

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FLORISBELA DA SILVA

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO CENTRO DE SAÚDE REGINA, EM BELO HORIZONTE, PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA – SITUAÇÕES AGUDAS.

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2013

FLORISBELA DA SILVA

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO CENTRO DE SAÚDE REGINA, EM BELO HORIZONTE, PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA – SITUAÇÕES AGUDAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2013

FLORISBELA DA SILVA

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DO CENTRO DE SAÚDE REGINA, EM BELO HORIZONTE, PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA – SITUAÇÕES AGUDAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Prof.^a Daniele Falci de Oliveira

Aprovado em Belo Horizonte: 06/07/2013

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus pela oportunidade de fôlego de vida.

À Universidade Federal de Minas Gerais pela oferta do curso e ao orientador Edison José Corrêa e tutores das demais disciplinas.

A minha família pela compreensão da ausência, especialmente a minha filha Paula Larissa pelo apoio durante todo o curso.

Ao Centro de Saúde Regina pelas informações cedidas para a elaboração do trabalho.

RESUMO

Esse trabalho está direcionado à reorganização do processo de trabalho em saúde — organização do atendimento a demandas agudas — no Centro de Saúde Regina, distrito Barreiro, Belo Horizonte. Sobre esse problema, “operações” são propostas: revisão de análise situacional, educação em Saúde, nova organização da atenção à demanda espontânea e acompanhamento e avaliação da proposta. Espera-se organizar as agendas dos profissionais — enfermeiros e médicos — para que possa ser atendida a demanda espontânea do Centro de Saúde sem causar danos aos atendimentos eletivos das equipes de Saúde da Família. As operações integram uma proposta de intervenção, que define resultados esperados, produto, ações estratégicas, responsável e prazo. Tendo em vista que a enorme demanda do atendimento aos casos agudos estava tornando as atividades das equipes impraticáveis, pela sobrecarga dos profissionais envolvidos, acredita-se que, após a efetivação do trabalho de organização das agendas, tornar-se-á possível o atendimento de todos os usuários, em suas respectivas necessidades, com maior eficiência e sem maiores prejuízos aos profissionais do Centro de Saúde. Esse trabalho considera necessário, além da implantação de instrumento de avaliação de risco (Protocolo de Manchester), a capacitação de funcionários e a inserção do serviço social, visando agilizar e embasar o atendimento realizado pelas equipes.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This work is directed to the reorganization of the health attention process — acute demands — in Regina Health Center, Barreiro, Belo Horizonte. On this issue, "operations" are proposed: review of situational analysis, health education, new organization of spontaneous demand attention and monitoring and evaluation of the proposal. It is expected to organize the schedules of professionals – nurses and doctors- so can attend the spontaneous demand on the Health Center without damage to elective care by family health teams. The “operations” are part of a proposal for intervention, which defines expected results, product, strategic actions, responsible and term. Since the huge demand of service to acute cases was making overhead the activities of teams of professional, it is believed that, after the implementation of this project, it will become possible the attendance of all users, in their respective needs, more efficiently and without any major damage to health professionals. This work considers also necessary, in addition to the implementation of the risk assessment instrument (Manchester Protocol), the training of professionals and the insertion of social workers, to enhance the service performed by the teams.

Key-words: Family Health. Primary Health Care. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 BASES CONCEITUAIS	13
5.1 Equipes de Saúde	13
5.2 Atenção Básica à saúde em Belo Horizonte	14
5.3 Demanda espontânea e demanda programada	15
5.4 Classificação de Risco	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE A	25

1 INTRODUÇÃO

A Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte conta com 147 centros de saúde, distribuídos nos nove distritos sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência. Funcionam de segunda a sexta-feira e devem ser os primeiros a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde sendo consideradas a porta de entrada do sistema base das equipes de Saúde da Família. São 523 equipes, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade. (BRASIL, 2013).

O Centro de Saúde Regina, constituído por três equipes de Saúde da Família, atende uma população de 13.366 usuários de maneira eficiente baseada na montagem de equipes para atendimento da demanda espontânea – principal motivação de procura pelos serviços do Centro de Saúde. Duas dessas equipes encontram-se completas e em uma delas falta médico generalista. O Centro de Saúde conta ainda com clínico de apoio, pediatra, ginecologista, assistente social e apoio do NASF. (MOURÃO, 2013).

