarte *et al.*, 2014).

O estudo de Brito (2018), aponta que o percentual médio de tempo semanal dos trabalhadores de nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) dedicados as atividades de promoção e prevenção ainda é baixo, podendo ser explicado pela expressiva demanda de atendimento individual, pois a população ainda procura a unidade com viés curativista.

Debater a cesta de oferta de serviços e ações dentro da APS, considerando as necessidades locais e construir práticas coletivas que valorizem a educação popular em saúde, apesar da intensa demanda por atendimento individual, passa a ser necessário para que os profissionais das equipes de saúde da família consigam ofertar o cuidado para a população, atuando com a comunidade. Os grupos e ações de prevenção e promoção devem ser ferramentas para a melhoria do atendimento, diminuindo fluxos e melhorando o relacionamento entre equipe e população adscrita.

Na variável conduta, as CM apresentaram alta (93,79%) e retorno para cuidado continuado/programado (5,74%). É necessário questionar os dados em relação às variáveis “tipo de atendimento” e “conduta” na modalidade consulta programada/acompanhamento. Uma vez que o médico quando atende o usuário registra que 5,74% dos usuários devem retornar na consulta programada/acompanhada, no entanto, apenas 0,17% das consultas realizadas tiveram como tipo de atendimento consulta programada/acompanhada. O que leva aos questionamentos: é o usuário que não realiza o retorno programado? Há falhas no registro? Existe a opção de agendamento para consulta programada/acompanhada na agenda dos profissionais nas unidades?

Em uma unidade que baseia seus atendimentos apenas na demanda espontânea, como pensar na implementação da demanda programada? Como articular a demanda espontânea e programada em um território que há anos recebe como cuidado uma agenda de DE. É necessário modificar os processos de trabalho da equipe para que a população consiga melhor acesso aos serviços ofertados na saúde da família.

Na variável conduta/desfecho em relação as CE, 53,91% dos desfechos são não informados, seguido de 31,16% de alta. É necessário apontar uma falha do sistema do PEC, que repete, automaticamente, o número registrado em escuta inicial para a opção “não informado”. Todos os dados relacionados à aba escuta inicial (CIAPS, sinais vitais, classificação de risco/vulnerabilidade e desfecho) se perdem no relatório de produção. Como a escuta inicial é o tipo de atendimento mais realizado

pelo enfermeiro e o mesmo não é considerado como um tipo de atendimento a produção do enfermeiro se perde ao ser registrada pelo sistema como “não informado”.

O acolhimento no cotidiano do serviço tem como propósito ser um dispositivo organizador da demanda espontânea e deve existir além da realização de uma mera classificação de risco, pois, se considerado essa visão, o acolhimento passa a ser nada mais do que um procedimento para categorizar os usuários quanto ao seu risco clínico e em uma ordem de atendimento, de forma tecnicista. O acolhimento feito com classificação de risco se afasta do ideal de acolhimento, preconizado pela PNH, pois apesar de garantir a resolutividade de problemas imediatos, não garante o acompanhamento e a assistência individual e integral de qualidade (Penna; Faria; Rezende, 2014). Devemos conceituar o acolhimento como receber, auxiliar, amparar, escutar, confortar os usuários. Trazer essa noção para os processos de trabalho no âmbito da ESF como ferramenta é necessário para a efetivação do acesso (Moura *et al.*, 2022).

Usuários do sistema ainda apresentam uma visão biomédica, centrada ao consumo da CM para a resolução das demandas levando a organização do trabalho ao modelo tecno assistencial biologicista, baseado no consumo de tecnologias duras, onde a visão de acesso à saúde se torna o acesso a consultas, exames, procedimentos e tratamentos (Santos; Penna, 2013).

Ferreira (2018) considera a classificação de risco como uma etapa da consulta de enfermagem: através da avaliação por meio da anamnese e exame físico, considerando suas necessidades de saúde e de vulnerabilidade, com decisões amparadas pela sistematização da assistência de enfermagem.

Analisando os 10 CIDs prevalentes, destaca-se que quatro deles são pertencentes ao Capítulo XXI: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, cujos códigos se relacionam a solicitação e avaliação de exames rotina e consultas de pessoas sem queixas.

Os CIDs J00 - Nasofaringite Aguda (Resfriado Comum), R05 – Tosse, J03 - Amigdalite Aguda, M545 - Dor Lombar Baixa e M796 - Dor Em Membro demonstram a boa capacidade das equipes para o atendimento de queixas agudas na DE. O CID I10 - Hipertensão Essencial (Primária) é o único relativo a alguma condição crônica dos usuários atendidos. A falta de espaço na agenda para o acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas gera a ausência destes CIDs entre os mais

prevalentes. Dos 10 CIDs prevalentes na APS de São Francisco do Glória, três estão na lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (Brasil, 2008) sendo eles: J00 - Nasofaringite Aguda (Resfriado Comum), J03 - Amigdalite Aguda e I10 - Hipertensão Essencial (Primária), o que demonstra efetividade das equipes para condições que devem ser acompanhadas pela ESF.

Nesse estudo, ao analisar os relatórios operacionais do PEC (médico e enfermeiro), notou-se a alta rotatividade do profissional médico, com alguns meses sem produção de consultas médicas devido à falta do profissional nas unidades, enquanto a produção de consulta de enfermagem obteve registros em todos os meses analisados, apesar de constante troca de profissionais entre as equipes. A alta rotatividade de profissionais médicos compromete uma melhor relação entre DE e DP.

A maior resolutividade da ESF perpassa necessariamente pela maior disponibilidade de médicos, evitando a comum rotatividade e falta de fixação desses profissionais. O desafio de reter o profissional na atenção primária se torna ainda maior quando existem falhas nos processos de trabalho: equipes enraizadas no tradicional modelo médico-hegemônico, gerando sobrecarga ao profissional médico, com baixo aproveitamento da equipe multiprofissional na resolução das demandas dos usuários (Oliveira *et al.*, 2017).

Nos registros dos 10 CIAPs mais prevalentes, quatro estão no capítulo A: geral e não específico, códigos relacionados a condições de saúde não específicas e não agudas. Nos demais CIAPs prevalentes identificou-se a presença de códigos relacionados a grupos prioritários e condições crônicas, em contraste com os registros do CID-10.

Sendo parte ativa do processo de produção em saúde, a enfermagem é capaz de promover o desenvolvimento e manejo de cuidado para grupos vulneráveis, transformando o processo saúde doença (Macedo *et al.*, 2020). Apesar de um número total de CE menor do que as CM se notou que as CE foram mais voltadas para o atendimento de grupos específicos dentro do território, priorizando hipertensos, diabéticos e gestantes/neonatos.

Landsberg *et al.* (2012) defende a CIAP-2 como forma mais adequada de classificação de consultas no âmbito da APS, uma vez que foi pensada e desenvolvida para sua utilização na atenção primária. A CIAP-2 possui relação com o método clínico centrado na pessoa e possibilita, através do entendimento dos motivos de consultas, gênero e faixa etária dos usuários, a reorganização da equipe, para melhorar o

acesso, as portas de saída do acolhimento, contemplando as necessidades da população.

Um dos motivos para a grande diferença na quantidade de consultas médicas e de enfermagem pode ser atribuído à responsabilidade do enfermeiro com as funções administrativas. Lopes *et al.* (2020) avalia que dentro da estrutura das equipes de saúde da família o enfermeiro assume a responsabilidade de organizar os processos de trabalho da equipe de enfermagem e contribui na articulação do trabalho dos demais profissionais, trabalhando como um gestor de pessoas. Essa função administrativa limita sua atuação assistencial junto aos usuários do território, gerando sofrimento, frustração e desvalorização do trabalho (Jorge *et al.*, 2007). No município do estudo, não existe o cargo de coordenador da unidade e todas as funções administrativas estão na responsabilidade do enfermeiro assistencial, o que pode ser um dos motivos para a grande diferença na quantidade de consultas médicas e de enfermagem, pois o profissional médico exerce apenas papel assistencial.

