

**Um modelo de gestão da demanda para a melhoria da capacidade produtiva  
no programa de assistência aos idosos de uma Unidade Básica de Saúde**

**ELOISA ELENA RAMOS DIAS SHINOHARA**

Universidade Nove de Julho  
shinohara.eloisa@gmail.com

**SONIA FRANCISCA MONKEN DE ASSIS**

Universidade Nove de Julho  
sfmonken@hotmail.com

Especial agradecimento à Universidade Nove de Julho em seu Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde pelo apoio, incentivo e fomento à pesquisa acadêmica.



## UM MODELO DE GESTÃO DA DEMANDA PARA MELHORIA DA CAPACIDADE PRODUTIVA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

### Resumo

Este Relato Técnico [RT] tem o propósito apresentar como a implantação de um Grupo de Controle a Hipertensão e Diabetes Mellitus em idosos, com um planejamento compartilhado entre um gestor e membros do Conselho Gestor em uma Unidade Básica de Saúde [UBS] na zona Norte da cidade de São Paulo, pode resultar em aumento da capacidade produtiva por meio do gerenciamento da demanda de pacientes idosos. A metodologia apresentada foi a pesquisa-ação com abordagem de estudo de caso. O Grupo de Ação Educativa foi utilizado como estratégia para o controle das patologias que levavam os pacientes idosos a exigir consultas de pronto atendimento emergenciais, sendo que a UBS não tem o perfil de atendimento de emergência. Um modelo de gestão de demandas compartilhado com ações de saúde pública resultou em controle dos índices de diabetes e pressão arterial controladas de 100% dos idosos participantes do Grupo de Ação Educativa, passando a demandarem consultas regulares e com esta medida possibilitou a gestão da agenda de consultas disponíveis na UBS e a oferta de atendimento gerenciado.

**Palavras Chave:** Capacidade Produtiva, Gestão de Operações de Serviços, UBS, Atenção ao Idoso.

### Abstract

This Technical Report [TR] intend to present the start of a Control Group for Hypertension and Diabetes Mellitus in the elderly, with a plan shared between a manager and members of the Management Council in a Basic Health Unit [BHU] in the North of São Paulo, that may result of an increase in productive capacity through the management on the demand of elderly patients. The methodology presented was a research with a case study approach. The Educational Action Group was used as a strategy to control the pathologies that led the elderly patients to require urgent emergency consultations, and the BHU does not have the emergency care profile. A shared demand management model with public health actions resulted in the control of diabetes and blood pressure indexes of 100% of the elderly participants in the Educational Action Group, requiring regular consultations and this measurement made possible to manage the health agenda. Available at BHU and the provision of managed care.

**Key words:** Production Capacity, Service Operations Management, BHU, Attention to the Elderly.

### 1 Introdução

A UBS é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde [SUS] no Brasil. Nela os usuários podem marcar consultas médicas (clínica médica, pediatria e ginecologia), consultas de enfermagem, consultas do serviço social, consultas e procedimentos odontológicos, procedimentos médicos e procedimentos de enfermagem (imunizações, inalações, curativos suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis) e procedimentos de diagnósticos, de imagem e de patologia clínica (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde [SPDM], 2017).



A UBS objeto deste Relato Técnico, está situada na zona norte da cidade de São Paulo, a região abrange 26,4 quilômetros quadrados, com uma população de 297.713, deste número 11,6% são idosos, conforme censo 2010, e há uma projeção para que este grupo populacional duplique até 2050, alcançando 15% da população. As UBS's enfrentam desafios frente ao atendimento médico e social adequado aos idosos, que acumulam ao longo dos anos Doenças Crônicas não Transmissíveis [DCNT], principalmente as cardiovasculares, que lideram as causas de óbito no país (Organization & others, 2012), sendo um desafio para os gestores da saúde um controle rigoroso das DCNT deste grupo populacional. Dentre as 789 consultas mensais desta respectiva UBS, 80% são idosos, e a média de espera para a marcação de uma consulta com a clínica médica é de 75 a 90 dias, o que tem causado um número significativo de reclamações por parte dos idosos cadastrados na UBS frente a demora no atendimento na clínica médica. Em São Paulo, os idosos usam os serviços médico hospitalares de maneira mais intensa do que nas outras regiões (Chaimowicz, 1997), porém entre 60 a 70% dos casos são em caráter de urgência, complicando os agendamentos e obrigando a unidade a ter uma agenda com várias janelas para encaixe, já contando com estes imprevistos, mas, mesmo assim, não são suficientes para o atendimento adequado ao idoso.