A população do bairro Regina, antes da construção de seu centro de saúde, era atendida no Centro de Saúde Lindéia. No ano de 2004, em reunião da Comissão Local, ficou definido que era necessário criar o Centro de Saúde Regina (CSR). O CSR foi organizado a partir de 2004 sendo que duas equipes de saúde vieram do C.S Lindéia e a terceira foi formada após dois anos de sua criação. Funcionou na Rua Geraldo Starling Soares, 436, no Bairro Regina, com horário de atendimento de 7 às 18 horas, até o dia 12 de julho de 2012, em espaço alugado, quando se mudou para novo prédio à rua Aristolino Basílio, 465, do mesmo bairro (MOURÃO, 2013).

O bairro possui boa infraestrutura, todo pavimentado, conta com igreja católica, evangélica, supermercados, padarias, escolas municipais, creches e escolas particulares. Conta também com um centro cultural que propõe várias atividades para a população. As casas são todas de alvenaria, a grande maioria tem laje, a população é de situação socioeconômica razoável. Uma pequena parte possui renda acima de 10 salários mínimos por mês, conta com convênios

médicos e não utiliza os serviços do CS. Por atender algumas microáreas que fazem divisa com outros municípios (Contagem e Ibitaré), também se depara com usuários que procuram atendimentos nas cidades citadas.

Desde sua organização o Centro de Saúde Regina passava por dificuldades relacionadas à alta demanda no acolhimento de agudos (demanda espontânea), o que resultava como consequências principais a insatisfação da população, a baixa qualidade dos serviços prestados e, também, o estrangulamento das agendas diárias das equipes.

Em 2009, passava por momentos caóticos devido a grande demanda de usuários nos acolhimentos das equipes de Saúde da Família que sufocavam as agendas dos profissionais – enfermeiros e médicos — envolvidos no PSF, deixando aquém os atendimentos eletivos.

Depois de um levantamento de dados, em que foram diagnosticadas as principais queixas dos pacientes no acolhimento, evidenciou-se que grande parte da procura provinha de pacientes agudizados. Tais usuários demandavam um tempo extra dos enfermeiros e médicos que já conviviam com excessivos atendimentos programados.

Então, após algumas reuniões, em que os problemas citados foram colocados em pauta, os profissionais do CSR decidiram pela criação das equipes de atendimento à demanda espontânea. Durante cada dia, em turnos distintos, duas equipes, formadas por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, ficam responsáveis por esses atendimentos, evitando que os usuários retornem sem respostas efetivas ou que procurem, erroneamente, por atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Essa equipe descarrega as agendas das equipes de Saúde da Família na medida em que facilita os atendimentos, pois toda a demanda não planejada para o dia será encaminhada para ela, por estar encarregada exclusivamente daquela função. A partir dessa decisão (em abril/2009), o manejo do tempo de serviço foi facilitado e melhor aproveitado, pois o fator agravante (atendimento do agudo) foi minimizado.

Entretanto, a questão do atendimento ao agudo permanece no sentido que há, ainda, e continuará havendo, uma grande demanda de pronto atendimento no CS. Outros aspectos devem ser incorporados a esse processo de atendimento de forma a, continuamente, ser aperfeiçoado. Algumas possibilidades seriam:

- Manter equipe, ou equipes, de pronto atendimento, desligadas das equipes de Saúde da Família (SF)?
- Desvincular o atendimento de agudos aos da SF?

- Contratar mais gente para equipe matricial?
- Introduzir alguma metodologia de classificação de risco?

Essas hipóteses foram revistas e uma proposta de organização é apresentada nesse trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

É sabido que a população do Centro de Saúde Regina está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, que deveria ser de aproximadamente três mil pessoas por equipe de Saúde da Família, chegando ao máximo de quatro mil pessoas (BRASIL, 2011). Entretanto, o atendimento à demanda espontânea é sufocante e contínuo, com os profissionais sobrecarregados e exaustos ao final de cada dia.

Para que haja o desenvolvimento das ações preventivas pelas equipes de Saúde da Família, como preconizam os protocolos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, e para que haja satisfação e resolutividade, com a demanda espontânea atendida em tempo hábil, seria necessária a contratação de novos funcionários, sendo que o ideal seria a criação de uma nova equipe e, ainda, a implantação do Protocolo de Manchester para classificação de risco, bem como capacitar os funcionários da recepção, portaria e, principalmente, os funcionários “posso ajudar?”.

Fez-se necessária a produção de um trabalho que avaliasse o perfil do CSR, das equipes, dos profissionais e da população, suas principais demandas de atendimento pelo CS e que fosse sugerido uma proposta de reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, no intuito de facilitar o atendimento à demanda espontânea, já que esse é sempre um problema apontado nos diagnósticos situacionais do CS.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Objetivo geral

Propor uma atualização no processo de trabalho da equipe do Centro de Saúde Regina, em Belo Horizonte, para organização do atendimento a demandas agudas.

