

# Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta para análise de demanda e planejamento das ações na Estratégia Saúde da Família

Electronic Citizen Health Record as a tool for analyzing demand and planning services in the Family Health Strategy

Historia Clínica Electrónica del Ciudadano como herramienta para analizar demandas y planificar servicios en la Estrategia de Salud Familiar

## Laís Andrade Nunes

Mestre em saúde da família, enfermeira da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG, Brasil;  
E-mail: lais.a.nunes@ufv.br; ORCID: 0009-0007-6087-0963

## Estela Márcia Saraiva Campos

Doutora em Saúde Coletiva, professora associada IV do Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil;  
E-mail: estela.campos@ufjf.edu.br; ORCID: 0000-0002-3569-9785

Contribuição dos autores: LAN foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, atuando diretamente na definição dos objetivos, metodologia e critérios de análise. Realizou também a coleta e sistematização dos dados, conduzindo a análise dos resultados de forma criteriosa. Participou ativamente da redação do manuscrito, contribuindo com a construção dos argumentos e organização do conteúdo, além de realizar a revisão final do texto. Estela MSC desempenhou o papel de orientadora da pesquisa, acompanhando todas as etapas do trabalho. Contribuiu com sua experiência na definição do referencial teórico, na construção metodológica, na interpretação dos dados e na revisão crítica do manuscrito, garantindo a qualidade científica e a coerência do conteúdo apresentado. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

**Resumo: Objetivo:** Elaborar um produto técnico baseado na análise de dados do prontuário eletrônico e do relatório de cadastro da população adscrita, com base em critérios assistenciais do sistema público de saúde, para possibilitar um planejamento da semana de trabalho do médico e da enfermeira. O objetivo é reorganizar a agenda profissional para promover um melhor equilíbrio entre a demanda espontânea e a demanda programada. **Métodos:** Estudo transversal realizado na atenção primária de um município do interior de Minas Gerais, com três unidades de saúde da família e cobertura total da população. Foram analisados os dados de produção da Estratégia de Saúde da Família Azul. Variáveis como faixa etária, sexo, turno, tipo de atendimento, conduta e diagnóstico foram avaliadas por estatística descritiva. A partir do perfil da demanda e dos parâmetros assistenciais, foi elaborada uma semana padrão para reorganizar as agendas dos profissionais, contemplando a demanda espontânea e a programada. **Resultados:** Foi constatado um desequilíbrio entre a demanda espontânea e a programada, com predominância de atendimentos não agendados. A proposta elaborada consistiu em reorganizar a agenda semanal dos profissionais de saúde, contemplando momentos para cuidados programados, educação em saúde, atividades administrativas e planejamento, equilibrando os parâmetros assistenciais e as necessidades locais. **Conclusões:** A reorganização da agenda de trabalho pode contribuir para a qualificação do cuidado, aumentar a resolutividade dos atendimentos e fortalecer os princípios da atenção primária, valorizando a promoção à saúde e dando espaço para o planejamento e tarefas administrativas, melhorando a organização do serviço e o acesso da população.

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

**Abstract: Objective:** To develop a technical product based on the analysis of electronic health record data and population registry reports, using public health system care criteria, to enable planning of the weekly work schedule for doctors and nurses. The aim is to reorganize the professional agenda to better balance spontaneous and scheduled demand. **Methods:** A cross-sectional study conducted in primary care in a municipality in Minas Gerais, Brazil, with three Family Health units covering the entire population. Data from the Azul Family Health Strategy were analyzed. Variables such as age

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 01/06/2025

Aprovado em: 29/10/2025

Editor responsável: Julio César Schweickardt

group, sex, shift, type of service, clinical conduct, and diagnosis were assessed using descriptive statistics. Based on the demand profile and care parameters, a standard weekly schedule was created to reorganize professionals' agendas, incorporating both spontaneous and scheduled demand. **Results:** An imbalance was found between spontaneous and scheduled demand, with a predominance of unscheduled visits. The proposed solution reorganized the professionals' weekly agenda, allocating time for scheduled care, health education, administrative activities, and planning, balancing care parameters with local needs. **Conclusions:** Reorganizing the work schedule can enhance care quality, increase service resolution, and strengthen primary care principles by valuing health promotion and allowing time for planning and administrative tasks, ultimately improving service organization and user access.

