UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇAO EM ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDERSON NUNES BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇAO: NOVAS FORMAS DE RESPOSTA À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FÁMILIA AZURITA

FORMIGA-MG

2014

ANDERSON NUNES BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇAO: NOVAS FORMAS DE RESPOSTA À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FÁMILIA AZURITA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Professor Max André Santos

FORMIGA-MG

2014

ANDERSON NUNES BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇAO: NOVAS FORMAS DE RESPOSTA À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FÁMILIA AZURITA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Professor Max André Santos

Banca examinadora:

Prof. Max André Santos Orientador

Profª. Daniela Coelho Avaliadora

Aprovado em Formiga: 15/02/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o Grande Arquiteto do Universo, e àqueles que ELE enviou, pois permitiu que escrevesse em linhas tortas, que usasse as pedras em meu caminho para construir, traçar e arquitetar as bases de minha vida. Sem o Senhor eu nada seria.

Agradeço aos meus pais Leonora e Marco que por muitas vezes viram minhas lágrimas e que com suas peculiaridades permitiram que com elas formassem minha própria personalidade e me tornasse um homem forte.

Agradeço aos meus irmãos Tony, Alex e Michely, pela compreensão, pelos conselhos, às vezes pelas brigas, e aos meus sobrinhos Rafael, Felipe, Alexandre, renovações de vida.

Agradeço à minha namorada pelo amor, pela confidência, pelo apoio, pela compreensão dos momentos faltosos, pelas trocas de sabedoria e pelas fugas.

Agradeço aos colegas de sala, amigos e irmãos que fiz; os que de alguma forma me ensinaram algo, desculpem-me pelos momentos de ausência.

Agradeço ao Dr. Max, pelo conhecimento, pela forma única de me acolher e direcionar com humildade e disponibilidade. Tornou-se muito mais que um orientador, um amigo.

Agradeço aos funcionários do Curso Especializaçao Saúde da Familia, diretores, coordenadores, supervisores, professores e os responsáveis pela plataforma, que me confiaram; por direcionaram meu conhecimento, mas também aos funcionários da limpeza e aos da biblioteca.

Agradeço aos pacientes e usuários que foram pacientes comigo durante todo meu curso, mesmos os que se tornaram anônimos ou eternos, a equipe de saúde ESF. Azurita. O meu muito obrigado e que além de esperanças de cura, possa ter agregado afeto, carinho e aprendido, assim como eu, que podemos sempre fazer mais. Que ouvir e prevenir sempre são os melhores remédios.

Anderson Nunes Barbosa

EPÍGRAFE

‘’O mais importante na vida não é o conhecimento, mas sim o uso que fazemos dele.’’

(Talmud)

RESUMO

Este é um projeto de Intervenção na área de abrangência da ESF. Azurita. Partindo do problema do alto fluxo da demanda espontânea na unidade, o projeto pretende trabalhar com esta demanda, visando reorganizar o processo de gestão e de trabalho da equipe, numa perspectiva humanizadora, tanto para a equipe de trabalhadores como para o usuário. Na elaboração do projeto foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional simplificado e para subsidiar conceitualmente o trabalho foi feita uma revisão da literatura utilizando os seguintes descritores: humanização na atenção primária; processo de gestão humanizado; acolhimento; condições de saúde; cuidado em saúde; clinica ampliada; atenção centrada na pessoa; método clínico centrado na pessoa. A partir dos nós críticos selecionados as operações propostas foram: 1) elaborar um fluxograma de atendimento diferenciado a partir da delimitação da área de abrangência; 2) aumentar e melhorar distribuição da oferta de consultas médicas; 3) utilizar as consultas médicas prioritariamente para o atendimento das condições agudas e crônicas da população da área de abrangência; 4) reorganizar o processo de trabalho voltado para o fluxo da demanda espontânea e 5) criar respostas alternativas para os usuários com demandas agudas que não se caracterizam como doenças. A análise de viabilidade mostrou que o projeto é viável. A elaboração deste projeto possibilita à ESF Azurita oferecer um modelo assistencial voltado para a pessoa, buscando um atendimento mais efetivo e satisfatório para a população, a partir da criação de alternativas de acolhimento e escuta qualificada ao usuário, proporcionando um processo de gestão mais participativo, coletivo e com educação permanente. Dessa forma, busca-se caminhar no sentido do cumprimento da missão deste serviço de saúde: cuidar da saúde da equipe e da população, de acordo com as diretrizes preconizadas e defendidas pelo HumanizaSUS.