Grupos de Controle para Diabéticos e Hipertensos como Ação Educativa, vem sendo tema de recentes pesquisas no Brasil, e existem relatos de que estes grupos têm colaborado com o controle das DCNT, especialmente em idosos. Pesquisa realizada por Ramos, Filha e da Silva (2015), evidenciou ainda que a baixa escolaridade do idoso compromete um tratamento, visto a dificuldade deste em ler e seguir a prescrição médica, em reconhecer os medicamentos utilizados e seguir rigorosamente os horários prescritos. Estes fatos ainda são aliados a falta de acompanhamento por parte de parentes ou pessoas próximas que possam auxiliar o idoso com sua medicação. O gestor da UBS situada na Zona Norte da Cidade de São Paulo usou como ferramenta a Gestão da Capacidade Produtiva e Gestão de filas, quando implantou o Grupo de Ação Educativa para Idosos [GAEI], buscou, não só controlar as DCNT, mas também acompanhar e instruir o idoso com suas prescrições e marcações de consultas regulares com o clínico da UBS. O principal objetivo foi diminuir as consultas médicas em caráter de urgência, que prejudicava o atendimento regular da unidade. Diante deste fato é relevante uma análise sobre o uso de uma ferramenta de gestão de operações de demanda, como ela contribuiu para diminuir a fila das consultas urgentes alinhando o atendimento aos idosos com o tempo de espera para consultas, e ainda, que estas consultas sejam regulares no acompanhamento do idoso como um todo e não apenas para eventos isolados de mal súbito por falta de controle.

Este RT está estruturado em 5 seções. Além desta Introdução, um breve Referencial Teórico, focado especialmente na problemática do tema e alguns casos de sucesso já relatados com a implantação de Grupos de Ação Educativa. No próximo capítulo será apresentada a Metodologia, onde são detalhadas as etapas planejadas pelo Gestor quando da implantação e organização dos referidos Grupos, bem como os dados necessários sobre a população idosa. Logo após os Resultados obtidos junto aos idosos participantes do Grupo. Finalmente as Conclusões/Considerações Finais, onde são destacadas as melhorias alcançadas pela UBS junto ao controle das DCNT e consultas regulares dos idosos, bem como sugestões e limitação do trabalho.

## 2 Referencial Teórico

Dentre algumas formas de se definir Capacidade Produtiva do Serviço, destaca-se como definição básica a de Slack, Chambers, Johnston e Betts (2013), como sendo a habilidade que uma operação de serviço tem para suprir a demanda agregando valor a



atividade em um período de tempo pré-determinado e sob condições operacionais normais. Johnston e Clark (2001), afirmam que a gestão da capacidade produtiva de um serviço é uma das áreas centrais da gestão de operações de serviços. Envolve assegurar que o processo tenha recursos suficientes garantindo que o serviço mantenha a qualidade, atenda a demanda e as metas com o maior custo-benefício maximizando o uso dos ativos fixos da operação.

A gestão deste complexo sistema que é a saúde, traz desafios aos seus gestores, principalmente quando se trata de saúde preventiva, conforme Tomaszewski, Lacerda e Teixeira (2016), onde o contato com o usuário é alto e o processo de produção e entrega do serviço pode ter impacto significativo para o bem-estar e a saúde do paciente, e ainda outro ponto importante deve ser levado em conta, de que o usuário deve desenvolver atividades que contribuam para sua própria satisfação. Técnicas e ferramentas disponíveis dentro do campo da gestão estratégica, têm sido amplamente adotadas para a melhoria do processo, aumento da produtividade e redução de custos.