Analisando os CIDs e CIAPs prevalentes, ao buscá-los na Tabela de Relação CIAP2 x CID10 (Brasil, 2023), existe em comum nos atendimentos médicos e de enfermagem apenas os códigos: I10 - Hipertensão Essencial (Primária) e K86 - Hipertensão Sem Complicações, sendo esse o único código entre os prevalentes presente nos relatórios de produção analisados (CM e CE).

O CIAP-2 permite compreender os motivos que levam o usuário a procurar a unidade de saúde. Apesar de ser um código que pode ser utilizado por todos os profissionais que prestam assistência na atenção primária, no município analisado, os médicos possuem volume irrisório de classificações CIAP-2, baseando sua produção no CID-10. No município, nunca houve atendimento de médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, sendo o cuidado ofertado sempre por médicos clínico gerais.

Por fim, como limitação deste estudo, é necessário destacar que as variáveis não obrigatórias para a conclusão do atendimento no PEC, apresentaram pouco ou nenhum registro nos atendimentos médicos e de enfermagem analisados, motivo pelo qual essas variáveis foram excluídas na metodologia, pois não representariam nenhum valor significativo para avaliação da demanda. São os campos referentes à: atenção domiciliar, Racionalidade em saúde, Criança - Aleitamento materno, NASF/Polo, Encaminhamento, Problemas/Condições avaliadas, Problemas/Condições avaliadas - Doenças transmissíveis e Problemas/Condições

avaliadas – Rastreamento.

Toledo *et al.* (2021) aponta que existe resistência na utilização do prontuário eletrônico por alguns profissionais devido à falta de capacitação, registros não obrigatórios apresentam subutilização ou ausência.

Para Valdes e Souza (2024), o Prontuário Eletrônico possui capacidade de modificar os serviços de saúde, desde que seu uso seja significativo. No Brasil, a informatização da atenção primária ainda apresenta fragilidades relacionadas à infraestrutura, deficiência nas capacitações e resistência dos profissionais, com equipes que ainda realizam o registro de forma dupla (eletrônico e papel), sendo possível que nestas unidades o registro eletrônico seja destinado apenas a fins burocráticos.

Nas unidades analisadas, destaca-se que duas atendem na zona rural, sem computador ou internet disponível, o que pode comprometer os registros. Há também a presença de uma ESF que realiza o registro duplo (meio eletrônico e papel). É preciso que os profissionais realizem os registros de forma eficaz, preenchendo todas as informações de saúde disponíveis e não apenas as obrigatórias, pois o preenchimento apenas das informações obrigatórias para a conclusão do atendimento, fragiliza a geração das informações em saúde. Outro aspecto importante é conhecer o manual do sistema de informação que se utiliza por isso a necessidade do treinamento, além da prática da análise das informações, o que pode contribuir para o real conhecimento das demandas e necessidades das populações adscritas.

Estudos relatam a dificuldade do profissional em dividir sua atenção entre o paciente e a tela, prejudicando o contato olho no olho, o diálogo, o relacionamento paciente-profissional e a centralização da atenção no usuário atendido (Crampton; Reis; Shachak, 2016). Apesar disso, o PEC é fundamental na comunicação entre os profissionais e equipes, proporcionando a continuidade do cuidado realizado, sendo uma ferramenta fundamental para a troca de informações entre os profissionais da rede, em diferentes pontos da RAS (Avila, 2022).

Moura *et al.* (2022) relata que cada ESF apresenta demanda assistencial única, sendo necessário competências profissionais singulares que compreendam o território e sua comunidade. Nesse sentido, realizar um diagnóstico situacional permite a criação de estratégias direcionadas para melhor organizar os processos de trabalho da equipe, otimizando o fluxo dos usuários e seu atendimento. Reformular os

processos de trabalho em busca de uma agenda que proporcione atendimento a DE e a DP, tem potencial para melhorar o fluxo da unidade, a integralidade do cuidado, tornando as equipes mais resolutivas, através de uma nova ordenação das demandas.

Os resultados apresentados demonstram que as consultas mais prevalentes podem se incorporar a uma agenda programada, melhorando inclusive o atendimento aos usuários portadores de condições crônicas. A informação gerada pelo PEC deve ser utilizada como ferramenta para a transformação dos processos de trabalho e base para a tomada de decisão de gestores e equipes para repensar o modelo assistencial ofertado a população.

As reflexões aqui apresentadas, associadas às inquietações enquanto enfermeira da eSF e relacionadas ao cotidiano da prática de trabalho, onde as ações e o desempenho das funções ainda são fragmentados e baseados em uma perspectiva ambulatorial e biomédica, levaram este trabalho a elaborar um raciocínio que propicie o aumento da utilização das informações geradas pelo PEC, nos relatórios de produção profissional e de cadastro da população, de modo a impulsionar o equilíbrio na agenda entre DE e DP dentro das eSF. Dessa forma, a elaboração da Semana Padrão, como produto técnico tecnológico, baseada em dados coletados pelo PEC, a partir do atendimento oferecido às populações adscritas às eSF (dados populacionais e assistenciais) e parâmetros assistenciais, visa contribuir para que os profissionais da APS, em especial da ESF, possam se apropriar de uma prática que resulte, de fato, em uma conduta profissional que assuma os atributos da APS, com reflexos na melhoria dos serviços ofertados às populações adscritas, orientados pelas necessidades e problemas de saúde, ofertados e acessados de forma oportuna.

8 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO - SEMANA PADRÃO DE ATENDIMENTO

O perfil da demanda levantado por este estudo propõe uma semana padrão de atendimento, baseado nos Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017) e no perfil da demanda dos usuários da atenção primária do município de São Francisco do Glória, visando uma nova agenda de atendimento médico e de enfermagem.

No final de 2023, os dados de cadastro da população da ESF Azul, registraram os seguintes dados: população total: 1734 usuários, idosos: 399 usuários, tabagistas: 198 usuários, acamados: 7 usuários, domiciliados: 21 usuários, pessoas com diagnóstico de hanseníase e tuberculose: 0 usuários, crianças de 0 a 12 meses: 16 usuários, crianças de 12 a 24 meses: 38 usuários, crianças de 1 a 10 anos: 265 usuários, gestantes: 13 usuárias, diabéticos: 135 usuários e hipertensos: 479 usuários.