Palavras-Chave: Humanização na Atenção Primária; Processo de Gestão Humanizado; Acolhimento; Cuidado em Saúde; Clinica Ampliada; Método Clínico Centrado na Pessoa.

ABSTRACT

This is a project of intervention in the area covered by the FSH. Azurita. Leaving the problem of the high flow of spontaneous demand on the unit, the project aims to work with this demand, aiming at reorganizing the management process and team work, a humanizing perspective, both for the team of workers as to the user. In project design method was used for the Situational Strategic Planning Simplified and conceptually support the work a literature review using the following descriptors was made: humanization in primary; humanized management process, host, health conditions, health care; Extended clinic; person-centered care, person-centered clinical method. From the critical nodes selected operations proposed were: 1) Prepare a flowchart of distinguished service from the definition of covered area, 2) distribution increase and improve the supply of medical visits, 3) the use of medical consultations primarily to meet acute and chronic conditions of the population of the catchment area; 4) reorganizing the work process facing the flow of spontaneous demand and 5) create alternative responses to users with acute demands that are not characterized as diseases. The feasibility analysis showed that the design is feasible. The preparation of this action plan enable FSH Azurita offer a care model focused on the person seeking a more effective and satisfactory service to the population, through the creation of alternative host and qualified listening to the user, providing a more participative management, collective and continuing education. This way, we seek to move towards fulfilling the mission of health service: the health care team and the population, according to the guidelines advocated and defended by HumanizaSUS.

Word-key: Humanization in the Primary Attention; Administration Process Humanized; Reception; Care in Health; Practices medicine Enlarged; Clinical Method Centered in the Person.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DESENHO DE OPERAÇÕES PARA OS "NÓS" CRÍTICOS DA ESF. AZURITA.....52

QUADRO 2 – ANALISE DE VIABILIDADE DE RECURSOS CRÍTICOS REFERENTES AS PROPOSTAS DE AÇÕES PARA A MOTIVAÇÃO DOS ATORES – OPERAÇÃO ESF. AZURITA 2013.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – **CRONOGRAMA**.....60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 10
1.1. Caracterização da Rede de Saúde de Mateus Leme..... 11
1.2. A Rede de Saúde do Município..... 13
1.3. Descrição da Clientela e do Distrito de Azurita..... 14
1.4 Funcionalidade e Utilização dos Elementos Físicos..... 17
1.5. Recursos Humanos..... 20
1.6. Ator que Planeja..... 21
1.7. Problematização..... 21
1.8. Explicação do Problema..... 22
1.9. Nós Críticos..... 29
110. Justificativa..... 32
1.11. Objetivo Geral do Projeto..... 33
1.12. Objetivos Específicos do Projeto..... 33
2. MÉTODOLOGIA..... 34
3. DESENVOLVIMENTO..... 37
3.1. Revisão da Literatura..... 37
3.2. Humanização do Cuidado 37
3.3. Processo Gestão Saúde..... 39
3.4. A Importância da Territorização..... 41
3.5. Demanda Espontânea e o Acolhimento..... 44
3.6. Clinica Ampliada..... 47
3.7. Método Clínico Centrado na Pessoa..... 49
4. PLANO DE AÇÃO..... 52
5. ANÁLISE DE VIABILIDADE..... 55
5.1. Discussão da Análise de Viabilidade..... 57
6. CRONOGRAMA..... 60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 61
8. REFERÊNCIAS..... 63