Entre 2001 e 2005 houve um traço marcante na produção de conhecimento em planejamento e gestão, que foi a multiplicação de investigações sobre a municipalização da gestão da saúde e a expansão da atenção básica (Paim & Teixeira, 2006). Em meados da década de 90 consolidou-se o debate sobre a gestão descentralizada do SUS. A descentralização envolve mudanças, é um novo processo de articulação entre estado e sociedade, e é um fator importante para estimular a dinâmica participativa abrindo canais de comunicação entre os usuários e as organizações descentralizadas (Junqueira, 1997), como exemplo as UBS's. A Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 (Brasil, 1990), veio consolidar e regulamentar a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo as Conferências de Saúde e os Conselhos Gestores formados por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do sistema.

As UBS's fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, lançada em 2003, elas são responsáveis pela Atenção Primária em conjunto com as Equipes de Saúde da Família. Atualmente na cidade de São Paulo existem 169 UBS's Tradicionais, sendo que 39 estão situadas na Zona Norte (Diretrizes, 2015) e a maior parte destas são administradas por Organizações Sociais de Saúde [OSS] – Instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do SUS (“SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde | UBS”, [s.d.]).

A UBS é a principal porta de entrada para o SUS. Os idosos devem estar sempre vinculados e matriculados a este local, que atualmente enfrenta a necessidade de desenvolver novas formas de organização dos serviços de saúde, frente a uma modificação do cenário sócio demográfico, onde o envelhecimento populacional constitui a mais importante mudança, exigindo que os gestores lidem com um perfil epidemiológico caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente os agravos mais importantes como a Hipertensão Arterial Sistêmica [HAS] e o Diabetes *Millitus* [DM], que necessitam uma assistência de longa duração, com ênfase no controle dos fatores de risco (Ramos, Filha & da Silva, 2015). Segundo o censo 2010 a população idosa correspondia a 11,6% do total, e até 2020 irá duplicar. Este fato mostra que os gestores devem se preparar para que o atendimento, a este público, seja feito com qualidade e tempo adequados às suas necessidades.

Alguns estudos já estão sendo desenvolvidos com ações de sucesso em vários estados brasileiros. Em geral são grupos de controle de DCNT, formados por maioria idosa, com o intuito de controle da HAS e da DM. Ramos *et al* (2015), avaliaram a adesão ao tratamento de acompanhamento a diabéticos e/ou hipertensos no município de Caxias-MA. Os resultados



mostraram que é "imprescindível que o idoso hipertenso esteja ciente de sua doença e a importância do tratamento contínuo, para que os objetivos esperados sejam atingidos". Este estudo concluiu que a falta de adesão ao tratamento proposto pelo programa é motivo de preocupação e um desafio que profissionais de saúde enfrentam, pois estes devem estar capacitados para acolherem os idosos dando-lhes orientações frequentes e entendíveis, pois um percentual significativo tem dificuldades e limitações em entender a importância do tratamento.

Filha, Nogueira e Viana (2016) conclui em seu estudo, como o HiperDia contribuiu no envolvimento do usuário como sujeito partícipe do processo de controle da HAS e da DM. Os principais resultados revelaram que a maior parte dos usuários do programa realizam consultas médicas e de enfermagem semestralmente; os exames laboratoriais anualmente; e não indicam apresentar dificuldade para realizar o tratamento. Apesar da maioria entrevistada nunca ter participado de atividades educativas, a assistência dos profissionais do HiperDia foi avaliada como boa. Outra importante conclusão foi que, pelo fato das lacunas na realização das consultas e exames, os profissionais deveriam estabelecer dias prioritários para o atendimento dos portadores de DCNT, facilitando o acesso aos bens e serviços disponíveis na UBS.

Uma terceira experiência com grupo de paciente com HAS e DM, feita no Município de Campos do Goytacazes (RJ), por Chaves (2017), evidenciou como a criação do grupo HiperDia, contribuiu para estabelecer um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e os pacientes, que puderam dividir suas dúvidas, seus medos, estiveram mais envolvidos nas decisões de saúde individual e do grupo e adquirir mais conhecimento sobre suas doenças.