**Keywords:** Family Health; User Embracement; Health Services Needs and Demand.

**Resumen: Objetivo:** Elaborar un producto técnico basado en el análisis de datos del prontuario electrónico y del informe del registro poblacional, utilizando criterios asistenciales del sistema público de salud, para posibilitar la planificación de la semana laboral del médico y la enfermera. El objetivo es reorganizar la agenda profesional para promover un mejor equilibrio entre la demanda espontánea y la programada. **Métodos:** Estudio transversal realizado en atención primaria en un municipio de Minas Gerais, Brasil, con tres unidades de Salud Familiar que cubren toda la población. Se analizaron los datos de producción de la Estrategia de Salud Familiar Azul. Variables como grupo etario, sexo, turno, tipo de atención, conducta y diagnóstico fueron evaluadas mediante estadística descriptiva. A partir del perfil de demanda y los parámetros asistenciales, se diseñó una semana tipo para reorganizar las agendas de los profesionales, incorporando la demanda espontánea y programada. **Resultados:** Se constató un desequilibrio entre la demanda espontánea y programada, con predominio de atenciones no agendadas. La propuesta consistió en reorganizar la agenda semanal de los profesionales, contemplando momentos para cuidados programados, educación en salud, actividades administrativas y planificación, equilibrando los parámetros asistenciales y las necesidades locales. **Conclusiones:** La reorganización de la agenda de trabajo puede contribuir a la mejora de la

calidad del cuidado, aumentar la resolutivez de la atención y fortalecer los principios de la atención primaria, valorando la promoción de la salud y permitiendo espacios para planificación y tareas administrativas, mejorando la organización del servicio y el acceso de la población.

**Palabras clave:** Salud de la Familia; Acogimiento; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A partir de 1994, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu sua organização a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, nomeou a Saúde da Família (SF) como a estratégia de reorganização de seu modelo assistencial. O propósito de tal reorientação no âmbito do SUS vem das evidências apontadas por vários estudos<sup>1-3</sup> que, ao analisarem sistemas de atenção à saúde, visualizaram a hegemonia de sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, reflexo do modelo assistencial curativo.

O SUS tem como diretriz para organização a hierarquização dos serviços, ou seja, os diferentes pontos de atenção devem ser organizados de acordo com a complexidade da assistência e se comunicarem entre si, formando uma rede de atenção que gera um cuidado com responsabilização e gestão baseada na população<sup>4</sup>. Como afirma Mendes<sup>1, 4</sup>, sistemas desarticulados, ao se organizarem de forma isolada e sem comunicação entre os pontos de atenção, geram exatamente o oposto, ou seja, um cuidado pontual, sem responsabilização com as necessidades das populações. Nessa ótica, a APS apresenta dificuldades de articulação com a atenção secundária, e ambas mantêm pouca ou nenhuma integração com a atenção terciária e com os serviços de apoio. Essa fragmentação compromete a continuidade do cuidado, enfraquecendo o papel coordenador e orientador da APS. O reflexo é um sistema de atenção à saúde exageradamente centrado na demanda espontânea (DE), no agravo agudo, o que evidencia fragilidade no cuidado às condições crônicas.

Como destaca Starfield<sup>5</sup>, um sistema de saúde que se organiza a partir da APS precisa que ela exerça seu potencial resolutivo, contemplando, inicialmente, o primeiro atributo essencial que é função da APS, ser a porta

de entrada do sistema de saúde, garantindo aos usuários acesso ao cuidado em saúde. Para o alcance de tal atributo, a APS do SUS, organizada pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), prevê que a demanda dos usuários seja estruturada na articulação entre DE e demanda programada (DP), além do dispositivo do acolhimento para melhor qualificar as demandas da população<sup>6</sup>.

Na ESF, orienta-se que as equipes de saúde busquem conciliar adequadamente a atenção à DE e à DP. Esse equilíbrio é fundamental para assegurar o acesso dos usuários, estruturar os fluxos e as rotinas do trabalho em saúde e estabelecer um modelo de cuidado capaz de atender de forma efetiva às necessidades da população vinculada<sup>2</sup>. Estudos indicam que equipes de APS organizadas e fortalecidas possuem potencial para solucionar de 80% a 95% das demandas de saúde da comunidade sob sua responsabilidade. Isso se deve ao fato de que aproximadamente 50 condições clínicas mais frequentes correspondem à maior parte dos atendimentos realizados nas unidades de saúde<sup>7</sup>. No entanto, é condição para tal êxito que intervenções curativas estejam articuladas a intervenções que possam ser programadas.