O quadro a seguir demonstra parâmetros assistenciais para populações preconizadas no âmbito da APS em comparação com os dados de cadastro dos usuários da ESF Azul no ano de 2023:

Quadro 2 - Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS

PROCEDIMENTO	PARÂMETRO ASSISTENCIAL x Cálculo baseado no ano de 2023 da ESF Azul
GESTANTES	
PARAMETRO EPIDEMIOLÓGICO:	
Consulta médica pré-natal	03 consulta/gestante - 39 consultas ano
Consulta puerperal	01 consulta/gestante - 13 consultas ano
Consulta de enfermagem pré-natal	03 consultas/gestante - 39 consultas ano
Ações educativas gestante	04 reuniões/gestante - 52 ações ano
CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES	
Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 ano	02 atividade educativa/população coberta/ano - 32 atividades ano
Visita domiciliar ao RN na primeira Semana	01 visita na 1ª semana de vida - 16 visitas ano
Consulta médica para RN >2500 g	RN com peso \geq 2.500g (92% da população alvo) = 3 consultas/ano - 45 consultas ano
Consulta enfermagem para RN >2500 g	RN com peso \geq 2.500g (92% da população alvo) = 4 consultas/ano - 60 consultas ano
Consulta médica para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da população alvo) = 7 consultas/ano - 7 consultas ano
Consulta enfermagem para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da população alvo) = 6 consultas/ano - 6 consultas ano
Teste do pezinho	1 exame até o 7º dia
Vacinação básica	de acordo com o protocolo de vacinação
CRIANÇAS DE 12 A 24 MESES	
Consulta médica	2 consultas/ano - 76 consultas ano
Consulta de enfermagem	1 consulta/ano - 38 consultas ano

Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 a 10 anos	1 atividade educativa/população coberta/ano – 12 ações ano
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	De acordo com diagnóstico e Necessidade
Vacinação básica	de acordo com o protocolo de vacinação
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
DIABETES MELLITUS - 135 usuários	
Risco baixo:	20% da população (pré diabéticos) *
Risco médio:	50% dos diabéticos – 68 usuários
Risco alto:	25% dos diabéticos - 34 usuários
Risco muito alto:	5% dos diabéticos – 7 usuários
Parâmetro epidemiológico:	(6,2% da população de 18 anos ou mais)
HIPERTENSOS - 479 usuários	
Risco baixo:	40% dos hipertensos – 192 usuários
Risco médio:	35% dos hipertensos – 168 usuários
Risco alto:	25% dos hipertensos – 120 usuários
Parâmetro epidemiológico:	(21,4% da população de 18 anos e mais)
CONSULTAS POR HABITANTE - 1734 usuários adscritos	
Consulta médica:	2 a 3 consultas por habitante/ano – 5202 consultas
Consulta de enfermagem:	0,5 a 1 consulta por habitante/ano – 1734 consultas

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Na ESF Azul, o profissional médico é atualmente profissional ligado ao programa Mais Médicos, realizando 36 horas semanais. Já o profissional enfermeiro possui carga horária de 40 horas semanais.

Necessidade de consultas médicas para ações programadas: 810 consultas. Necessidade de consultas de enfermagem para ações programadas: 786 consultas. Considerando os parâmetros assistenciais e implementando o mínimo de uma consulta para cada usuário hipertenso e diabético do território.

Tabela 11: Carga Horária Semanal/proposta de divisão entre as atividades da APS

PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	N DE PROFISSIONAIS	EDUCAÇÃO PERMANENTE/AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
MÉDICO	36h	01	2h
ENFERMEIRO	40h	01	4h
	ATIVIDADE ADMINISTRATIVAS	CONDIÇÕES CRÔNICAS E DP/VISITAS DOMICILIARES	DEMANDA ESPONTÂNEA
MÉDICO	4h	12h	18h
ENFERMEIRO	8h	10h	18h

Fonte: dados trabalhados pela autora.

Capacidade potencial de acordo com a carga horária médica:

Demanda Espontânea: Carga horária semanal: 36 horas. Divisão de 18 horas para consultas de DE = 1080 minutos (50% do tempo total), considerando tempo padronizado de consulta médica: 20 minutos, $1080 \text{ minutos} / 20 \text{ minutos} = 54$ consultas semanais. $54 \text{ consultas} / 5 \text{ dias (2ª a 6ª)} = 10,8$ (11 consultas/dia).

Demanda Programada: Carga horária semanal: 36 horas. Divisão de 14 horas para consultas de DP = 720 minutos (38,8% do tempo total), considerando tempo padronizado de consulta médica: 20 minutos, $720 \text{ minutos} / 20 \text{ minutos} = 36$ consultas semanais. $36 \text{ consultas} / 5 \text{ dias (2ª a 6ª)} = 7,2$ (8 consultas/dia).

O tempo de consulta de 20 minutos por paciente ou 03 paciente por hora, é de acordo com Parecer CRM-MG nº 74/2018, que dispõe sobre o atendimento médico na atenção primária, compondo a média de 3 a 4 pacientes por hora, totalizando uma capacidade potencial anual de 2808 consultas de demanda espontânea e 1872 consultas de demanda programada.

04 horas semanais para participação de atividades educativas, promoção em saúde e atividades administrativas da unidade (reunião de equipe, planejamento de ações, educação permanente, entre outros).

Capacidade potencial de acordo com a carga horária enfermeiro:

Demanda Espontânea: Carga horária semanal: 40 horas. Divisão de 18 horas para consultas de DE e acolhimento da DE = 1080 minutos (45% do tempo total).

Demanda Programada: Carga horária semanal: 40 horas. Divisão de 10 horas para consultas de DP = 600 minutos (25% do tempo total).

A divisão da carga horária do enfermeiro é totalizada em minutos, pois não é possível determinar o tempo para realização de cada acolhimento na DE.

08 horas semanais para participação de atividades educativas, promoção em saúde e atividades administrativas da unidade (reunião de equipe, atualização de protocolos, realização de pedidos de material, entre outros).

No ano de 2022 foram realizadas 4032 consultas médicas e 1862 consultas de enfermagem na ESF Azul. Em relação as consultas médicas, destaca-se que a capacidade potencial encontrada na semana padrão é de realização de 4680 consultas médicas anuais, número maior que as consultas realizadas no ano de 2022 e menor do que as 5202 consultas anuais, considerando 03 consultas por habitante ao ano. Ainda assim, a reorganização da agenda dos profissionais é capaz de garantir o cuidado aos usuários adscritos, através de capacitação profissional, adequação a

realidade local, contínua avaliação dos usuários e monitoramento das metas propostas para a saúde da família. A reformulação da agenda profissional busca eficiência, qualidade e humanização no atendimento médico e de enfermagem, valorizando a prevenção e promoção da saúde da população, melhorando indicadores de saúde e fortalecendo a relação entre equipe e usuários. Transformar o acolhimento, agendamento e a oferta de consultas perpassa pela construção de um ambiente flexível e colaborativo entre os atores, valorizando as características da comunidade e da equipe.

O quadro a seguir demonstra a proposta de semana padrão de atendimento para a ESF AZUL, mesclando atendimento de DE, DP, atividades de educação em saúde e funções administrativas.

Quadro 3 - Proposta de semana padrão de atendimento médico e enfermeiro na ESF AZUL

DIAS DA SEMANA:	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
AGENDA MÉDICO					
MANHÃ	12 DE	8 DE 4 DP	12 DE Na Zona Rural	8 DE 4 DP	12 DE
TARDE	4 DE 8 DP	4DE 4DP Ação Educativa	Visita Domiciliar (6 DP) E Atividade Administrativa	4 DE 4 DP E Atividade Administrativa	-
AGENDA ENFERMEIRO					
MANHÃ	Acolhimento DE, Consultas DE e Vacinação	Acolhimento DE, Consultas DE e Vacinação	Acolhimento DE, Consultas DE e Vacinação	Acolhimento DE, Consultas DE e Vacinação	Acolhimento DE, Consultas DE e Vacinação
TARDE	Consultas Programas (Puericultura) e Atividades Administrativas	Ação Educativa e Atividades Administrativas	Consultas Programas (Coleta De Citopatológico)	Consultas Programas (Hipertensos e Diabéticos) e Atividades Administrativas	Consultas Programas e Atividades Administrativas

Fonte: dados trabalhados pela autora.