3.2 Objetivos específicos

Recuperar e apresentar dados sobre motivos de atendimento no Centro de Saúde Regina.

Relatar os resultados obtidos até agora.

Rever na literatura científica o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família e suas responsabilidades para o atendimento às demandas agudas.

Propor uma reorganização do processo de trabalho para atendimento as demandas agudas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um texto descritivo que avalia o Centro de Saúde Regina (CSR) como um todo, tomando por base dados levantados em diagnóstico situacional realizado em 2012, pela autora, como exigência da disciplina *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), com dados fornecidos pela gerente do CSR coletados durante o mês de setembro/2006 e o mês de agosto 2010.

Para um embasamento conceitual foram utilizadas referências bibliográficas sobre os temas *Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Cuidados de Enfermagem, Processo de trabalho*, que foram pesquisados no SCIELO e no GOOGLE ACADÊMICO, em livros e em dados do sistema da PBH, no período de fevereiro a junho de 2013. Para a proposição de uma nova reorganização no processo de trabalho dos funcionários são utilizados dados sobre as necessidades da população.

5 BASES CONCEITUAIS

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, apud FARIA, 2009, p.35).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 reformularam-se algumas estratégias de saúde e em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma proposta de reorganização da atenção básica (FARIA, 2009). Nessa reorganização da ABS, um aspecto fundamental é o conhecimento do território como local onde acontece a construção da vida cotidiana das pessoas.

5.1 Equipes de Saúde

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área (BRASIL, 2011), e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. (BRASIL, 2013)

As equipes de Saúde da Família têm muitas atribuições, entre elas estão conhecer a realidade das famílias, identificando os problemas mais comuns aos quais a população está exposta; executar os procedimentos de vigilância epidemiológica; garantir a continuidade do tratamento pela adequada referencia de cada caso; prestar assistência integral, enfatizar os direitos da saúde; incentivar a formação e/ou participação da população nos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde. (SÃO PAULO, 2000)

5.2 Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte

O processo de implantação da Saúde da Família no município de Belo Horizonte trouxe consigo vários avanços. O incremento de Recursos Humanos (RH) e a reorganização do processo de trabalho com o PSF mudaram a forma de abordar as pessoas. Houve uma diversificação da oferta de ações de promoção da saúde, com a implementação de uma série de atividades nos centros de saúde, que buscam uma abordagem integral aos usuários. Pode-se observar ainda, a ampliação do acesso, em especial para a população adulta, aos serviços de saúde, com a atenção básica se configurando como porta de entrada, não única, mas principal para o sistema (BELO HORIZONTE, 2005).

Em Belo Horizonte são seguidos os princípios do Sistema único de Saúde (SUS) — universalidade, equidade, integralidade e participação social (BELO HORIZONTE, 2005).

Também os pressupostos da Atenção Básica, como condições mais amplas, devem reger as diretrizes do modelo assistencial para a Atenção Básica de Belo Horizonte. São acessibilidade, educação permanente, intersetorialidade, gestão democrática, humanização e qualidade de atenção. (BELO HORIZONTE, 2005) As diretrizes da Atenção Básica são apresentadas, em Belo Horizonte, como as características ou propriedades que a rede básica de saúde deve apresentar no seu modo de organização, em seu modelo de elementos estruturais e funcionais. Dentre as diretrizes de atenção básica estão:

Abrangência: capacidade de oferecer ações adequadas às necessidades de saúde da população;

Atenção Generalizada: oferecimento de cuidado a qualquer problema de saúde, em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente, sem restrição a grupos de idade ou de gênero e a problemas de saúde.

Primeiro Contato: a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde;

Acolhimento: entendida como expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada;

Longitudinalidade: é a oferta regular da atenção básica ao longo de períodos substanciais da vida, propiciando continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Vinculação: as equipes são responsáveis por população específica, adscrita a elas, e devem estabelecer vínculo com esses usuários;

Responsabilização: responsabilidade pela atenção à saúde do cidadão, em certa possibilidade de intervenção, sem burocratização ou impessoalidade.

Coordenação do cuidado: capacidade de a atenção básica proporcionar o acompanhamento do usuário no sistema;

Resolutividade: os centros de saúde devem estar preparados para enfrentar os problemas de saúde mais frequentes naquele território, os quais, por serem comuns, não são banais, ao contrário, exigem máximas habilidades clínica, comunicacional e de interação, além de capacidade de negociação (BELO HORIZONTE, 2005, p. 6-7).