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde através do Humaniza SUS, preconiza a saúde como um direito de todos os cidadãos. Porém, observa-se que ainda existe deficiência no sistema de saúde atual, onde há falta de profissionais especializados, além de uma estrutura física inadequada nas Unidades Básicas de Saúde para uma assistência à saúde da população. Além disso, questões socioeconômicas, a cultura curativa e não preventiva contribuem para o agravamento das doenças, em geral, do aumento considerável da procura por atendimento/demanda espontânea de pacientes, o que causam filas, superlotação das unidades de saúde, constituindo-se um problema social.

Para o Ministério da Saúde, Brasil (2004) acolhimento é uma ação tecnicoassistencial que pressupõe mudanças da relação entre profissionais de saúde e usuários com suas redes sociais por meio de paramentos técnicos, étnicos, humanitários e de solidariedade, reconhecimento o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde.

A conceituação do acolhimento passa, necessariamente, por uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Os serviços de saúde, ao contrário de outros serviços do mundo industrializado, têm como marca a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde. Nessa relação, o médico muda o seu objeto de trabalho (da doença para o doente) e faz surgir a necessidade de novas tecnologias em saúde, dentre elas o acolhimento (SAVASSI *et al*., 2006).

Através de ferramentas de tecnologia de acolhimento desenvolvida para centros de urgências para triar pacientes e diminuir os atendimentos eletivos e não urgências nas portas de entradas para urgências, o governo comprou o programa Manchester de Portugal, Trius, no qual através de interpretação de dados em um computador, o profissional triador direciona o tempo de espera e a necessidade do atendimento do paciente com risco de complicações.

Este programa se tornou indicador de saúde em unidades básicas de saúde, porém os pacientes triados em três minutos, o que preconizado, como amarelo, verde, azul e branco que deveriam retornar para consultas agendadas eletivas também lotam as Estratégias Saúde da Família e sobrecarregam as agendas das

unidades, dificultando a humanização do atendimento, a criação de vínculos com a comunidade e a realização de outras funções que o enfermeiro desempenha como, por exemplo: burocráticas, assistenciais, administrativas, coletivas sejam de promoção ou preventivas.

Segundo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR, (2010), o Trius com classificação de risco, é uma ferramenta tecnológica que busca priorizar os casos, classificando o tempo, o risco de cada paciente pelo Protocolo de Manchester. De acordo com os sintomas que o paciente apresenta, alimenta-se a máquina Trius, e com estas informações, apresenta-se uma cor, que caracteriza a necessidade e tempo de atendimento daquele paciente. Por exemplo, vermelho indica um caso “emergente” e o paciente deve ser atendido imediatamente, laranja revela que o caso é “muito urgente” e o prazo para o atendimento é de no máximo dez minutos, amarelo mostra que é “urgente” e o paciente pode esperar até sessenta minutos, verde revela que é “pouco urgente” e a espera é de até 120 minutos, azul mostra que é “não urgente” e o prazo para o atendimento é de 240 minutos. Ainda existe a opção branca para casos eletivos atendidos.

Por isso, pela distância e redirecionamento feito pela UPA dos casos eletivos e não de urgência, o número de consultas para atendimento médico, na ESF Azurita, se tornou insuficientes para atender o grande fluxo de usuários de demanda espontânea que desejam passar pela triagem diariamente.

Ao mesmo tempo, as demais responsabilidades e atividades humanizadas de promoção e prevenção da saúde que deveriam ser realizadas pelo enfermeiro se tornaram comprometidas.

1.1. **Caracterização da Rede de Saúde e Mateus Leme**

A denominação original da região, Arraial do Morro de Mateus Leme, já aponta suas origens históricas. Mateus Leme bandeirante de linguagem paulista, cuja vida e trajetória pelas regiões mineradoras é ainda mal definida, foi o pioneiro do povoamento na localidade, ao instalar-se nas proximidades de uma serra que, anos mais tarde, receberia o seu nome. Já no ano de 1710 uma carta de sesmaria refere-se ao local do Morro do Mateus Leme, comprovando sua origem bem remota.