Na ESF esse é o processo de trabalho que deve organizar o cotidiano das equipes em relação à sua população adscrita. Entende-se a DE como a avaliação da necessidade do usuário quando ele busca atendimento na unidade, sendo acolhido pelo profissional mais adequado à sua condição, dentro de um tempo compatível com a gravidade do caso. Já a DP refere-se às solicitações que podem ser programadas previamente, sem necessidade de atendimento imediato ou emergencial<sup>8</sup>.

O acolhimento surgiu como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Na ESF é compreendido como uma estratégia para reestruturar e alinhar as interações entre usuários adscritos e equipes de Saúde da Família<sup>6</sup>. Reigada<sup>9</sup> insere o acolhimento na ESF como forma de trabalhar a escuta qualificada e o direcionamento das ações de saúde. É capaz de permitir a construção de um relacionamento entre população e equipe, focado em confiança e comprometimento, fortalecendo as ações da APS e dando legitimidade aos seus processos de trabalho<sup>10</sup>.

A preocupação na produção de dados, de base territorial, a serem utilizados no planejamento e no direcionamento das ações de saúde pelas equipes trouxe um sistema de informação para a Atenção Básica, o e-SUS AB, utilizado nas unidades básicas de saúde (UBS) que permite o registro individualizado dos atendimentos, sendo identificado pelo Cartão Nacional de Saúde. Compõe o e-SUS AB o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o Cadastro do Território<sup>11</sup>.

O PEC é um prontuário padronizado e digital, preenchido e retroalimentado pelos profissionais que atuam na APS (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde etc.). Reúne e armazena as informações de saúde (clínicas e administrativas) referentes a um indivíduo.

Tais reflexões, aliadas às inquietações de uma enfermeira da ESF revelaram que, no cotidiano da prática de trabalho de sua equipe, o cuidado ainda era muito fragmentado, mantendo uma perspectiva predominantemente ambulatorial e biomédica. Assim, o Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família do programa PROFSAUDE/UFJF buscou elaborar um raciocínio necessário que propiciasse o aumento relativo da utilização das informações geradas pelo sistema de informação da AB, de modo a alcançarem um melhor equilíbrio entre DE e DP nas agendas de trabalho a fim de contribuir para que os profissionais da APS, em especial da ESF, possam se apropriar de uma prática que resulte na articulação entre os dois tipos de demanda. Dessa forma, o objetivo foi desenvolver uma proposta de organização da demanda espontânea e programada a partir de duas ferramentas de trabalho das equipes de Saúde da Família, o PEC, e o Sistema de Informação da Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

O estudo transversal foi realizado na APS do município de São Francisco do Glória, Minas Gerais (4.758 habitantes), que conta com três unidades de ESF, cada uma com uma equipe, totalizando 100% de cobertura populacional. Para o desenvolvimento da proposta de planejamento, tomou-se como caso a equipe Saúde da Família Azul (nome fictício), com 1.734 usuários cadastrados em 2023.

Para identificar a demanda, utilizaram-se os dados registrados nos Relatórios de Atendimento Individual – Médico e Enfermeiro – do PEC e do e-SUS AB, referentes ao período de 2020 a 2022. Foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, turno, tipo de atendimento, conduta, CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão)<sup>12</sup> e CIAP-2 (Classificação Internacional de Atenção Primária, 2ª edição)<sup>13</sup>, sistemas padronizados utilizados para o registro e a análise de diagnósticos e motivos de consulta na APS.

Utilizou-se análise estatística descritiva para o cálculo das frequências absolutas e relativas. A análise das variáveis permitiu caracterizar o perfil da demanda atendida (programada e espontânea), que, juntamente ao Relatório dos Cadastros da população adscrita e aos Critérios e Parâmetros Assistenciais do SUS<sup>14</sup>, possibilitou a reorganização das agendas profissionais, com a construção de uma “Semana Padrão” de atendimentos voltada a contemplar as demandas espontâneas e programadas.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo sob o parecer nº 6.703.087.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 11.401 consultas, sendo 69,4% médicas e 30,5% de enfermagem, com crescimento progressivo no período analisado e pico em 2022 (51,7% do total). As mulheres representaram aproximadamente 60% dos atendimentos em ambas as categorias profissionais.

Quanto aos turnos, 72,5% das consultas médicas ocorreram no período da tarde, seguidas pela noite (21,2%) e manhã (5,8%). As consultas de enfermagem também se concentraram no turno da tarde (57,8%), seguidas pela manhã (22,2%) e noite (19,8%).