Atenção centrada na pessoa: cuidado comprometido com as singularidades, complexidades e necessidades de saúde da pessoa e não somente com a enfermidade ou evento.

Atenção orientada à família e à comunidade: entendimento das condições de vida, da dinâmica familiar e da rede social do indivíduo, incluindo reconhecimento dos antecedentes culturais referentes à comunidade local, bem como do contexto sociocultural, das características e necessidades específicas das famílias e dos sujeitos, propiciando ganho de competência cultural. Neste aspecto ressalta-se a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes.

Valorização do saber e autonomização do usuário: busca permanente de possibilidades para que o usuário ganhe autonomia e corresponsabilidade com o seu cuidado;

Trabalho em equipe: diretriz para reorganização do processo de trabalho na Saúde da Família que visa abordagem mais integral e resolutiva e pressupõe mudanças na organização e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo maior integração entre os profissionais e as ações por eles desenvolvidas, superação da relação hierárquica entre os profissionais e isolamento nos diversos núcleos de competência.

Uso do planejamento e da programação: o planejamento e a programação das ações devem ser entendidos, além de ferramenta para a organização do trabalho das equipes, como diretriz que pressupõe grande esforço de organização interna, estabelecimento de objetivos e amplo conhecimento da situação de saúde daquela população e da organização do trabalho daquelas equipes, podendo representar a superação das dificuldades atuais na implementação das diretrizes.

Vigilância à Saúde: modelo tecnológico de intervenção para a reorganização das práticas de saúde do município, por meio da revisão dos principais métodos e técnicas que contribuem nesse processo. Está comprometida com o princípio da integralidade, contempla a discussão de problemas, necessidades e determinantes da saúde e tem como principais características a intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, a adoção do conceito de risco, a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e a atuação intersetorial.

Organização baseada no território: ocorre não somente do ponto de vista geográfico e de organização da clientela, mas do ponto de vista do território/processo (BELO HORIZONTE, 2005-2008, p. 6-7).

5.3 Demanda espontânea e demanda programada

Cabe primeiramente diferenciar os conceitos de “necessidade” e “demanda”. Segundo a Enciclopédia Larousse (1992), “necessidade” pode ser definida como exigência proveniente de um sentimento de privação de qualquer coisa absolutamente imprescindível à vida; estado que resulta da privação do necessário, indigência, miséria; aquilo que constrange ou obriga de maneira absoluta; conjunto de coisas indispensáveis à vida; interesses superiores de uma comunidade. O conceito de “demanda” remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário, situado entre o desejo e a necessidade.

No atendimento às necessidades e às demandas fundamenta-se o “acolhimento”, implementado na rede de saúde de Belo Horizonte em 1995, buscando humanizar a atenção,

estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários e aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas, ampliando a sua intervenção. No acolhimento a equipe de enfermagem avalia o usuário para uma possível consulta com um médico e programa a mesma para uma data disponível na agenda, não há necessidade de atendimento imediato.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Ele deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário, escutando seus problemas de saúde, de forma qualificada (SOLLA, 2005). No entanto, com a implementação do acolhimento, houve grande demanda nos postos de saúde como um todo por atendimento, abordando a necessidade da criação de novas portas de entrada aos postos sem agendamento prévio, como o agudo.

Demanda espontânea é o momento em que as equipes deixam a agenda aberta para atender as consultas não agendadas, os casos que não podem esperar por um atendimento programado ou uma consulta posterior. O CS recebe muitos casos agudos, por isso deve-se estruturar a fim de que maior número de consultas fique livre para este tipo de atendimento. Portanto, atender à demanda espontânea implica em ouvir e responder, de alguma forma, à expressão de uma necessidade trazida pelo usuário.

Demanda programada é quando o usuário pode esperar por uma consulta agendada, não há necessidade de atendimento imediato, e muitas vezes, após o atendimento programado, não há necessidade sequer do uso de medicamento ou retorno com tempo determinado.

5.4 Classificação de risco

Para o Ministério da Saúde, acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006). A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004a).

De acordo com o Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013 classificação de risco é a “mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção

seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática)” (BELO HORIZONTE, 2010, p.10).