Já em 1710, uma carta Sesmaria refere-se ao local (Morro do Mateus Leme), comprovando a sua origem bem remota; outras fontes documentais, dos anos 1739 e 1745, referem-se ao arraial.

Segundo o estudioso Teophilo de Almeida, encontram-se no Morro de Mateus Leme vestígios de antigos aquedutos e lavrados, iniciados um trabalho vultoso de mineração aurífera no local.

Presume-se que a população, com a decadência da exploração aurífera, tenha voltada para outras atividades econômicas como a agricultura e a pecuária.

O povoado que posteriormente, daria origem ao atual município de Mateus Leme, foi fundado ao início do século XVIII, na vaga que, buscando metais e pedras preciosas, levaria ao deslocamento de todo o eixo econômico brasileiro para Minas Gerais, formando inúmeras novas comunidades.

Pelo decreto-lei estadual nº 1058, de 31-12-1943, é criado o distrito de Azurita e anexado ao município de Mateus Leme. Pelo mesmo Decreto-Lei o distrito de Serra Azul tomou a denominação de Boturobi.

Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído de 3 distritos: Mateus Leme, Azurita e Serra Azul.

Assim, a comarca de Mateus Leme foi criada em 1954. Situando-se na região central, pertencendo à zona metalúrgica de Minas Gerais. O aspecto geral do seu território é semi-montanhoso, numa altitude máxima de 1.434 m do nível do mar. (PREFEITURA DE MATEUS LEME, 2013).

O município faz parte da maior bacia hidrográfica de Minas Gerais, a do rio São Francisco. Ocupa uma área de 302,773 km² de extensão territorial, com uma população de 27.856 habitantes, destes, homens: 13.813 e mulheres: 14.043 (IBGE, 2010).

Localizada numa rede urbana constituída por cidade próspera, sua posição geográfica permite, por meio de rodovias, o acesso à capital do estado Minas Gerais, Belo Horizonte (52 km), pelas rodovias MG-050, BR-262, o que proporciona vantagens logísticas de escoamento para todas as regiões. (PREFEITURA DE MATEUS LEME, 2013).

1.2. A Rede de Saúde do Município

A Secretaria Municipal de Saúde localiza-se na Avenida Getúlio Vargas, nº600, centro de Mateus Leme/MG, e considerando a Rede de Saúde formada, Mateus Leme possui além das outras 08 ESF, um centro de especialidades, uma unidade de Saúde da Mulher, uma unidade de Saúde Mental, uma associação de apoio a gestante, uma unidade de Pronto Atendimento Municipal 24 horas que presta atendimento de urgência e emergência 24 horas e dá retaguarda às Unidades de Saúde. Serviço de radiologia 24 horas na UPA, Fundação Hospital Santa Terezinha, que hoje atende apenas convênios e particulares.

Na UPA, o serviço é feito com atendimento por equipe multiprofissional, composta por clínica médica e enfermagem 24 horas. O enfermeiro realiza acolhimento com classificação de risco 24 horas – utilizam o protocolo de Manchester e a ferramenta Trius durante o acolhimento. Os casos eletivos e classificados como branco, verde, azul são direcionados para as ESF de origem do usuário para agendamento de consultas.

Na ESF Azurita, é disponibilizado dois horários para triagem: de 07:30 a 09:30 horas e de 12:00 a 12:30 horas. Isto porque a unidade fica localizada a oito quilômetros do município de Mateus Leme, onde se encontra o hospital e a UPA, nas outras ESF há apenas um horário e de uma hora. Além disto, parte da população é flutuante e alguns ainda são desprovidos de possibilidades econômicas para pagar passagens de ônibus para procurar o hospital, que só atende particular e convenio ou mesmo a UPA. Por este o motivo, na ESF Azurita há dois turnos de triagens e em um maior período, uma vez que nas outras unidades há apenas triagem de 07:30 a 08:30.