A proposta aqui apresentada visa possibilitar que os profissionais da eSF equilibrem sua agenda de trabalho, acolhendo demanda espontânea e tendo espaço para a demanda programada, bem como ações de promoção à saúde e execução de atividades administrativas de rotina, com uma agenda baseada na realidade do território adscrito da ESF Azul e fortalecendo o acolhimento dos usuários, melhorando o vínculo com a equipe. É possível que outras eSF utilizem os dados do PEC para avaliar sua demanda, seu território e reorganizem a agenda profissional.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de trabalho das equipes de saúde da família devem passar por constante avaliação e atualização, visando ofertar ações condizentes com a necessidade do território. Uma agenda profissional voltada para atendimento exclusivo de demanda espontânea, prejudica o acompanhamento da população adscrita, em especial a dos usuários mais vulneráveis e portadores de doenças crônicas.

A demanda espontânea exacerbada pode gerar desorganização do serviço e dificuldades no acompanhamento de demandas preventivas dos usuários, contribuindo para a superlotação das unidades, levando a longas filas e tempo de espera elevado, com sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, resultando em uma prestação do cuidado em saúde em curto período para avaliação, diagnóstico e prescrição, comprometendo a qualidade do atendimento. Em contrapartida, uma agenda baseada apenas em demanda programada limita o acesso dos usuários, eleva as faltas e desistências nas consultas agendadas, gerando ineficácia no uso dos recursos materiais e humanos.

Considerando essas duas realidades, é necessário que os profissionais e gestores compreendam a necessidade de mudanças nos processos de trabalho, buscando o equilíbrio entre os dois tipos de acesso do usuário. Essa mudança perpassa por facilitar o acesso dos usuários à equipe de saúde da família, através da integração dos sistemas de informação e marcação de consultas, ações de educação em saúde para a população: visando conscientizar sobre a importância do acompanhamento regular da saúde e com o fornecimento de informações sobre as formas de agendamento. Os profissionais precisam flexibilizar a agenda, proporcionando acolhimento eficaz, buscando horários alternativos de atendimento, fornecendo consultas de demanda espontânea para queixas agudas e espaço reservado para o acompanhamento de condições crônicas. Por fim, é necessária integração com a população, para não apenas compreender suas necessidades, mas também fornecer mecanismos de feedback e monitoramento da satisfação dos usuários, com ajuste constante dos fluxos e serviços da APS.

Diante do exposto, o presente estudo buscou compreender e refletir sobre as demandas da população adscrita do município de São Francisco do Glória, encontrando o perfil de demanda dos usuários e analisando os CIDs e CIAPs mais

prevalentes na APS, com avaliação das condições que poderiam ser operacionalizadas dentro de uma agenda profissional que equilibre DE e DP, visando uma semana padrão de atendimento que contemple os parâmetros assistenciais preconizados pelo ministério da saúde, as demandas da população e o anseio dos profissionais para uma atuação além do atendimento de DE, resgatando a essência do cuidado em rede dentro da saúde da família.

Ficou evidenciado que apesar do município atender a população com uma agenda focada quase exclusivamente na demanda espontânea, os usuários são atendidos e diagnosticados com CIDs e CIAPs prevalentes que poderiam ser manejados dentro de uma oferta de cuidado programado. Implementar ações que transformem as agendas dos profissionais médicos e enfermeiros dentro da saúde família, através da análise das condições de saúde evidenciadas é essencial para o fortalecimento da atenção primária e para as equipes se tornem cada vez mais resolutivas.

Esta pesquisa visa contribuir de forma efetiva com a transformação do acesso as unidades de saúde da família, em especial a de municípios de pequeno porte onde a APS é o único ponto da rede de saúde dentro do território. Espera-se que os profissionais utilizem o PEC de forma efetiva, com fiel registro das informações, possibilitando análises reais dos dados em saúde e lutem pela transformação do acolhimento e atendimento da população, com vistas a alcançar o chamado “acesso avançado”, melhorando a qualidade do cuidado prestado e a eficácia dos serviços de saúde, através do acesso equitativo, acompanhamento integral, ações de educação em saúde, uso das tecnologias leves, participação da comunidade e fortalecimento da rede de cuidado. Essa mudança pode favorecer a coordenação do cuidado dentro da APS, melhorando a articulação entre os níveis de atendimento. Orientar gestores e a população sobre a importância de uma prática clínica centrada no paciente, ofertada por equipe multiprofissional, é necessário para que a prática profissional diária dos profissionais se aproxime dos princípios norteadores da APS.

São necessários mais estudos com foco nas unidades de saúde da família de territórios distantes de grandes centros, com grande percentual de território rurais, onde o exercício clínico de médicos e enfermeiros dentro da atenção primária pode se distanciar da visão de prevenção e manutenção da saúde, seja por falta de recursos humanos, estrutura precária, pressão dos gestores para atendimento médico-centrado e quantitativo, falta de conhecimento da população sobre as atribuições das

equipes de saúde da família e ainda ausência de profissionais especialistas em saúde da família.

A aplicação da Semana Padrão de atendimento, surge como uma estratégia para melhorar a organização e eficiência das equipes, melhorando o cuidado ofertado aos usuários. Através de um cronograma baseado na capacidade de cada profissional, parâmetros de assistência e necessidades baseadas no perfil populacional, é capaz de otimizar os fluxos de trabalho. A priorização de horários para o acompanhamento da saúde de maneira preventiva e para a realização de ações de educação em saúde, retoma a característica principal da APS, proporcionando a criação de uma cultura de cuidado. Apesar de desafios comuns a APS, como a falta de recursos, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação da equipe, a semana padrão é uma estratégia para garantir aos profissionais e aos usuários uma agenda que contemple a demanda espontânea e programada. A semana padrão tem potencial para transformar os processos de trabalho no âmbito da APS.

A busca por transformações nos processos de trabalho da APS e melhoria do acesso aos serviços é um caminho que visa enfrentar os desafios da saúde pública, ao valorizar o saber e demandas provenientes da população, colocando o usuário como protagonista do seu cuidado, ofertando uma agenda eficaz e acolhedora, que respeite a capacidade operacional de cada profissional e permeie o cuidado das populações mais vulneráveis. O equilíbrio entre DE e DP é fundamental para garantir uma assistência integral e efetiva aos usuários adscritos, otimizando recursos e melhorando a satisfação da população e dos profissionais.

Este estudo apresenta no Apêndice A, uma proposta de semana padrão de atendimento, baseada nos cadastros, demanda e oferta de serviços e profissionais de uma das equipes de saúde da família do município analisado (ESF Azul), com o intuito de fornecer um produto técnico que leve a melhoria da relação entre usuários e profissionais, bem como aproxime a atuação da equipe aos princípios norteadores da atenção primária a saúde brasileira, com a esperança de que a semana seja colocada em prática na unidade proporcionando um olhar especial aos usuários portadores de doenças crônicas e as práticas de prevenção e promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABEL-SMITH, B.; LEISERSON, A. **Pobreza, desarrollo y política de salud**. [S.l.]: Organización Mundial de la Salud, 1978.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, [S.l.], v. 37, n. 11, p. e00255020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>.

ALVES, J. P. *et al.* Avanços e desafios na implantação do e-sus-atenção básica. *In*: CONBRACIS, 2., 2017. Campina Grande. **Anais** [...]. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29145>. Acesso em: 28 out. 2024.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia & saúde coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acesso-aos-servicos-de-saude-abordagens-conceitos-politicas-e-modelo-de-analise/10932?id=10932>. Acesso em: 28 out. 2024.

ÁVILA, G. S. *et al.* Prontuário Eletrônico Na Gestão Do Cuidado Em Equipes De Saúde Da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e79641, 2022.

BARROS, R. D.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 27, n. 11, p. 4289-4301, nov. 2022.

BODENHEIMER, T. *et al.* The 10 building blocks of high-performing primary care. **Annals of family medicine**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 166-171, 2014.