Triagem ou classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgências por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Estas ferramentas pretendem assegurar a atenção médica de acordo com o tempo de resposta de acordo com a necessidade do paciente. De forma geral um método de classificação de risco pode tentar fornecer ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica. (MACKWAY, MARSBENE, WINDLE, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os dados iniciais que motivaram esse trabalho dizem respeito à excessiva demanda de casos agudos ao Centro de Saúde Regina. Esses dados se referem a setembro de 2006 (Quadro 1) e agosto de 2010 (Quadro 2).

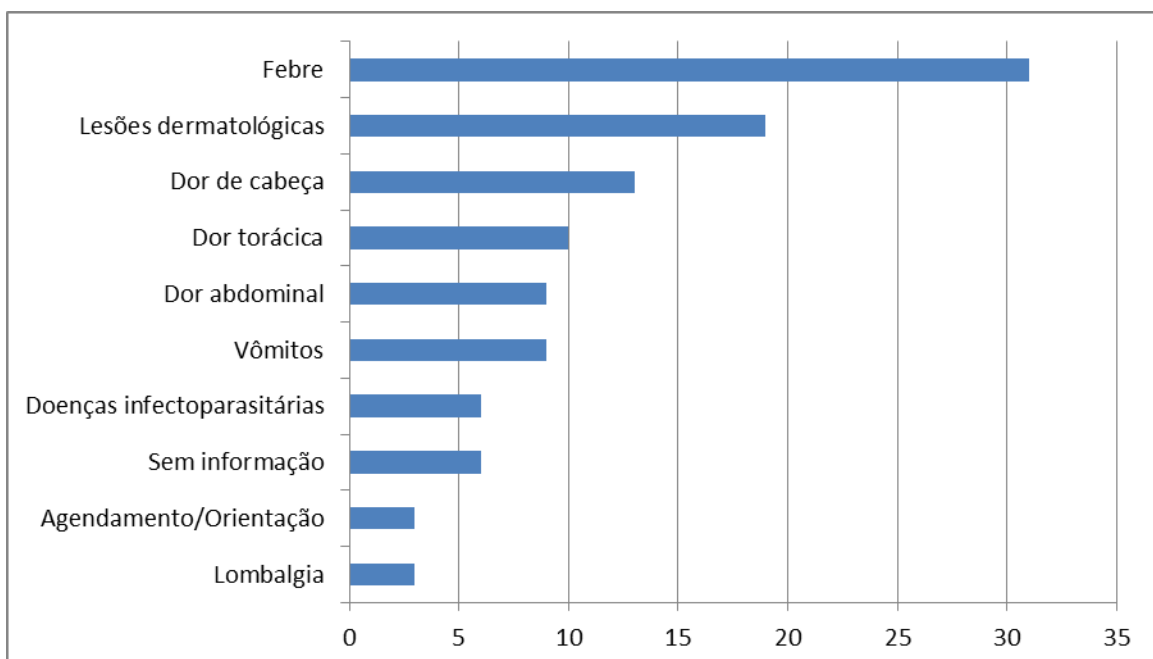
Quadro 1 Motivos de atendimento no Centro de Saúde Regina, em Belo Horizonte, setembro de 2006

Motivo	Nº	%
Atualizar receita e avaliação de exames (hipertensão e diabetes)	42	15,8
Solicitação de encaminhamento para especialistas	25	9,4
Resultado de exames	20	7,5
Tratamento odontológico	16	6,0
Rotina de exames ginecológicos (prevenção)	14	5,3
Transtornos mentais	12	4,5
Solicitação de exames	11	4,2
Febre	9	3,4
Dor em membros	9	3,4
Infecção de vias aéreas superiores (IVAS)	9	3,4
Amigdalite	8	3,0
Asma	7	2,6
Tosse	7	2,6
Suspeita de gravidez/gravidez	6	2,3
Dermatite/feridas	6	2,3
Infecção do trato urinário/litíase	5	1,9
Exantema	5	1,9
Transtornos oculares	5	1,9
Dor de cabeça	5	1,9
Insônia	3	1,1
Otite	3	1,1
Planejamento familiar	3	1,1

Quadro 1 Motivos de atendimento no Centro de Saúde Regina, em Belo Horizonte, setembro de 2006

Motivo	Nº	%
Pedido de relatório	3	1,1
Dor abdominal	3	1,1
Transtornos ginecológicos	3	1,1
Alergia	3	1,1
Controle diabetes	2	0,8
Tontura	2	0,8
Diarreia	2	0,8
Desnutrição	2	0,8
Outros	15	5,7
Total	265	100

Quadro 2 Principais motivos de atendimento no plantão do agudo: agosto de 2010



Fonte: Centro de Saúde Regina, 2010.