A rede de saúde conta com laboratório Municipal 08 horas que realiza exames laboratoriais de menor complexidade e com um laboratório prestador 24 horas que é conveniado ao SUS para realização de exames de maior complexidade.

As unidades de saúde para referência em atenção secundaria dos pacientes constam nas seguintes cidades: Mateus Leme; Betim; Belo Horizonte; Itaúna; Brumadinho. Ibiruçu.

O Município é integrante do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMEP, no qual também é referência para diversos serviços especializados e exames.

Na retaguarda hospitalar os pacientes são cadastrados no SUS FACIL e também é feito contato por telefone com o profissional da referência. A primeira escolha são as unidades do município de Betim e posteriormente Belo Horizonte. Os pacientes são encaminhados para transferência com contato prévio mais encaminhamento e/ou relatório médico. Em todas as transferências o paciente é acompanhado pelo profissional da unidade, a classe e o número de profissional que irá acompanhá-lo dependerá do quadro clínico do paciente.

O município conta com transporte Pré e Inter-Hospitalar próprio e apoio Transfusional na Rede de Saúde Betim.

1.3. Descrição da Clientela e o Distrito de Azurita

A unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família Azurita trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas.

Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

Conforme consolidado do SIAB de Maio/2013, a ESF Azurita possui uma população hoje de 3614 pessoas e com 1131 famílias cadastradas. Porém, temos um grande número de empresas terceirizadas, montadoras de peças automotivas, a rede ferroviária Centro Atlântica e rodoviária em duplicação que possui muitos alojamentos para seus funcionários nesta região, além de muitos não se encontrarem em casa no expediente de funcionamento da unidade. O que soma aproximadamente mais 2000 mil prontuários fora domicilio, além dos 20% da

população não cadastrada por não se encontrar em casa no horário de atendimento da unidade.

Além disto, a territorização solicitada a engenharia municipal e a prefeitura ainda não foi realizada, fato este que prejudica a territorização, o planejamento das ações na abrangência da unidade. Nossas referencias territoriais se baseiam em informações informais da secretaria de transporte escolar, da epidemiologia e zoonose do município.

No inicio do projeto, havia a intenção de instalar duas unidades de saúde no distrito de Azurita.

Sendo em Azurita, as principais atividades desenvolvias são: o comércio, a terceirização na região e montadoras de peças automotivas, lavoura, autônomos formais e informais, alambiques e artesanato.

Considerando a infraestrutura da área de abrangência observamos: tratamento de água no domicílio: 90,54%, filtração, 0,80% filtração e 8,66% sem tratamento, abastecimento de água: 84,70% rede pública, 15,03% poço ou nascente, 0,27% outros, tipo de casa: 99,82% tijolo/ adobe, destino do lixo: 87,89% coleta pública, 11,67% queimado/enterrado, 0,44% céu aberto, destino das fezes/urina: 80,11% sistema de esgoto, 19,45% fossa, 0,44% céu aberto, energia elétrica: 100%.

O distrito de Azurita possui 603 diabéticos; 528 hipertensos; 18 gestantes; destas 17 fazem pré-natal na unidade; menores de 01 ano 45; menores de 02 anos 44; menores de 05 anos 141; idosos 487; a população economicamente ativa do distrito de Azurita é de 2374, faixa etária entre 15 e 59 anos, e de pré-adolescentes-jovens na faixa etária de 10 a 19 anos é de 565.

Quanto o perfil epidemiológico, segundo dados do SIAB 2013, o risco relacionado à habitação, alfabetização, condições socioeconômicas e de engenharia sanitária são: sem risco 348; baixo 323; médio 292 e alto risco 151, segundo ficha A de cadastramento dos ACS 2013.