Sendo assim, experiências anteriores mostram como grupos de controle das DCNT têm trazido benefícios aos seus participantes e, aliados aos conceitos de Gestão da Capacidade Produtiva dos Serviços de Saúde, podem ser uma ferramenta de gestão importante para os profissionais da Saúde, especialmente dentro das UBS's. Implementar uma gestão de programas de saúde permite melhorar a precisão das informações e as auditorias médicas, promovendo o incentivo a adesão dos beneficiários nos programas de gerenciamento das DCNT (Monken, Biancolino, Miraldo, & Asta, 2013a). Estes os novos desafios a serem superados pelos atuais gestores da saúde.

### 3 Metodologia

A UBS objeto deste RT está localizada na Zona Norte da cidade de São Paulo e é gerenciada por uma OSS. A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde (SPDM), desde 1º de fevereiro de 2008 gerencia as UBS's de São Paulo por meio de Contrato de Gestão firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Está inserida em uma área que abrange 26,4 quilômetros quadrados, com uma população de 297.713 habitantes (segundo Censo 2010), área que é distribuída em três distritos administrativos ("SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde | UBS", [s.d.]). A capacidade de atendimento dos recursos humanos está distribuída conforme Tabela 1 e tem horário de funcionamento de segunda à sexta das 7:00h às 19:00h.

Tabela 1

**Quadro dos Recursos Humanos da UBS na Zona Norte de São Paulo**

Quant.	Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimento
03	Clínico Geral	20 horas	4 pacientes/hora
02	Ginecologista	20 horas	4 pacientes/hora
02	Pediatra	20 horas	4 pacientes/hora
06	Cirurgião Dentista	20 horas	2 pacientes/hora
01	Assistente Social	30 horas	2 pacientes/hora



01	Farmacêutico	40 horas	-
04	Auxiliar de Farmácia	40 horas	-
04	Auxiliar Consultório Dentário	30 horas	-
09	Auxiliar de Enfermagem	30 horas	-
05	Enfermeiras	30 horas	-
09	Recepcionistas	40 horas	-
01	Encarregada de Governança	40 horas	-
06	Auxiliar de Governança	40 horas	-
02	Assistente de SAU (Serviço Ambulatorial de Urgência)	40 horas	-
04	Auxiliar de Apoio Administrativo	40 horas	-
03	Auxiliar Administrativo	40 horas	-
01	Assistente Administrativo	40 horas	-
01	Gerente de Unidade	40 horas	-

**Nota.** Fonte: Elaborado pelos Autores.

Dados extraídos do sistema de informações da UBS da Zona Norte de São Paulo.

Atualmente a referida UBS atende uma média mensal de 526 consultas de Ginecologia, 526 consultas Pediátricas, 576 consultas Odontológicas e 789 consultas Clínicas Médicas. A estrutura física é de 930 metros quadrados e está distribuída entre Recepção, Regulação, Arquivo, SAME (prontuário), Sala de Vacina, Sala de Inalação, Sala de Medicação/Emergência, Sala de curativo, Sala de Esterilização, Expurgo, Sala de Orientação para coleta, Farmácia, Almoxarifado MATMED (material médico), Consultório Ginecológico (com 1 banheiro), Consultório do Serviço Social, Consultório Clínica Médica (2 salas), Consultório Pediátrico, Consultório Odontológico, Sala de Reunião, Sala de ECG e Ultrassonografia, Sala de Enfermagem, DML (depósito de matéria de limpeza), Sanitário de Usuário (feminino e masculino) Sanitário para deficientes, Sanitário para funcionários (feminino e masculino). Dentre os Programas especiais o atendimento tem os seguintes números:

- 80 Gestantes cadastradas no Programa Mãe Paulistana
- 10 Pacientes recebem Oxigênio Domiciliar
- 07 Pacientes em acompanhamento no Programa de Controle de Tuberculose
- 150 Pacientes em acompanhamento no Programa de dispensação de insumos para diabetes
- 60 Pacientes cadastrados no Programa Remédio em Casa.

A Equipe de Saúde da Família ainda não está bem estruturada e funciona de maneira parcial.