Na distribuição por sexo e faixa etária, entre os homens, as consultas médicas concentraram-se nas faixas de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais (27% em ambas), enquanto nas mulheres prevaleceu a faixa de 40 a 59 anos (30,1%), seguida de 20 a 39 anos (25%). Nas consultas de enfermagem, observaram-se padrões semelhantes: entre os homens, maior demanda entre idosos (35,4%) e adultos de 40 a 59 anos (25,4%); entre as mulheres, predomínio de

atendimentos nas faixas de 40 a 59 anos (31,1%) e 20 a 39 anos (24,1%), conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das consultas médicas e de enfermagem por faixa etária e sexo – ESF Azul, 2020-2022

Tipo de Consulta	Sexo	Faixa Etária	0-9	10-19	20-39	40-59	60+	Total (n)
		(anos)						
Consultas Médicas (n=7.914)	Masculino	n (%)	504 (15,5)	300 (9,2)	687 (21,1)	875 (27,0)	884 (27,2)	3.250 (100,0)
	Feminino	n (%)	527 (11,3)	520 (11,1)	1.162 (25,0)	1.407 (30,1)	1.048 (22,5)	4.664 (100,0)
Consultas de Enfermagem (n=3.487)	Masculino	n (%)	218 (17,2)	70 (5,6)	207 (16,4)	320 (25,4)	446 (35,4)	1.261 (100,0)
	Feminino	n (%)	208 (9,3)	208 (9,3)	535 (24,1)	691 (31,1)	584 (26,2)	2.226 (100,0)

Fonte: PEC-e-SUS AB. Dados trabalhados pela autora.

Em relação ao tipo de atendimento, quase todas as consultas médicas foram registradas como “Consulta no Dia” (99,53%). As consultas de enfermagem concentraram-se em “Escuta Inicial” (66,4%) e “Consulta no Dia” (33,4%), conforme Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição do tipo de atendimento médico e de enfermagem – ESF Azul, 2020–2022

Tipo de Atendimento	Médico (n=7.914)	Enfermagem (n=3.487)
Atendimento de Urgência	23 (0,3)	0 (0,0)
Consulta Agendada	1 (0,01)	0 (0,0)
Consulta Programada	0 (0,0)	7 (0,2)
Consulta no Dia	7.877 (99,53)	1.166 (33,4)
Escuta Inicial	13 (0,16)	2.314 (66,4)
Não Informado	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Total (n)</b>	<b>7.914 (100,0)</b>	<b>3.487 (100,0)</b>

Fonte: PEC-e-SUS AB. Dados trabalhados pela autora.

Quanto à conduta, 93,6% das consultas médicas resultaram em alta. As demais distribuíram-se entre retorno (0,9%) e cuidado programado (5,3%). Registros de encaminhamentos para grupos e NASF foram residuais (0,1%). Nas consultas de enfermagem, predominou a categoria “não informada” (70,2%), seguida por altas (28,1%) e retornos em consulta agendada (1,2%).

Entre os diagnósticos mais frequentes, destacou-se o CID-10 Z000 (Exame Médico Geral), responsável por 14,58% das consultas médicas, seguido de J017 (Exame de Laboratório, 7%) e J00 (Nasofaringite Aguda, 4,55%). Os

códigos relacionados a procedimentos administrativos (Z76 e Z760) corresponderam a cerca de 6% dos registros. Nas consultas de enfermagem, o CIAP-2 K86 (Hipertensão sem Complicações) foi o mais prevalente (16,72%), seguido de A98 (Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde, 4,96%) e T90 (Diabetes não Insulino-Dependente, 4,82%). Observou-se também presença de ações voltadas à saúde da mulher, como W78 (Gravidez), W90 (Parto sem Complicações) e X14 (Secreção Vaginal), totalizando aproximadamente 3% das consultas. A Tabela 3 apresenta o somatório dos códigos mais registrados.

**Tabela 3.** Somatório dos 10 CIDs e 10 CIAP-2 mais registrados nas consultas médicas e de Enfermagem - ESF Azul - 2020 – 2022

<b>Consultas Médicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Total de consultas médicas	7.914	100,0
Z000 – Exame médico geral	1.154	14,6
Z017 – Exame de laboratório	554	7,0
J00 – Nasofaringite aguda (resfriado comum)	360	4,6
Z76 – Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	294	3,7
Z01 – Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado	195	2,5
Z760 – Emissão de prescrição de repetição	180	2,3
M796 – Dor em membro	175	2,2
M54 – Dorsalgia	134	1,7
R458 – Outros sintomas e sinais relativos ao lado emocional	119	1,5
Z001 – Exame de rotina de saúde da criança	98	1,2
<b>Consultas de Enfermagem</b>		
Total de consultas de Enfermagem	3.487	100,0
K86 – Hipertensão sem complicações	583	16,7
A98 – Medicina preventiva/manutenção da saúde	173	5,0
T90 – Diabetes não insulino-dependente	168	4,8
W78 – Gravidez	66	1,9
A29 – Outros sinais/sintomas gerais	37	1,1
A97 – Sem doença	37	1,1
W90 – Parto sem complicações de nascido vivo	23	0,7
K87 – Hipertensão com complicações	20	0,6
X14 – Secreção vaginal	19	0,5
T89 – Diabetes insulino-dependente	11	0,3

Fonte: PEC-eSUS. Dados trabalhados pela autora.