Há também um número considerável de usuários de álcool e drogas além de uma grande população dependente de psicotrópicos. Fato observado foi à diminuição de gestantes menores de 18 anos em relação ao mesmo período do ano passado. Talvez relacionado a palestras educativas da unidade em parceria com outros profissionais e a escola.

A população masculina é de 1765 e a feminina é de 1849 pessoas. 99,54% das crianças de 07 a 14 estão na escola, 93,83% da população é alfabetizada e 24,29% das pessoas cadastradas tem plano de saúde privado. Ainda 8,66% das pessoas não tem água tratada em casa, 15,03% utiliza água de poço ou nascente. 99,82% das casas são de tijolos e cerca de 12% das casas ainda queimam ou enterram o lixo como destino final. Cerca de 20% ainda destinam suas fezes em fossas ou em céu aberto. Observou se que 100% das famílias possuem abastecimento de rede elétrica em casa.

Quanto à acessibilidade, grande parte dos usuários do bairro Nossa Senhora do Rosário e Alto das Canelas são carentes e alguns nem mesmo condições de se direcionarem ao município de Mateus Leme para realização de consultas agendadas e exames custeados pela secretaria municipal de saúde, fato este que sobrecarrega a ESF Azurita que fica oito quilômetros de Mateus Leme, muitas vezes a única opção de procura por atendimento. Além de em muitos casos, haver grande número de pessoas que dividem poucos metros quadrados em uma casa, ou mesmo em um cômodo, como por exemplo, 11 ou ate mesmo 17 pessoas vivendo em apenas um cômodo. A região rural das micro áreas são distantes. Sendo que, para algumas o trajeto para visitas é de 40 minutos de carro só de ida e as casas são afastadas umas das outras. Às vezes pela manhã, apenas três ou quatro casas são visitadas. Isso, se o tempo, não estiver chovendo e o carro tiver acesso a estes locais. O mesmo carro é dividido com 07 agentes, além da enfermagem para curativos e visitas domiciliares e ainda, quando a secretaria solicita ficamos sem o carro no dia.

Falta pavimentação e rede de esgotos assim como engenharia sanitária em bairros do distrito. Há uma grande quantidade de cães errantes nas ruas. Provenientes do próprio município e mesmo soltos na nossa região devido a linha férrea que corta o distrito em vários pontos e a rodovia. Há também a preocupação com a rodovia que corta o distrito em vários pontos dificultando à acessibilidade a unidade. Faltam espaços de lazer para as crianças, jovens, idosos e atividades para a população ociosa e creches.

A população acamada e os grandes curativos são em numero reduzidos hoje. A procura com casos agudos é equivalente à procura para um trabalho preventivo e de promoção à saúde. Porém a oferta de consultas por dia gira em torno de 56% para consultas agendadas e 46% para demanda espontânea. O que acarreta um número alto de pessoas para triagem/acolhimento, um número reduzido de vagas de

encaixe apesar de haver um acordo não cumprido entre secretaria municipal de saúde e médicos contratados pela rede. Este acordo seria de 28 a 32 consultas dia.

Apesar disto hoje não há filas de usuários que chegam de madrugada buscando atendimento ou negociando fichas.

Em média, por dia, passam pelo menos 37 a 40 pessoas pela triagem enquanto o número total de consultas para o dia é de 25 consultas, quatro dias na semana. Isto sem contar os dias de visita domiciliar, de pré-natal, e de renovação de receita nos quais o numero de atendimentos reduz para 16 consultas e somente da parte da manhã.

Segundo Fórum da saúde de Mateus Leme e regulação do município, cerca de R$ 54.000,00 mil reais foram desperdiçados em exames e encaminhamentos dos quais a população de Mateus Leme e usuários não compareceram as consultas e procedimentos agendados; e que mesmo assim foram custeados pelo município em 2012.