Considerando os motivos de consulta, a necessidade de atuação sobre as equipes de saúde, o processo de implantação da Saúde da Família no município de Belo Horizonte e no Centro de Saúde Regina, a questão da demanda espontânea e demanda programada, expostos no item

anterior desse trabalho, para a construção de uma proposta de intervenção que atenda ao objetivo geral de “Propor uma atualização no processo de trabalho da equipe do Centro de Saúde Regina, em Belo Horizonte, para organização do atendimento a demandas agudas” são apresentadas as ações descritas a seguir. Elas estão organizadas em **operações**, para os **nós críticos** relacionados ao problema **atendimento aos casos agudos**.

Considerando a proposta da Seção 3 *Elaboração do Plano de Ação*, do módulo *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), as ações serão apresentadas em resultados esperados, produtos, ações estratégicas, responsável e prazo.

Intervenção proposta	Organização do atendimento a demandas agudas
Operação 1	Revisão de análise situacional
Resultados esperados	Compreensão da questão por todos os membros da equipe
Produto	Reunião para apresentar aos membros das equipes já existentes e à gerente os dados do diagnóstico situacional
Ações estratégicas	Apoio da gerência
Responsável	Autora
Prazo	Um mês

Intervenção proposta	Organização do atendimento a demandas agudas
Operação 2	Educação em Saúde
Resultados esperados	Equipe: Entendimento da dinâmica do trabalho da equipe, dos recepcionistas e do “posso ajudar” do conceito de acolhimento, da classificação de risco e dos processos de atenção e encaminhamento. Comunidade: Entendimento da dinâmica de atenção do Centro de Saúde
Produto	Reuniões periódicas da gerência, equipe e apoio administrativo. Folhetos educativos para a população esclarecendo a função do atendimento ao agudo.
Ações estratégicas	Apoio da gerência, Organização dos horários, Recurso financeiro.
Responsável	Autora, Equipe de Saúde, “Posso ajudar”, equipe administrativa, assistente social
Prazo	Três meses

Intervenção proposta	Organização do atendimento a demandas agudas
Operação 3	Nova organização da atenção à demanda espontânea
Resultados esperados	Equipe: melhoria no atendimento da demanda espontânea e nas demais atividades eletivas. Comunidade: satisfação e resolução das questões agudas.
Produto	Reformulação das agendas dos profissionais envolvidos no atendimento da demanda espontânea e criação de uma nova Equipe de Saúde da Família.
Ações estratégicas	Apoio do distrito e da secretária municipal de saúde, apoio da gerencia e dos profissionais – médicos e enfermeiros -, recursos financeiros.
Responsável	Autora, gerente, secretário de saúde, equipe de saúde.
Prazo	Seis meses.

Intervenção proposta	Organização do atendimento a demandas agudas
Operação 4	Acompanhamento e avaliação da proposta
Resultados esperados	Implantação de reunião de avaliação e acompanhamento semestral
Produto	Plano de avaliação
Ações estratégicas	Apoio de todos os profissionais envolvidos.
Responsável	Autora, equipe de saúde da família, gerente
Prazo	Dois meses após a implantação da nova equipe de saúde da família e da nova agenda de trabalho (operação 3).

Viabilidade do plano de intervenção: motivação dos atores

Os atores envolvidos nas operações supracitadas estão motivados com a implementação das novas formas de trabalho e de organização da demanda espontânea no Centro de Saúde Regina, com expectativas positivas de funcionamento e de melhora da dinâmica de trabalho. Todavia, no que diz respeito à atuação da secretaria municipal de saúde, ainda não é possível confirmar a criação da nova equipe, estratégia fundamental para que as propostas de melhoria sejam efetivadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a formulação desse trabalho tomou como base resultados obtidos em pesquisas de opinião no Centro de Saúde Regina (CSR), fica evidente que a unidade atende uma população superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde e que a demanda espontânea sufoca as equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Nota-se que as equipes de PSF necessitam de uma reorganização no processo de trabalho para concluir com sucesso seu papel frente aos usuários sob sua responsabilidade, bem, como necessitam, ainda, de auxílio da assistente social e capacitação dos funcionários envolvidos no tema referido.

Será de grande valia por em prática as sugestões contidas na proposta de intervenção. Cabe ressaltar que o atendimento à demanda espontânea não cessará, uma vez que o vínculo adquirido dos usuários com os profissionais da equipe aumenta e facilita a entrada do cliente no serviço de saúde, além da estrutura no novo centro de saúde ser atrativa e conveniente para a população da região.