O perfil da demanda revelou predominância de atendimentos médicos (70%), com concentração no turno da tarde e maior frequência de consultas entre adultos de 40 a 59 anos e idosos. Esse padrão indica um modelo assistencial ainda centrado na figura médica. Os diagnósticos mais frequentes apontam predominância de demandas espontâneas, evidenciada pelo CID Z000 e pela alta como conduta predominante. As consultas de enfermagem, por sua vez, estiveram associadas a condições crônicas,

cuidado programado e atenção à saúde da mulher, destacando-se o papel da escuta inicial como principal tipo de atendimento.

Esses resultados evidenciam que a ESF Azul apresenta oferta de serviços centrada na DE e no acolhimento, demonstrando a necessidade de reorganização da agenda profissional para melhor equilíbrio entre demandas espontâneas e programadas. Tal reorganização pode contribuir para qualificar o cuidado, reduzir a sobrecarga de atendimentos não agendados e fortalecer as ações de promoção e prevenção em saúde, alinhando-se aos princípios da APS.

Os resultados observados na ESF Azul são coerentes com estudos que evidenciam a predominância de atendimentos médicos e de DE na APS, refletindo um modelo assistencial ainda centrado na figura do médico e nas queixas imediatas dos usuários<sup>15</sup>. Essa configuração tende a limitar o potencial resolutivo da APS e a reduzir o espaço para ações de promoção e prevenção, apontando a necessidade de reorganização das agendas profissionais<sup>16</sup>. Por outro lado, a maior participação da enfermagem nas ações voltadas ao acompanhamento de condições crônicas e à saúde da mulher está alinhada à literatura, que destaca o papel desse profissional na ampliação do acesso, na integralidade do cuidado e na qualificação das práticas em saúde<sup>17</sup>.

Com base nesses achados, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) propôs um produto técnico fundamentado nos dados do PEC e do e-SUS AB, aliado aos Critérios e Parâmetros Assistenciais do SUS, com o objetivo de subsidiar o planejamento da agenda semanal de médicos e enfermeiros, promovendo maior equilíbrio entre demandas espontânea e programada.

Em 2023, a equipe Azul contava com 1.734 usuários adscritos, incluindo 399 idosos, 198 tabagistas, 7 acamados, 13 gestantes, 135 diabéticos e 479 hipertensos, entre outros grupos prioritários. A partir desse diagnóstico, aplicaram-se os parâmetros assistenciais do SUS, estimando-se a necessidade de 1.678 consultas médicas e 3.840 de enfermagem programadas ao ano, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Procedimentos Programados X Parâmetros Assistenciais SUS – Equipe Azul – 2023



PROCEDIMENTO	PARÂMETRO ASSISTENCIAL x Cálculo baseado no diagnóstico de saúde da ESF Azul - 2023
<b>GESTANTES - 13</b>	
Consulta médica pré-natal	03 consulta/gestante - 39 consultas ano
Consulta médica puerperal	01 consulta/gestante - 13 consultas ano
Consulta de enfermagem 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
<b>CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES -16</b>	
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
<b>CRIANÇAS DE 12 A 24 MESES -38</b>	
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
<b>DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b>	
<b>DIABETES MELLITUS - 135</b>	
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)
Consulta Médica: 4 cons/pac/ano	540 consultas
Consulta Enfermagem: 6 cons/pac/ano	810 consultas

<b>HIPERTENSOS - 479</b>	
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)
Consulta Médica: 2 cons/pac/ano	958 consultas
Consulta Enfermagem: 6 cons/pac/ano	2874 consultas
<b>CONSULTAS POR HABITANTE - 1734 usuários adscritos</b>	
Consulta médica:	2 a 3 consultas por habitante/ano – 5202 consultas
Consulta de enfermagem:	0,5 a 1 consulta por habitante/ano – 1734 consultas
<b>TOTAL GERAL DE CONSULTAS</b>	
Consultas agendadas médica:	1.678 consultas
Consultas agendadas de enfermagem:	3.840 consultas
Total consultas médica:	6880 consultas
Total consultas de enfermagem:	5574 consultas

Fonte: Caderno 1 – Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS e PEC-ESUS<sup>14</sup> – dados trabalhados pela autora.