O presente RT consiste em uma pesquisa qualitativa e a metodologia utilizada foi a pesquisa-ação com abordagem de estudo de caso. Quanto aos meios de investigação, a pesquisa é de caráter documental e de campo.

O aumento da população idosa no Brasil, e particularmente na cidade de São Paulo, tem gerado desafios aos gestores da saúde para alocarem seus recursos de maneira eficiente e eficaz a este público específico. A UBS objeto deste estudo enfrenta um desafio de gestão de sua demanda para alocar sua capacidade produtiva, no que diz respeito a consultas da Clínica Médica. Atualmente 80% dos pacientes cadastrados e atendidos pela UBS são idosos (pessoas acima dos 60 anos) e que têm necessidade de consultas regulares para acompanhamento criterioso de suas condições físicas e psicológicas. Por se tratar de uma Unidade Básica, cujo perfil não são os atendimentos emergenciais, o público idoso estava provocando um acúmulo de solicitações de consultas em caráter de urgência e gerando transtornos no setor de Acolhimento e Recepção, elevando os indicadores de reclamações por falta de agenda próxima para o atendimento médico, uma vez que a média de espera para ser atendido nesta



Unidade é de 75 a 90 dias. Apesar de existir um protocolo que permite algumas vagas em aberto todos os dias na agenda de cada um dos dois Clínicos Gerais, variando entre 6 a 8 consultas disponíveis por semana, ainda assim, não era o suficiente para atender a população de uma maneira geral, pois estas vagas estavam sendo consumidas basicamente por idosos e o outro perfil de usuários acabava sendo prejudicado, visto que o Estatuto do Idoso assegura “atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados de prestadores de serviço à população” (Federal, 2003).

Mapear os riscos e problemas é importante para as organizações de saúde, dada a complexidade de seus processos. Torna-se necessário aplicar uma visão sistêmica do problema, empregando metodologias capazes de identificação das soluções que permitam aos gestores o planejamento de processos que incluam ações preventivas e corretivas (Gallotti & De Assis, 2013a).

Esta referida UBS tem um Conselho Gestor formado conforme os termos da Lei 8.142/1990, que se reúne às segundas terças-feiras de cada mês, composto pelo gestor e profissionais da saúde que trabalham nesta Unidade em conjunto com 5 representantes da comunidade. O gestor da Unidade seguiu algumas recomendações propostas nas Diretrizes Gerais da UBS (2015), que sugere: “conhecendo-se da realidade local, se estruture de forma que a Atenção Básica seja ordenadora do fluxo na rede de Atenção à saúde”. A partir desta sugestão, o gestor beneficiou-se de uma das reuniões do Conselho Gestor e abordou o problema da fila de espera para consultas médicas de idosos propondo a formação de um Grupo de Ação Educativa para Idosos com o intuito de controle das DCNT, apoio psicológico, acompanhamento medicamentoso, tratamento odontológico e, conseqüentemente, tirando estes idosos da fila de espera para consultas médicas urgentes e ajustando a consulta médica apenas para o acompanhamento da evolução e progresso do quadro geral do idoso a cada três a seis meses apenas. Esta sugestão foi discutida e aprovada pelo grupo. Logo seguindo o planejamento e implementação.

O primeiro passo foi montar uma equipe multiprofissional com divisões de tarefas e atribuições. O segundo passo foi treinar a equipe abordando os seguintes assuntos: como será a formação do Grupo de Ação Educativa para Idosos; quanto ao manejo clínico da pessoa idosa e das questões relacionadas ao envelhecimento (Diretrizes, 2015); o papel que cada profissional deverá exercer, suas atribuições e responsabilidades; qual o objetivo do grupo e sua importância para o controle das consultas médicas regulares; o Estatuto do Idoso e suas implicações para a comunidade; outros temas pertinentes que forem sendo abordados nos encontros regulares. Foi determinado que este grupo deveria se reunir uma vez por semana, concluiu-se que este seria o período ideal para o controle do bem-estar de todos e, principalmente, no controle da marcação de novas consultas. A equipe também tem a responsabilidade de, junto com sugestões da comunidade, providenciar alguma palestra educativa que venha somar conhecimentos aos participantes do grupo e que mostre a importância de manter um vínculo com uma Unidade Básica de Saúde. A Tabela 2 mostra a composição e a divisão de tarefas da equipe que está trabalhando com o Grupo de Ação Educativa.