BOUSQUAT, A. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n. 7, de 24 de novembro de 2016**. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. Brasília: Comissão Intergestores Tripartite, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0007_24_11_2016.html. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 9273, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 449–459, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000400014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 17 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf#:~:text=13%20O%20acolhimento%20com%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de,gest%C3%A3o%20e%20as%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20acesso%20aos%20servi%C3%A7os>. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. **Relação entre CIAP2 e CID10**. 2023. Disponível em: https://integracao.esusab.ufsc.br/ledi/documentacao/referencias/relacao_ciap_cid.html. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRITO, G. E. G. DE .; MENDES, A. DA C. G.; SANTOS NETO, P. M. DOS .. O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PERSISTÊNCIA DAS PRÁTICAS CURATIVISTAS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 975–995, set. 2018.

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciencia & saúde coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00383.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 21, n. 9, p. 2849-2860, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS:

processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CHÁVEZ, G. M. *et al.* Theorizing demand by family health strategy professionals and users: spontaneous, scheduled, suppressed. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 29, p. e20180331, 2020.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M. S.; VIEGAS, S. M. D. F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 30, n. 3, 2020.

CLEMENTE, M. P.; PINTO, A. G. A.; MARTINS, A. K. L. Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 45, n. 129, p. 315-326, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905>.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. **Parecer CRM-MG Nº 74/2018**. Processo-consulta nº 87/2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/74_2018.pdf#:~:text=Em%20m%C3%A9dia%20o%20m%C3%A9dico%20deve%20atender,3%20a%204%20consultas%20por%20hora. Acesso em: 28 out. 2024.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. D. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência Cuidado e Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 3, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-655748>. Acesso em: 28 out. 2024.

CRAMPTON, N. H.; REIS, S.; SHACHAK, A. Computers in the clinical encounter: a scoping review and thematic analysis. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 654-665, 2016.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista brasileira de epidemiologia**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>.

DUARTE, K. M. *et al.* Dificuldades encontradas para a implantação da educação popular na realização da promoção de saúde. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 1, n. 1, p. 33-51, 2014.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

FAUSTO, M. C. *et al.* **Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020. 404 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>. Acesso em: 28 out. 2024.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 38, n. esp., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/?format=pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

FEKETE, M. C. *et al.* Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. **Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 177-84.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1311-1320, 2017.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G.. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704–709, 2018

FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 821-836, mar. 2023.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora. **Revista Saúde Coletiva**, [S.l.], v.16, n. 1, p. 83-97, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JD7BYtzxZ7kw6BJ7QgsJDTB/?format=pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? **Lancet**, [S.l.], v. 372, n. 9654, p. 1997-1999, 2008.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

HOLANDA FERREIRA, A. B. *et al.* **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.**

São Paulo: Positivo, 2004.

HORTA, N. C. *et al.* A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009.

HORTALE VA, P. M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad Saude Publica**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100024>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 20 maio 2024.

IBM Corp. Released 2020. **IBM SPSS Statistics for Windows**: Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp, 2020.

IMPrensa NACIONAL. **Imprensa Nacional**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>. Acesso em: 12 set. 2024.

INOJOSA, R. M. **A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários.X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública**. Santiago, Chile: [s.n.], 2005.

JORGE, M. S. B. *et al.* Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 81-86, jan. 2007.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. **Australian family physician**, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 152-156, 2013.

LAMBERTS, H.; HOFMANS-OKKES, I. Episode of care: a core concept in family practice. **The journal of family practice**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 161-167, 1996.

LANDSBERG, G. A. P. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020.

MACEDO, J. K. S. S. *et al.* Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. **Revista Enfermagem UERJ**, [S./], v. 28, p. e39222, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.39222.

MARQUES-FERREIRA, M. L.; BARREIRA-PENQUES, R. M.; SANCHES-MARIN, M. J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, [S./], v. 14, n. 2, p. 216-225, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/49994/3197-20295-1-pb.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

MELO, D. S. *et al.* O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S./], v. 26, n. 10, p. 4569-4578, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>.

MELO, M. V. S. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S./], v. 26, p. e220358, 2022.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, [S./], v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S./], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F.. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S./], v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOURA, R. A. *et al.* Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S./], v. 32, n. 1, p. e320103, 2022.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: Exploding the access paradigm. **Family Practice Management**, [S./], v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

NAKATA, L. C. *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, [S./], v. 24, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da

Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 165-179, jan. 2015.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, [S.l.], v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PASCHOALOTTO, M. A. C. *et al.* A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 80–93, 2018.

PELISOLI, C. *et al.* Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, abr. 2014.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 4, 2014. DOI: 10.35699/2316-9389.2014.50118.

PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de belo horizonte, minas gerais, segundo inquérito telefônico. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 24, p. e1300, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200030>.

PINHEIRO DE SOUSA, M. *et al.* Análise da implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC): revisão de literatura. **Revista interdisciplinar em saúde**, [S.l.], v. 7, n. único, p. 2261-2271, 2020. Disponível em: https://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_28/Trabalho_165_2020.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.

PIRES, L. A. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 121, p. 6050-613, abr. 2019.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados

aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

REIGADA, C. L. DE L. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–7, 2017.

ROCHA, K. **Demanda espontânea da unidade básica de saúde de cachoeirinha em Belo Horizonte**: plano de intervenção. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5841>. Acesso em: 12 set. 2024.

SAMPAIO, L. F. R. **O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: Contribuições para Discussão. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2004. p. 25-41. (CONASS Documenta, 7) Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3437.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

SAMPAIO, M. M. A. *et al.* Confiabilidade interobservador da classificação internacional de atenção primária em uma unidade de atenção básica à saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 355-362, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200013>.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Daily demands in primary care: the view of health professionals and users. **Texto & contexto enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 149-156, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e serviços de saúde**: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, [S.l.], v. 29, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961–970, maio 2010.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 28, n. 9, p. 2743-2750, 2023.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, p. 3781-3786, 2021.

- SHIMIZU, H. E. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 26, n. suppl 2, p. 3385-3396, 2021.
- SILVA, C. S. *et al.* Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 42, n. spe1, p. 452-456, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>.
- SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 561–568, set. 2012.
- SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista brasileira de educação medica**, [S.l.], v. 46, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde, 2002 Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 12 set. 2024.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; XU, D. J. **ORIGINAL RESEARCH**: Validating the adult primary care assessment tool. Disponível em: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.
- STELET, B. P. *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, [S.l.], v. 20, 2022.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 869-883, jul. 2014.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B.. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, set. 2018.
- TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>.
- TOLEDO, P. P. S. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2131–2140, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de saude publica**, [S.l.], v. 24, n. 6, p.

445–452, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101990000600002>.

VALDES, G.; SOUZA, A. S. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 29, n. 1, 2024.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciencia & saude coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6467>. Acesso em: 12 set. 2024.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Cien Saude Coletiva**, [S.l.], 2018. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-e-redes-de-saude/16677?id=16677>. Acesso em: 12 set. 2024.

VIDAL, T. B. *et al.* Scheduling models and primary health care quality. **Revista de saude publica**, [S.l.], v. 53, p. 38, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>.

WIKI, FamilySearch. São Francisco do Glória, Minas Gerais, Brasil - Genealogia - FamilySearch Wiki. 25 Apr. 2024. **FamilySearch Wiki**. Disponível em: https://www.familysearch.org/pt/wiki/S%C3%A3o_Francisco_do_Gl%C3%B3ria,_Minas_Gerais,_Brasil_-_Genealogia.