A capacidade potencial de atendimento foi definida a partir da carga horária semanal dos profissionais. O médico, com 40 horas semanais (36 destinadas à ESF), reservou 18 horas à DE e 14 horas à DP. Considerando média de 20 minutos por consulta, estimou-se capacidade de 4.680 consultas anuais. No entanto, a demanda projetada foi de 6.880, indicando déficit de 2.200 consultas, o que evidencia sobrecarga e risco de comprometimento da qualidade do cuidado.

O enfermeiro também possui jornada de 40 horas semanais, com 18 horas destinadas à demanda espontânea, 10 horas à programada e o restante a atividades educativas, administrativas e de gestão. A sobrecarga de tarefas administrativas tem limitado o tempo destinado à assistência direta, fragilizando o vínculo e a integralidade do cuidado. É necessário, portanto, valorizar as práticas clínicas da enfermagem e ampliar sua autonomia assistencial.

A proposta de reorganização da agenda semanal da ESF Azul buscou otimizar o tempo de trabalho, adequando a oferta de serviços à realidade local e garantindo a execução de ações de promoção e prevenção em saúde. Essa reestruturação favorece o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade e contribui para a melhoria dos indicadores locais.

A consolidação de processos de acolhimento e agendamento exige ambiente de trabalho colaborativo, flexível e centrado nas necessidades da população adscrita. A proposta de semana padrão de atendimento médico e de enfermagem, apresentada no Quadro 2, visa a equilibrar as agendas entre atendimentos espontâneos e programados, além de contemplar ações educativas e administrativas.

O processo de elaboração da nova agenda de trabalho caracterizou-se por uma construção participativa, envolvendo ativamente toda a equipe. A definição da proposta de semana padrão, que contemplou a distribuição equilibrada das atividades assistenciais, administrativas e educativas, não foi conduzida de forma isolada pela autora, mas resultou de um pensamento coletivo. Os profissionais contribuíram com sugestões e reflexões fundamentadas nos dados levantados sobre os atendimentos realizados na unidade e na prática profissional, permitindo ajustar a organização do trabalho às demandas reais do território e às necessidades dos usuários. Essa abordagem colaborativa favoreceu a corresponsabilização da equipe e a adequação da agenda às especificidades do serviço, em consonância com experiências descritas na literatura, que destacam o papel do planejamento participativo na melhoria da gestão do trabalho em enfermagem e na qualificação das práticas de cuidado<sup>18</sup>.

**Quadro 2.** Proposta de semana padrão de trabalho médico e de enfermagem na ESF Azul, contemplando a distribuição das atividades assistenciais, administrativas e educativas.

<b>Profissional / Turno</b>	<b>Médico Manhã</b>	<b>Médico Tarde</b>	<b>Enfermeiro Manhã</b>	<b>Enfermeiro Tarde</b>
<b>Segunda-feira</b>	12 DE / 4 DP	4 DE / 8 DP	Acolhimento DE, consultas DE e vacinação	Consultas de programas (puericultura) e atividades administrativas
<b>Terça-feira</b>	8 DE / 12 DE na zona rural / 4 DP	4 DE / 4 DP	Acolhimento DE, consultas DE e vacinação	Ação educativa e atividades administrativas
<b>Quarta-feira</b>	8 DE / 4 DP	Ação educativa, visita domiciliar (6 DP) e atividade administrativa	Acolhimento DE, consultas DE e vacinação	Consultas de programas (coleta de citopatológico)
<b>Quinta-feira</b>	12 DE	4 DE / 4 DP e atividade administrativa	Acolhimento DE, consultas DE e vacinação	Consultas de programas (hipertensos e

				diabéticos) e atividades administrativas
<b>Sexta-feira</b>	8 DE / 4 DP	–	Acolhimento DE, consultas DE e vacinação	Consultas de programas e atividades administrativas

DE = Demanda Espontânea; DP = Demanda Programada; ESF = Estratégia Saúde da Família. Cada turno corresponde a 4 horas de trabalho. Trata-se de proposta de reorganização da agenda semanal da equipe, elaborada a partir da análise da demanda assistencial identificada no estudo.

Fonte: Elaboração própria, com base na organização da agenda da equipe ESF Azul e dados do PEC/e-SUS AB, 2024.