Tabela 2

**Composição de Equipe Multiprofissional para Grupo de Ação Educativa**

<b>Quant.</b>	<b>Profissional</b>	<b>Responsabilidade</b>
01	Enfermeiro	Medição e controle da pressão arterial; medição e controle da glicemia; entrevista sobre o estado atual das condições de saúde; anotação dos dados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; esclarecer sobre a importância do cuidado com os controles das DCNT; verificar se há necessidade de visita ao dentista.



01	Farmacêutico	Entrevista sobre a medicação que atualmente está prescrita; auxilio no uso e dosagem da medicação; conferir as receitas médicas garantindo que estejam em dia; auxiliar na retirada dos medicamentos junto a farmácia da Unidade.
01	Assistente Social	Responsável pelo atendimento individual e em grupo dos participantes para acompanhamento de suas condições de vida; esclarecer todos os direitos que a pessoa idosa tem na sociedade; auxiliar na marcação de novas consultas médicas, evidenciando a necessidade das consultas regulares e não em casos emergenciais.

Nota. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Dados extraídos da pesquisa de campo na UBS da Zona Norte de São Paulo.

Todos os participantes do grupo possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é um instrumento de cidadania com informações relevantes do estado de saúde do idoso, promovendo um melhor controle por parte dos profissionais de saúde. Nela são anotadas todas as informações de controle colhidas nas reuniões do Grupo permitindo que os profissionais tenham um histórico de como caminha a evolução da saúde do idoso. A Figura 1 exemplifica com fotos as anotações feitas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de um dos participantes do Grupo.

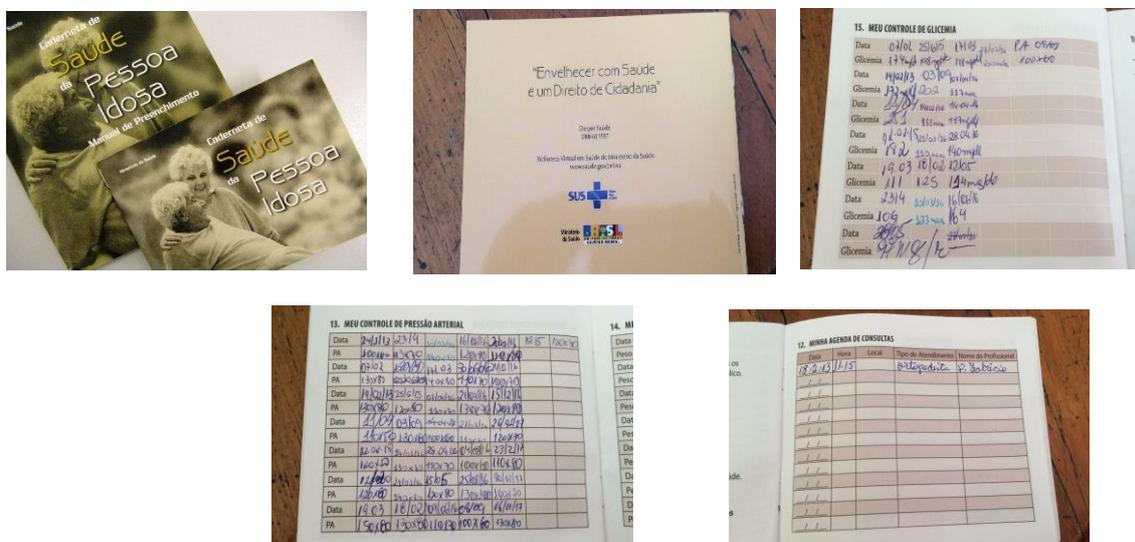


Figura 1. Fotos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: Elaborado pelos Autores.