O CSR já conta, como citado no trabalho, com equipes definidas para atendimento às demandas espontâneas. No entanto, cada dia fica maior o número de usuários que comparece para o atendimento agudo, provocando a exaustão dos funcionários e possibilidade de erros. Por isso torna-se necessário, além da implantação de instrumento de avaliação de risco (Protocolo de Manchester), a capacitação de funcionários e a inserção do serviço social, visando agilizar e embasar o atendimento realizado por essas equipes.

REFERÊNCIAS

- BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 2005. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/o trabalho do acs.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/o%20trabalho%20do%20acs.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2013
- BELO HORIZONTE. **Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010 – 2013**. Belo Horizonte – MG 2010. [online]. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...2010>. Acesso em: 23 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/050050_FL.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família**, Série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde. [online]. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual-estrutura-ubs>>. Acesso em: 28 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção básica à Saúde. **Equipes de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 8 abr.2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. [online]. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 8 abr. 2013.
- CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.
- ENCICLOPÉDIA LAROUSSE. Ed. Nova cultural. RJ. 1992
- FARIA, H. *et al.* Processo de trabalho em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

MACKWAY, K.; MARSBENE, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Ed. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010

MOURÃO, S. **Informações**: da gerente do Centro de Saúde Regina à autora, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000400013&script=sci_arttext. Acesso em: 8 abr. 2013

APÊNDICE A

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, módulo Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO CENTRO DE SAÚDE REGINA (sem revisão)

MÓDULO: PLANEJAMENTO E AÇÕES EM SAÚDE

NOME: FLORISBELA DA SILVA

TUTOR: WARLEY AGUIAR SIMÕES

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na realização do Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Regina, em mês ano.

A população do bairro Regina antes da construção do C.S Regina era atendida no C.S Lindéia então no ano de 2004 em uma reunião da Comissão Local do bairro Regina ficou definido que era necessário criar o C.S Regina mesmo que fosse em espaço alugado. Então o C.S Regina foi constituído a partir de 2004 sendo que 2 equipes de saúde vieram do C.S Lindéia e a terceira ESF foi formada após 2 anos da criação do C.S Regina, que funciona no mesmo endereço até hoje, Rua Geraldo Starling, nº 436 no Bairro Regina com horário de atendimento de 07 às 18 horas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar o Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Regina e propor um projeto para resolução dos problemas prioritários encontrados.

O diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde.

Portanto o diagnostico situacional é de fundamental importância para o levantamento de problemas e identificação das prioridades que devem ser trabalhadas, oferecendo assim um norte para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde mais focais efetivas em relação aos problemas encontrados.

Histórico do Centro de Saúde Regina

O C.S. Regina funciona hoje em um espaço alugado, em uma sobreloja, localizado a Rua Geraldo Starling, nº 436 – Bairro Regina.

A população do bairro Regina era atendida pelos C.S Lindéia, Itaipu e Túnel de Ibirité. Em uma das reuniões da Comissão local ficou definido por votação que era uma necessidade criar um C.S. no bairro Regina mesmo que fosse em um espaço alugado e inadequado em virtude dos outros C.S serem distantes para a população do bairro Regina. Então em foi criado o C.S Regina.

No início funcionavam duas ESF que foram transferidas do C.S Lindéia para atender a população do bairro Regina que é a Equipe 1 e 2. Em 2006 foi criada mais uma ESF a Equipe 3. O C.S. Regina oferece atendimento a população dos bairros Regina, Lindéia, Itaipu e Túnel de Ibirité. Um novo centro de saúde já está sendo construído, com perspectiva de entrega para novembro/2011.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Territorialização do Centro de Saúde Regina

O Centro de Saúde Regina (CS Regina) localiza-se na regional Barreiro do município de Belo Horizonte cuja área de abrangência são os bairros Regina, Lindéia, Itaipu, Túnel de Ibirité. A área da unidade é extensa, população volumosa e possui risco médio de vulnerabilidade. Em algumas microáreas ocorre o tráfico de drogas, mas em geral a região é tranquila.

Observa-se que a grande maioria da região é asfaltada e a rede de esgoto é canalizada. O lixo tem destino adequado são coletados pelos caminhões de lixo da prefeitura de BH.

A região é movimentada, percebem-se poucas árvores e possui um pequeno Centro comercial com Supermercado, farmácia, sacolão e etc.