Essa organização permite um cuidado mais integral, humanizado e eficiente, podendo ser adaptada por outras equipes de Saúde da Família a partir dos dados do PEC. O produto técnico resultante deste trabalho — a cartilha *“Semana padrão de atendimento dos profissionais médico e enfermeiro de uma equipe de Saúde da Família”* — está disponível no repositório institucional da UFJF, como instrumento de apoio à gestão e ao planejamento das equipes de APS.

A proposta de reorganização da agenda de trabalho desenvolvida na ESF Azul apresenta potencial para ser adaptada e aplicada em outras equipes da ESF, desde que consideradas as especificidades locais de cada território.

A metodologia utilizada, fundamentada na análise da demanda, no uso de registros eletrônicos e na construção participativa com a equipe, é replicável e permite que outras unidades aprimorem a gestão do tempo e a integração das atividades assistenciais, administrativas e educativas. Contudo, a generalização da proposta requer atenção a fatores contextuais, como o número de profissionais disponíveis, o perfil epidemiológico da população e as condições estruturais das unidades de saúde. Assim, embora os resultados obtidos indiquem avanços significativos na organização do processo de trabalho e na satisfação dos usuários, recomenda-se que a adoção dessa estratégia em outras ESFs seja acompanhada de monitoramento contínuo e ajustes progressivos, garantindo sua efetividade e sustentabilidade no contexto real de cada serviço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PEC tem se tornado um recurso central nas rotinas da APS, ao facilitar a detecção de usuários com maior vulnerabilidade, disponibilizar protocolos

clínicos para embasar a tomada de decisão e qualificar o acompanhamento dos casos. Sua utilização também tem impactado positivamente a atuação das equipes, elevando o padrão do atendimento prestado, aprimorando os indicadores de saúde e fortalecendo a troca de informações entre os profissionais<sup>19</sup>.

O uso do PEC possibilitou um acompanhamento das condições de saúde da população e do uso dos recursos financeiros dos municípios ao gerar relatórios assistenciais, diagnósticos situacionais e estudos epidemiológicos<sup>20</sup>.

Nos últimos anos, ocorreu um avanço em relação à praticidade de acesso aos dados de saúde, por meio do PEC, ao favorecer a coleta individualizada de dados, o que permite o acompanhamento do usuário ao longo do tempo e ainda das ações profissionais às quais foi submetido, resultando na qualificação do cuidado em saúde prestado ao usuário. Outra contribuição foi o fortalecimento da consolidação do Cartão Nacional de Saúde.

Os registros eletrônicos no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS) favorecem a integralidade do cuidado ao agregar informações e reduzir a fragmentação dos dados, promovendo uma assistência mais eficiente. No entanto, ainda existem desafios significativos, sendo a infraestrutura das unidades de saúde um dos principais — com destaque para a inadequação dos equipamentos, como computadores obsoletos ou a quantidade insuficiente de dispositivos para uso, além do despreparo inicial dos profissionais para o correto preenchimento dos formulários eletrônicos, o que demanda capacitação contínua<sup>21,22</sup>.

Este produto técnico foi testado na prática assistencial ao ser aplicado na agenda dos profissionais da ESF Azul. Com início no mês de agosto de 2024, a implementação da semana padrão de atendimento, além de favorecer a organização do serviço, melhorou a satisfação dos usuários: quando buscavam a unidade com uma condição que possibilitava o encaminhamento para DP, saíam da unidade com o agendamento realizado e, no dia e horário marcado para a consulta, estavam com prioridade de atendimento (com exceção de casos de urgência e emergência). O horário protegido para ações de educação em saúde propiciou o aumento da produção de atividades

coletivas realizadas na unidade, com progressivo aumento da participação da população (em especial dos usuários hipertensos e diabéticos). O horário para as atividades administrativas favoreceu o fluxo de renovação de receitas dos usuários portadores de doenças crônicas, aumentou o número de reuniões de equipe (para educação permanente e alinhamento das atividades).

Como as agendas deram maior espaço para a DE, a introdução da DP no atendimento dos profissionais ocorreu de maneira fluida, pois os usuários continuaram a ter acesso em ocorrências com queixas agudas ao mesmo tempo que passaram a conseguir o agendamento para o acompanhamento de condições crônicas. Apesar da diferença entre a capacidade instalada e a capacidade estimada de atendimento, a organização da agenda com a inclusão de horários específicos para a demanda programada tem contribuído para qualificar o acesso e melhorar o atendimento à população. Essa estratégia possibilita maior previsibilidade no fluxo de usuários, otimiza o tempo da equipe e favorece o acompanhamento contínuo de condições crônicas e grupos prioritários. Como resultado, observa-se uma maior efetividade no cuidado programado, fortalecimento do vínculo e melhor planejamento das intervenções em saúde.