ANEXOS

ANEXO A - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - MÉDICO – PEC – E-SUS AB



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA
UNIDADE DE SAÚDE Centro de Saude Paulo Ricardo Sao Francisco do Gloria

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento individual

Resumo de produção

Descrição	Quantidade
Registros identificados	206
Registros não identificados	3
Total:	209

Dados gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Ficou em observação	0	0	209
Gravidez planejada	0	0	209
Vacinação em dia	0	0	209

Turno

Descrição	Quantidade
Manhã	0
Tarde	182
Noite	26
Não informado	1
Total:	209

Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	76
Feminino	133
Não informado	0
Total:	209

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	0	1	0	1
01 ano	1	0	0	1
02 anos	0	1	0	1
03 anos	1	2	0	3
04 anos	1	1	0	2
05 a 09 anos	2	3	0	5
10 a 14 anos	3	8	0	11
15 a 19 anos	1	11	0	12
20 a 24 anos	3	8	0	11

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
25 a 29 anos	11	6	0	17
30 a 34 anos	3	9	0	12
35 a 39 anos	4	6	0	10
40 a 44 anos	3	9	0	12
45 a 49 anos	6	10	0	16
50 a 54 anos	7	7	0	14
55 a 59 anos	7	18	0	25
60 a 64 anos	8	12	0	20
65 a 69 anos	2	10	0	12
70 a 74 anos	8	4	0	12
75 a 79 anos	4	5	0	9
80 anos ou mais	1	2	0	3
Não informado	0	0	0	0
Total:	76	133	0	209

Local de atendimento

Descrição	Quantidade
Domicílio	0
Escola / Creche	0
Instituição / Abrigo	0
Polo (Academia da saúde)	0
Rua	0
UBS	209
Unidade móvel	0
Unidade prisional ou congêneres	0
Unidade socioeducativa	0
Outros	0
Não informado	0
Total:	209

Tipo de atendimento

Descrição	Quantidade
Atendimento de urgência	0
Consulta agendada	0
Consulta agendada programada / Cuidado continuado	0

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Tipo de atendimento

Descrição	Quantidade
Consulta no dia	209
Escuta inicial / Orientação	0
Não informado	0
Total:	209

Atenção domiciliar

Descrição	Quantidade
AD1	0
AD2	0
AD3	0
Não informado	209
Total:	209

Racionalidade em saúde

Descrição	Quantidade
Medicina tradicional chinesa	0
Antroposofia aplicada à saúde	0
Homeopatia	0
Fitoterapia	0
Ayurveda	0
Outra	0
Não informado	209
Total:	209

Criança - Aleitamento materno

Descrição	Quantidade
Exclusivo	0
Predominante	0
Complementado	0
Inexistente	0
Não informado	209
Total:	209

NASF / Polo

Descrição	Quantidade
Avaliação / Diagnóstico	0
Procedimentos clínicos / Terapêutico	0
Prescrição terapêutica	0
Não informado	209
Total:	209

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	0
Retorno para cuidado continuado / programado	0
Agendamento para grupos	0
Agendamento para NASF	0
Alta do episódio	209
Não informado	0
Total:	209

Encaminhamento

Descrição	Quantidade
Encaminhamento interno no dia	0
Encaminhamento para serviço especializado	0
Encaminhamento para CAPS	0
Encaminhamento para internação hospitalar	0
Encaminhamento para urgência	0
Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar	0
Encaminhamento intersetorial	0
Não informado	209
Total:	209

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Asma	0
Desnutrição	0
Diabetes	0
DPOC	0
Hipertensão arterial	0
Obesidade	0
Pré-natal	0

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Puericultura	0
Puerpério (até 42 dias)	0
Reabilitação	0
Saúde mental	0
Saúde sexual e reprodutiva	0
Tabagismo	0
Usuário de álcool	0
Usuário de outras drogas	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis

Descrição	Quantidade
Dengue	0
DST	0
Hanseníase	0
Tuberculose	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

Descrição	Quantidade
Câncer de mama	0
Câncer do colo do útero	0
Risco cardiovascular	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
A09 - DIARRÉIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL	1
B009 - INFECÇÃO NÃO ESPECIFICADA DEVIDA AO VÍRUS DO HERPES	1
B350 - TINHA DA BARBA E DO COURO CABELUDO	1
B351 - TINHA DAS UNHAS	1
B356 - TINEA CRURIS	1

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
B369 - MICOSE SUPERFICIAL NÃO ESPECIFICADA	2
B373 - CANDIDÍASE DA VULVA E DA VAGINA	2
B80 - OXIURÍASE	1
B86 - ESCABIOSE [SARNA]	1
D509 - ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO NÃO ESPECIFICADA	1
E55 - DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D	1
E660 - OBESIDADE DEVIDA A EXCESSO DE CALORIAS	2
F064 - TRANSTORNOS DA ANSIEDADE ORGÂNICOS	3
F32 - EPISÓDIOS DEPRESSIVOS	1
F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA	1
F982 - TRANSTORNO DE ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA	1
G43 - ENXAQUECA	1
G442 - CEFALÉIA TENSIONAL	1
G470 - DISTÚRBIOS DO INÍCIO E DA MANUTENÇÃO DO SONO [INSÔNIAS]	1
H612 - CERUME IMPACTADO	2
I10 - HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)	2
I83 - VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES	1
I872 - INSUFICIÊNCIA VENOSA (CRÔNICA) (PERIFÉRICA)	1
I95 - HIPOTENSÃO	1
J00 - NASOFARINGITE AGUDA [RESFRIADO COMUM]	3
J302 - OUTRAS RINITES ALÉRGICAS SAZONAIS	1
J441 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM EXACERBAÇÃO AGUDA NÃO ESPECIFICADA	1
J449 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA	1
K30 - DISPEPSIA	2
K40 - HÉRNIA INGUINAL	1
K76 - OUTRAS DOENÇAS DO FÍGADO	1
K81 - COLECISTITE	1
L235 - DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS	1
L309 - DERMATITE NÃO ESPECIFICADA	1

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
L608 - OUTRAS AFECÇÕES DAS UNHAS	1
L851 - CERATOSE ADQUIRIDA [CERATODERMIA] PALMAR E PLANTAR	1
L91 - AFECÇÕES HIPERTRÓFICAS DA PELE	1
L97 - ÚLCERA DOS MEMBROS INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	1
L989 - AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADOS	1
M199 - ARTROSE NÃO ESPECIFICADA	1
M430 - ESPONDILÓLISE	1
M54 - DORSALGIA	5
M544 - LUMBAGO COM CIÁTICA	1
M62 - OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES	1
M775 - OUTRA ENTESOPATIA DO PÉ	1
M796 - DOR EM MEMBRO	14
M85 - OUTROS TRANSTORNOS DA DENSIDADE E DA ESTRUTURA ÓSSEAS	1
N30 - CISTITE	6
N63 - NÓDULO MAMÁRIO NÃO ESPECIFICADO	1
N644 - MASTODINIA	1
N645 - OUTROS SINTOMAS E SINAIS DA MAMA	1
N939 - SANGRAMENTO ANORMAL DO ÚTERO OU DA VÁGINA, NÃO ESPECIFICADO	1
N941 - DISPAREUNIA	1
N946 - DISMENORRÉIA NÃO ESPECIFICADA	1
N951 - ESTADO DA MENOPAUSA E DO CLIMATÉRIO FEMININO	2
R001 - BRADICARDIA NÃO ESPECIFICADA	1
R040 - EPISTAXIS	1
R05 - TOSSE	1
R073 - OUTRA DOR TORÁCICA	2
R10 - DOR ABDOMINAL E PÉLVICA	1
R101 - DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR	3
R104 - OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS	7
R11 - NÁUSEA E VÔMITOS	1
R194 - ALTERAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL	1
R221 - TUMEFACÇÃO, MASSA OU TUMORAÇÃO LOCALIZADAS DO PESCOÇO	1