O Ministério da Saúde recomenda que as equipes do Programa de Saúde da Família sejam compostas por no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS. O número de ACS varia de acordo com o quantitativo populacional de cada equipe que deve se responsabilizar por no mínimo, 2.400 e, no máximo, 4.500 pessoas estimando-se, aproximadamente 800 famílias em território delimitado, ou seja, de 150 a 200 famílias por ACS.

O CS Regina possui três equipes de Saúde da Família

Cada equipe apresenta: 01 Médico generalista; 01 Enfermeira; 02 Auxiliar de Enfermagem e 04 a 05 Agentes Comunitários de Saúde.

Todos os profissionais cumprem uma carga horária de 40 horas semanais.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O Diagnóstico de Saúde tem como objetivo identificar problemas, fatores que limitam o desenvolvimento de ações, estabelecendo plano de trabalho para resolução de problemas relacionados com o diagnóstico.

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PELAS EQUIPES

O atendimento diário à população adstrita é feito através do acolhimento, consultas agendadas, grupos operativos e visitas domiciliares (pelos ACS's, enfermeiros e médicos da família), além do atendimento na sala de observações e vacina de acordo com a demanda.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE EQUIPE 2

Na Equipe II o território é subdividido em 5 microáreas, são elas 6, 7, 8, 9 e 10 A população geral de abrangência são de 1276 famílias, divididas em:

Microárea 6: 266 Famílias; Microárea 7: 240 Famílias; Microárea 8: 270 Famílias; Microárea 9: 260 Famílias; Microárea 10: 240 Famílias.

Segundo os dados coletados pelas Acs a faixa etária predomina são de adultos jovens, porém há um número considerável de idosos e crianças, a maioria são empregados e possuem o ensino fundamental completo, apesar da área oferecer escola com ensino médio. A maioria das mulheres trabalham como doméstica. O número de pessoas por residência atinge uma média de em 5 a 6 em cada família, grande parte dos imóveis são alugados, principalmente na microárea 9 e 10.

Percebe-se que se trata de uma região plana, as microáreas são próximas ao Centro de Saúde.

Evidenciou-se que a população atendida pela equipe 2 tem características muito parecidas. As residências são estruturadas a maioria de alvenaria e algumas com acabamento (pintura), as residências apresentam uma boa estrutura física.

Observou-se que a grande maioria da região é asfaltada e a rede de esgoto é canalizada. O lixo tem destino adequado são coletados pelos caminhões de lixo da prefeitura de BH.

A região é movimentada, percebem-se poucas árvores e possui um pequeno Centro comercial com Supermercado, farmácia, sacolão e etc.

A área de abrangência da equipe II é uma área que possui um alto índice de HAS e Diabéticos. Algumas micro-áreas ocorre tráfico de drogas, mas em geral a região é tranquila.

PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS

- ✓ *Poucas atividades de promoção à saúde da população*
- ✓ *Alta demanda no acolhimento de agudos "demanda espontânea".*
- ✓ *Os grupos operativos existentes são poucos eficazes.*

PARECER GERAL DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O Diagnóstico permitiu o conhecimento da realidade do local, do perfil populacional e da organização do serviço auxiliando na detecção de problemas e no planejamento de ações com a finalidade de melhorar e otimizar a qualidade da assistência.

Grande parte da população da área de abrangência da Unidade de Saúde possui risco médio para o desenvolvimento de doenças devido às condições socioeconômicas.

Através do Diagnóstico situacional, constatou-se, que o principal problema é a falta dos grupos operativos, sendo necessário criar um instrumento para nortear a implantação desses grupos e sistematizar a assistência.

PROPOSTA DO PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promover a saúde dos usuários portadores de doenças crônicas que frequentam os Grupos Operativos.

OBJETIVO GERAL:

Melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de doenças crônicas e prevenir agravos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ *Sistematizar a assistência ao portador de doenças crônicas.*
- ✓ *Identificar, cadastrar/recadastrar os pacientes portadores de HAS e DM.*
- ✓ *Reorganizar os grupos operativos já existentes.*
- ✓ *Fornecer orientações para implantação dos grupos.*
- ✓ *Fornecer orientações e materiais didáticos para realização dos grupos.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Diagnóstico Situacional possibilitou conhecer a forma como o C.S Regina está organizado para atender a população adscrita e foi de grande importância para entender a dinâmica de funcionamento, rotinas, problemas pelos quais as ESF passam.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Avaliação Módulo das ações em saúde-2ed-Belo Horizonte: Nescon/UFMG, coopmed, 2010.

SILVA, F.; SIMÕES W. A. Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Regina [Trabalho Apresentado à Disciplina Planejamento de Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Belo Horizonte, 2011.