A experiência observada na ESF Azul reforça os princípios teóricos propostos por Starfield, especialmente no que se refere à coordenação do cuidado e à longitudinalidade, pilares essenciais da APS<sup>5</sup>.

A organização da agenda com base na análise da demanda e na integração entre atividades assistenciais, educativas e administrativas concretiza a função de coordenação do cuidado, permite o acompanhamento contínuo dos usuários e a resolutividade das ações em saúde. Do mesmo modo, a articulação promovida pelo uso do PEC e pela reestruturação da agenda contribui para o fortalecimento das RAS, ao favorecer a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e reduzir a fragmentação do cuidado. Assim, o produto técnico aqui apresentado não apenas responde a necessidades operacionais identificadas na prática, mas também materializa, no cotidiano da ESF, os fundamentos teóricos que sustentam a integralidade e a continuidade da atenção à saúde<sup>5</sup>.

Necessário destacar que o PEC se mostrou uma ferramenta importante para o planejamento e a organização dos atendimentos na ESF. Sua utilização possibilita uma gestão mais eficiente dos dados de saúde, fornecendo o perfil da demanda de serviços e como está ocorrendo o acompanhamento dos usuários. Identificar o perfil de demanda facilitou a criação de uma agenda balanceada entre atendimentos de demanda espontânea e programada, sendo essencial para garantir que todos os usuários recebam o cuidado necessário de forma organizada, otimizando o tempo dos profissionais e proporcionando um atendimento mais adequado e eficaz, aliado às ações de promoção da saúde e trabalhos administrativos realizados nas unidades.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): OPAS; 2012.
3. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2):255-76. doi:10.1590/S0103-73312017000200005.
4. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. 29 jun. 2011; Seção 1:5.
5. 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>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)
7. Sampaio LFR. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da Atenção Primária à Saúde: contribuições para discussão. Brasília (DF): CONASS; 2004. p. 25-41. (CONASS Documenta, 7). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3437.pdf>
8. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2019.
9. Reigada CL de L. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Com*. 2017;12(39):1-7. doi:10.5712/rbmfc12(39)1474.
10. Marques-Ferreira ML, Barreira-Penques RM, Sanches-Marin MJ. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Aquichan*. 2014;14(2):216-25. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/49994/3197-20295-1-pb.pdf>

11. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 7, de 24 de novembro de 2016. Brasília (DF): Comissão Intergestores Tripartite; 2016. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0007\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0007_24_11_2016.html)
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10ª revisão. São Paulo: Edusp; 2008.
13. Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Atenção Primária – CIAP-2. 2ª Ed. Lisboa: Organização Mundial dos Médicos de Família; 1999.
14. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2017. v. 1.
15. Santos L, Pessoa VM, Almeida PF, Medina MG. Acesso e demanda na Atenção Primária à Saúde: desafios para o modelo assistencial. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(6):2199-208. doi:10.1590/1413-81232021266.25652020.
16. Giovannella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? *Saude Debate*. 2021;45(esp1):177-93. doi:10.1590/0103-11042021E113.
17. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. A consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: desafios e potencialidades. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03415. doi:10.1590/S1980-220X2017021803415.
18. Souza AC, Jericó MC, Perroca MG. Participatory planning and quality assessment: contributions of a nursing management technology. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20180327. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dy3s4Kfxv34c3PcMFfpRkRh/>
19. Valdes G, Souza AS. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. *Cienc Saude Colet*. 2024;29(1):e04492023. doi:10.1590/1413-81232024291.01242023.
20. Toledo PPS, Alves JP, Lima FET, Nogueira LT. Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(6):2131-40. doi:10.1590/1413-81232021266.39872020.
21. Pinheiro de Sousa M, Lima AS, Pereira DS, Freitas MC, Nogueira LT. Análise da implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC): revisão de literatura. *Rev Interdiscip Saude*. 2020;7(único):2261-71. Disponível em: [https://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_28/Trabalho\\_165\\_2020.pdf](https://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_28/Trabalho_165_2020.pdf)
22. Alves JP, Lima FET, Toledo PPS, Nogueira LT. Avanços e desafios na implantação do e-SUS Atenção Básica. Em: *Anais do II Congresso Brasileiro Científico de Saúde (CONBRACIS)*. Campina Grande: Realize Editora; 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29145>