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
R229 - TUMEFACÇÃO, MASSA OU TUMORAÇÃO NÃO ESPECIFICADAS, LOCALIZADAS	1
R42 - TONTURA E INSTABILIDADE	3
R43 - DISTÚRBIOS DO OLFATO E DO PALADAR	1
R458 - OUTROS SINTOMAS E SINAIS RELATIVOS AO ESTADO EMOCIONAL	4
R491 - AFONIA	1
R51 - CEFALÉIA	2
R600 - EDEMA LOCALIZADO	1
S003 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO NARIZ	1
S600 - CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA	1
S610 - FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESÃO DA UNHA	2
S900 - CONTUSÃO DO TORNOZELO	1
S913 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PÉ	1
T264 - QUEIMADURA DO OLHO E ANEXOS, PARTE NÃO ESPECIFICADA	1
T784 - ALERGIA NÃO ESPECIFICADA	2
W54 - MORDEDURA OU GOLPE PROVOCADO POR CÃO	1
X22 - CONTATO COM ESCORPIOES	1
Z00 - EXAME GERAL E INVESTIGAÇÃO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNÓSTICO RELATADO	3
Z000 - EXAME MÉDICO GERAL	28
Z01 - OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO	1
Z010 - EXAME DOS OLHOS E DA VISÃO	1
Z017 - EXAME DE LABORATÓRIO	34
Z018 - OUTROS EXAMES ESPECIAIS ESPECIFICADOS	1
Z027 - OBTENÇÃO DE ATESTADO MÉDICO	1
Z123 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE MAMA	2
Z124 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO	2
Z125 - EXAME ESPECIAL DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DA PRÓSTATA	1
Z32 - EXAME OU TESTE DE GRAVIDEZ	1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA
UNIDADE DE SAÚDE Centro de Saude Paulo Ricardo Sao Francisco do Gloria

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: MÉDICO | Filtros personalizados: Nenhum

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
Z76 - PESSOAS EM CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS	16
Z760 - EMISSÃO DE PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO	1
Total:	223

Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

Descrição	Solicitado	Avaliado
Total:	0	0

Exames solicitados e avaliados

Descrição	Solicitado	Avaliado
Colesterol total	0	0
Creatinina	0	0
EAS / EQU	0	0
Eletrocardiograma	0	0
Eletroforese de hemoglobina	0	0
Espirometria	0	0
Exame de escarro	0	0
Glicemia	0	0
HDL	0	0
Hemoglobina glicada	1	1
Hemograma	0	0
LDL	0	0
Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista	0	0
Sorologia de sífilis (VDRL)	0	0
Sorologia para HIV	0	0
Sorologia para dengue	0	0
Teste de gravidez	0	0
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	0	0
Ultrassonografia obstétrica	0	0
Urocultura	0	0
Total:	1	1

Exames - Triagem neonatal

Descrição	Solicitado	Avaliado
Teste da orelhinha (EOA)	0	0
Teste do olhinho (TRV)	0	0
Teste do pezinho	0	0
Total:	0	0

Dados processados em 18/07/2023 às 00:00

Impresso em 18/07/2023 às 11:00 por Lais Andrade Nunes.

Pág. 5 / 5

ANEXO B - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - ENFERMEIRO – PEC – E-SUS AB



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA
UNIDADE DE SAÚDE Centro de Saude Paulo Ricardo Sao Francisco do Gloria

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: ENFERMEIRO | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento individual

Resumo de produção

Descrição	Quantidade
Registros identificados	81
Registros não identificados	2
Total:	83

Dados gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Ficou em observação	0	0	83
Gravidez planejada	0	0	83
Vacinação em dia	0	0	83

Turno

Descrição	Quantidade
Manhã	0
Tarde	58
Noite	24
Não informado	1
Total:	83

Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	33
Feminino	50
Não informado	0
Total:	83

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	0	0	0	0
01 ano	1	0	0	1
02 anos	0	0	0	0
03 anos	0	0	0	0
04 anos	0	0	0	0
05 a 09 anos	1	2	0	3
10 a 14 anos	1	1	0	2
15 a 19 anos	0	4	0	4
20 a 24 anos	1	4	0	5

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf.	Total
25 a 29 anos	4	6	0	10
30 a 34 anos	1	2	0	3
35 a 39 anos	2	4	0	6
40 a 44 anos	1	3	0	4
45 a 49 anos	5	4	0	9
50 a 54 anos	4	3	0	7
55 a 59 anos	3	5	0	8
60 a 64 anos	2	6	0	8
65 a 69 anos	0	3	0	3
70 a 74 anos	3	3	0	6
75 a 79 anos	4	0	0	4
80 anos ou mais	0	0	0	0
Não informado	0	0	0	0
Total:	33	50	0	83

Local de atendimento

Descrição	Quantidade
Domicílio	0
Escola / Creche	0
Instituição / Abrigo	0
Polo (Academia da saúde)	0
Rua	0
UBS	83
Unidade móvel	0
Unidade prisional ou congêneres	0
Unidade socioeducativa	0
Outros	0
Não informado	0
Total:	83



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA
UNIDADE DE SAÚDE Centro de Saude Paulo Ricardo Sao Francisco do Gloria

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: ENFERMEIRO | Filtros personalizados: Nenhum

Tipo de atendimento

Descrição	Quantidade
Atendimento de urgência	0
Consulta agendada	0
Consulta agendada programada / Cuidado continuado	0
Consulta no dia	14
Escuta inicial / Orientação	69
Não informado	0
Total:	83

Atenção domiciliar

Descrição	Quantidade
AD1	0
AD2	0
AD3	0
Não informado	83
Total:	83

Racionalidade em saúde

Descrição	Quantidade
Medicina tradicional chinesa	0
Antroposofia aplicada à saúde	0
Homeopatia	0
Fitoterapia	0
Ayurveda	0
Outra	0
Não informado	83
Total:	83

Criança - Aleitamento materno

Descrição	Quantidade
Exclusivo	0
Predominante	0
Complementado	0
Inexistente	0
Não informado	83
Total:	83

NASF / Polo

Descrição	Quantidade
Avaliação / Diagnóstico	0
Procedimentos clínicos / Terapêutico	0
Prescrição terapêutica	0
Não informado	83
Total:	83

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	2
Retorno para cuidado continuado / programado	2
Agendamento para grupos	0
Agendamento para NASF	0
Alta do episódio	11
Não informado	69
Total:	84

Encaminhamento

Descrição	Quantidade
Encaminhamento interno no dia	0
Encaminhamento para serviço especializado	0
Encaminhamento para CAPS	0
Encaminhamento para internação hospitalar	0
Encaminhamento para urgência	0
Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar	0
Encaminhamento intersetorial	0
Não informado	83
Total:	83

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Asma	0
Desnutrição	0
Diabetes	0
DPOC	0
Hipertensão arterial	0
Obesidade	0

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: ENFERMEIRO | Filtros personalizados: Nenhum

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Pré-natal	0
Puericultura	0
Puerpério (até 42 dias)	0
Reabilitação	0
Saúde mental	0
Saúde sexual e reprodutiva	0
Tabagismo	0
Usuário de álcool	0
Usuário de outras drogas	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Doenças transmissíveis

Descrição	Quantidade
Dengue	0
DST	0
Hanseníase	0
Tuberculose	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