#### 4 Resultados Obtidos e Análise

Para a análise dos resultados foram acompanhados os dados dos atuais 15 participantes do Grupo de Ação Educativa para Idoso, extraídos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Relatório Estatístico da UBS. Este grupo é heterogêneo e sua composição está na tabela 3.

Tabela 3

Composição do Grupo de Ação Educativa para Idosos

Idade	Sexo	Moradia
06 participantes – de 60 a 79 anos	04 – homens	04 – moram com filhos
09 participantes – acima de 80 anos	11 – mulheres	08 – moram sozinhos
		03 – moram com cônjuges

Nota. Fonte: Elaborada pelos Autores

Dados extraídos do atual GA EI da UBS da Zona Norte de São Paulo.

O grupo foi formado no ano de 2013 e é amplamente divulgado dentro da Unidade, em estabelecimentos comerciais no entorno e no grupo de terceira idade existente no bairro.



Com a frequência regular dos participantes, constatou-se que 100% do grupo teve evolução no seu quadro clínico geral, a pressão arterial está controlada, a diabetes controlada, uma melhora significativa na autoestima, a conscientização de todos sobre a importância do controle das DCNT, uma melhor condição de saúde, a aderência ao tratamento medicamentoso e, o mais importante e o objetivo final do grupo, os mesmos 100% deixaram de fazer parte do grupo de espera por consultas médicas emergenciais, tendo suas consultas marcadas com a regularidade exigida para o tratamento da Atenção Básica Preventiva de saúde do Idoso, onde todos podem aguardar o prazo médio de 75 a 90 dias para o retorno ao seu clínico.

A UBS referida ainda enfrenta problemas com as consultas emergenciais, pois é significativo o número de pessoas que busca este serviço na região. Normalmente o acolhimento tenta atender no possível e dá sempre prioridade ao idoso, mas também tenta encaminhar os casos mais críticos a uma unidade da Assistência Médica Ambulatorial [AMA], localizada em um bairro próximo da região. Porém o Grupo de Ação Educativa para Idosos, mostrou ser um instrumento eficiente para diminuir esta deficiência no prazo para marcação de consultas no atendimento ambulatorial.

## 5 Conclusões/Considerações Finais

A adesão ao Grupo de Ação Educativa de Idosos contribuiu para a melhoria do processo de marcação de consultas para 100% dos participantes do grupo melhorando o atendimento no setor de Acolhimento e Recepção da UBS. O modelo evidenciou que a implantação de um Grupo de Ação Educativa para Idosos não demandou custos adicionais à Unidade. Não houve a necessidade da contratação de novos profissionais, pôde-se envolver aqueles já contratados pela OSS, tomando apenas o devido cuidado para que todos fossem treinados a realizar este trabalho especial. O treinamento foi administrado por profissionais da equipe habitual de treinamentos que a OSS possui e que já são engajados com a Política Nacional da Pessoa Idosa e com os índices de melhoria de qualidade no atendimento. Os encontros são feitos dentro do horário habitual de funcionamento da UBS.

No contexto de uma Unidade Básica de Saúde as consultas emergenciais são solicitadas com frequência, gerando um aumento nas reclamações por parte dos usuários quanto a falta de agendas próximas para o atendimento na clínica médica. A pessoa idosa é a que mais sofre nestes casos por possuírem um perfil de doenças crônico-degenerativas, sobretudo as cardiovasculares e do sistema endócrino, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabete *Millitus* (DM), que exigem uma assistência de longa duração (Ramos, Filha, & da Silva, 2015). Cabe ao gestor, estudar e planejar meios de diminuir os indicadores negativos quanto ao tempo espera para o agendamento de clínica médica. É importante os gerentes de serviço de saúde entenderem também onde estão os gargalos nos processos de serviços, isso significa que os gestores de operações precisam procurar outras formas de minimizar o impacto das filas sobre seus clientes usando as ferramentas gerenciais de gestão de demanda (Johnston & Clark, 2001).