Descrição	Quantidade
Câncer de mama	0
Câncer do colo do útero	0
Risco cardiovascular	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
L76 - OUTRAS FRATURAS	1
N94 - NEURITE/ NEVRITE/NEUROPATIA PERIFÉRICA	1
S11 - INFECÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA DA PELE	1
T90 - DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	1
W01 - QUESTÃO SOBRE GRAVIDEZ	1
X07 - MENSTRUÇÃO IRREGULAR/FREQUENTE	1
X11 - SINAIS/SINTOMAS DA MENOPAUSA/CLIMATÉRIO	1
X14 - SECREÇÃO VAGINAL	7

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
Total:	14

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
Total:	0

Exames solicitados e avaliados

Descrição	Solicitado	Avaliado
Colesterol total	0	0
Creatinina	0	0
EAS / EQU	0	0
Eletrocardiograma	0	0
Eletroforese de hemoglobina	0	0
Espirometria	0	0
Exame de escarro	0	0
Glicemia	0	0
HDL	0	0
Hemoglobina glicada	1	0
Hemograma	0	0
LDL	0	0
Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista	0	0
Sorologia de sífilis (VDRL)	0	0
Sorologia para HIV	0	0
Sorologia para dengue	0	0
Teste de gravidez	0	0
Teste indireto de antígeno globulina humana (TIA)	0	0
Ultrassonografia obstétrica	0	0
Urocultura	0	0
Total:	1	0

Exames - Triagem neonatal

Descrição	Solicitado	Avaliado
Teste da orelhinha (EOA)	0	0
Teste do olhinho (TRV)	0	0
Teste do pezinho	0	0
Total:	0	0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA
UNIDADE DE SAÚDE Centro de Saude Paulo Ricardo Sao Francisco do Gloria

FILTROS: Período: 01/08/2021 a 31/08/2021 | Equipe: 0001715593 - ESF PINHEIROS | Categoria profissional: ENFERMEIRO | Filtros personalizados: Nenhum

Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

Descrição	Solicitado	Avaliado
Total:	0	0

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA



PREFEITURA DE
SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA

VAMOS FAZER MAIS, VAMOS FAZER DIFERENTE!
ADM 2017/2024

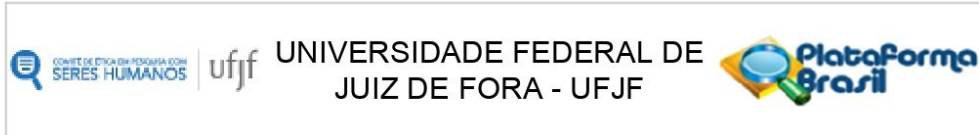
TERMO DE ANUÊNCIA

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE ESTAMOS DE ACORDO COM A REALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO "ARTICULAÇÃO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA" DA MESTRANDA LAÍS ANDRADE NUNES, ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOSSO MUNICÍPIO, ORIENTADA PELA PROFESSORA DRA. ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS, ASSUMINDO O COMPROMISSO DE PERMITIR ACESSO AOS DADOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO E DE APOIAR A REALIZAÇÃO DA PESQUISA EM NOSSA INSTITUIÇÃO, NO PERÍODO 2023-2024

Davison Carvalho Pereira
Secretário municipal de Saúde
CPF: 031.987.756-74

DAVISON CARVALHO PEREIRA

ANEXO D - APROVAÇÃO NO CEP DA UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTICULAÇÃO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma proposta de reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Pesquisador: Laís Andrade Nunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76142123.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.703.087

Apresentação do Projeto:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo de abordagem quantitativa. O cenário de estudo é a atenção primária municipal, rede formada por três unidades básicas de saúde organizadas pela Estratégia de Saúde da Família (UBS/SF) que atendem os usuários adscritos com cobertura de 100% da população, do município de São Francisco do Glória, localizado na zona da mata mineira. Serão analisados os relatórios de produção gerados pelo PEC e Prontuário Eletrônico do Cidadão do sistema de informação e -SUS AB, dos profissionais médicos e enfermeiros das UBS/Sf. Busca-se analisar o perfil da demanda de atendimentos da atenção primária municipal, hoje acolhida exclusivamente por demanda espontânea. Será analisado o período de 2018 a 2022, período que contempla o início da implantação do PEC até último ano completo".

Objetivo da Pesquisa:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Objetivo Primário: Analisar o perfil da demanda espontânea dos usuários que procura a rede instalada de Unidades de Saúde da Família de um município de pequeno porte de Minas Gerais.

Objetivo Secundário: a) Identificar o perfil da demanda da população adscrita em relação aos atendimentos individuais (médicos e enfermeiros); b) Identificar os CIDs e CIAPS2 mais

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.703.087

prevalentes nas produções de médicos e enfermeiros;c) Analisar os CIDs e CIAPS2 prevalentes buscando identificar estes como atendimento à demanda espontânea e demanda programada;d) Contribuir com proposta de reorganização APS, com vistas à articulação dos atendimentos DE e DP, na semana padrão da eSF".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Riscos:Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, pois não envolve diretamente outras pessoas e a análise será apenas com dados formulados por um programa já existente na atenção primária municipal.

Benefícios: Como benefícios diretos estão:¿ Oportunidade de reflexão sobre os processos de trabalho, em especial ao acolhimento realizado nas equipes;¿ Possibilidade de qualificação e reorganização do processo de trabalho;¿ Melhoria da qualidade da assistência ofertada aos usuários que buscam a atenção primária municipal;¿ Maior satisfação profissional e dos usuários, através de uma agenda que possibilite os atendimentos programados;¿

Reaproximação dos profissionais com princípios norteadores da atenção primária.Como benefícios indiretos:¿ Contribuição para a comunidade científica com a produção do conhecimento sobre demanda espontânea e demanda programada;¿ Contribuição para a reflexão de outras equipes a partir das análises das informações sobre o conhecimento produzido na pesquisa".

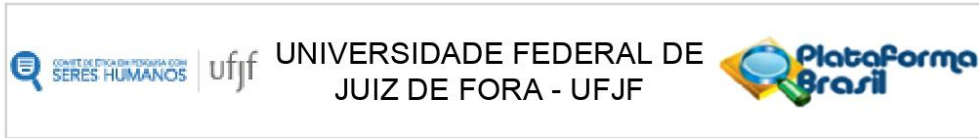
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos previstos na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as disposições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta solicitação justificada de dispensa o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com o que prevê o Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.703.087

infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com a regulamentação definida na Norma

Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Enviar ao CEP/UFJF Relatório Final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 31/07/2024.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

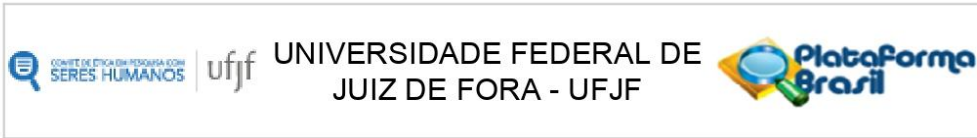
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2238093.pdf	07/03/2024 10:04:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/03/2024 10:04:03	Lais Andrade Nunes	Aceito
Outros	LATTES_ESTELA.pdf	23/11/2023 13:57:41	Lais Andrade Nunes	Aceito
Outros	LATTES_LAIS.pdf	23/11/2023 13:57:27	Lais Andrade Nunes	Aceito
Outros	anexos_relatorios.docx	23/11/2023 13:52:33	Lais Andrade Nunes	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIAEINFRAESTRUTURA.pdf	23/11/2023 13:50:11	Lais Andrade Nunes	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidadEesigilo.pdf	23/11/2023 13:49:50	Lais Andrade Nunes	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	30/10/2023 20:40:29	Lais Andrade Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa.pdf	28/10/2023 23:19:51	Lais Andrade Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.703.087

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Março de 2024

Assinado por:
Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br