Este RT pode contribuir para a prática gerencial de uma UBS na medida em que implementou um modelo de gestão baseado na ação educativa dos usuários, evidenciando aos gestores a necessidade de conhecerem da realidade em que estão inseridos, e em especial as necessidades dos usuários idosos. Chama a atenção para a importância de alinhamento da gestão com as políticas públicas preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no âmbito da saúde do idoso. Cada profissional envolvido neste processo teve um papel essencial no sucesso do Grupo. É importante compreender o objetivo de sua implementação, com foco nos resultados para melhoria dos indicadores referentes as reclamações de falta de agenda próxima para consultas médicas.



A limitação da pesquisa foi a baixa adesão ao grupo por parte dos idosos que frequentam a UBS com regularidade. A falta de conscientização, a desinformação e o desinteresse, não só dos idosos, mas dos familiares, são um obstáculo a ser vencido pelos profissionais da saúde do local. Sugere-se, portanto, a inclusão de incentivos à formação de Grupos de Ação Educativa de Idosos para que estes deixem as filas de consultas emergenciais nas Unidades Básicas de Saúde, mantenham o controle das DCNT e criem um vínculo de confiança com os profissionais da saúde.

## Referências

- Brasil, C. C., & Brasil. (1990). Lei nº: 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev saúde pública*, 31(2), 184–200.
- Chaves, A. P. M. (2017). *Abordagem em grupo de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus na unidade básica de saúde da família de São Sebastião em Campos dos Goytacazes-RJ*. Campos dos Goytacazes-RJ. Recuperado de <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7982>
- Diretrizes\_Geraiz\_UBS\_final\_baixa(1).pdf. ([s.d.]). Recuperado de [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes\\_Geraiz\\_UBS\\_final\\_baixa\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa(1).pdf)
- Federal, S. (2003). Estatuto do idoso. *Brasília (DF): Senado Federal*. Recuperado de [http://www.academia.edu/download/38526467/estatuto\\_idoso\\_normas\\_correlatas.pdf](http://www.academia.edu/download/38526467/estatuto_idoso_normas_correlatas.pdf)
- Filha, F. S. S. C., Nogueira, L. T., & Viana, L. M. M. (2016). Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Northeast Network Nursing Journal*, 12, 930–936.
- Gallotti, R. M. D., & De Assis, S. F. M. (2013b). Os eventos adversos em unidade de terapia intensiva e o gerenciamento dos riscos das operações de serviços. A intersectorialidade na gestão da assistência à saúde. *XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações internacionais, Tema: Operações em organização de saúde, SIMPOI*. Recuperado de [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T00229\\_PCN56419.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00229_PCN56419.pdf)
- Johnston, R., & Clark, G. (2001). *Administração de operações de serviço* (1.ed.). São Paulo: Atlas.
- Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2), 31–46.
- Monken, S., Biancolino, C. A., Miraldo, C., & Asta, D. D. (2013b). A Importância da Gestão da Tecnologia na Modelagem de Programas para Promoção da Saúde, Prevenção de Riscos e Doenças em Saúde Suplementar. *Revista de Gestão e Projetos*, 4(2), 50.
- Organization, W. H., & others. (2012). World health statistics 2012 [Internet]. *World Health Organization: Geneva*.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saude Publica*, 40(Esp), 73–78.
- Ramos, J. S., Filha, F. S. S. C., & da Silva, R. N. A. (2015). Avaliação Da Adesão Ao Tratamento Por Idosos Cadastrados No Programa Do Hiperdia/Treatment to the Accession of Assessment for Elderly in Registered Hiperdia Program. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(1), 29–39.



**VI SINGEP**

Simposio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

**V ELBE**

Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia  
Iberoamerican Meeting on Strategic Management

- Slack, N., Chambers, S., Johnston, R., & Betts, A. (2013). *Gerenciamento de Operações e de Processos - 2ed: Princípios e práticas de impacto estratégico* (2.ed.). Porto Alegre-RS: Bookman Editora.
- SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde | UBS. ([s.d.]). Recuperado 9 de maio de 2017, de <http://vmvg.spdmafiliadas.org.br/ubs/>
- Tomaszewski, L. A., Lacerda, D. P., & Teixeira, R. (2016). Operations strategy for health care services: analysis of competitive criteria and operational recommendations. *Gestão & Produção*, 23(2), 381–396.