Alguns limitantes são à distância de algumas micro-áreas a unidade de saúde, falta transporte urbano para acesso a unidade, principalmente em zona rural limítrofe com Para de Minas e Itaúna. Faltam carro e unidade móvel regular para visitas domiciliares, pois há rodovias e ferrovias que cortam o distrito em vários pontos. Falta conscientização/educação da população quanto o que é e qual a finalidade da estratégia saúde da família dentro da comunidade, da família, do individuo, quanto à prevenção e promoção da saúde e não somente curativa com a prescrição de medicamentos.

1.4. Funcionalidade, Utilização dos Elementos Físicos.

A ESF Azurita foi criada em Agosto de 2010. Antes funcionava em uma casa alugada e atendia 44 consultas/mês, abrindo uma vez por semana. Hoje a média de consultas médicas é de 450 mês, sendo que, em três sexta feiras, outro profissional médico atende na unidade, funcionando de segunda a sexta-feira de 07:00 as 16:00 horas, na avenida Miguel Alves Ribeiro, 1811.

O fato de ser um distrito dormitório com uma populaçao flutuante, 20% de pessoas não são cadastradas, por não se encontrarem em suas casas, durante o

horário de funcionamento da unidade, mas que, na necessidade de consulta imediata, contribui para o aumento da demanda espontânea. A consulta médica para estas pessoas tem que ser agendada rapidamente, devido acessibilidade comprometida pela longa distância do municipio de Mateus Leme.

A missão da unidade é assegurar a assistência ao usuário de forma sistematizada, personalizada com qualidade, através dos conhecimentos técnicos, holísticos, embasada em princípios éticos, preconizando a mais rápida reinserção social. Que ofereça segurança para nossos clientes, com um serviço de qualidade superior, por meio de nossos profissionais qualificados, tendo como prioridade e atenção incondicional às necessidades de nossos usuários. Além disto, a visão da unidade é promover a qualidade de vida da população da área de abrangência da ESF Azurita com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças.

A ESF Azurita, além de oferecer os procedimentos de enfermagem como curativos, administração de medicações intramusculares, endovenosas, micro nebulização, soroterapia, visitas domiciliares, pesagem bolsa família, teste do pezinho, de toxoplasmose, também oferece serviços como: Antitabagismo; Saúde da Mulher, com realização de exames ginecológicos; Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente; Planejamento Familiar; Pré-natal; Grupo Operativo HIPERDIA (Hipertensos e Diabéticos), DST; Imunização, inclusive com BCG, única no município; Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas; Saúde do Trabalhador; Educação Permanente; Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Procedimento de enfermagem com três macas de observação, realização de eletrocardiograma, apoio multiprofissional, através do NASF. Além da marcação de exames de rotina, radiológicos e encaminhamentos para especialidades.

A sede do prédio foi construída para unidade básica de saúde e pertence à prefeitura. Faltam estruturas como escovódromo, sala de reuniões, sala para procedimentos como sutura e pequenos procedimentos limpos e não contaminados, uma sala para triagem e acolhimento. Falta televisão na sala de recepção e outros recursos poderiam ser utilizados para educar, como por exemplo, o canal Minas Saúde e pequenas palestras informativas a população e a equipe.

A ESF Azurita atende em uma área física com aeração, iluminação natural e artificial suficientes.

A limpeza deixa um pouco a desejar, devido à falta de capacitação específica para o serviço em unidade de saúde, apesar de já solicitado.

As paredes e o teto estão mofados em algumas salas devido a vazamentos da laje.

Falta uma entrada e saídas com fluxo de não contaminantes no expurgo, o fluxo de pacientes, material esterilizado e material contaminado fica no mesmo ambiente sem barreira física.

As macas não constam de grades laterais, o que proporciona insegurança ao paciente, e algumas delas necessitam de reparos ou troca. Há oito macas, porém, apenas cinco estão sendo utilizadas hoje.

Para os funcionários da ESF Azurita a estrutura oferece pouca segurança, pois, o corredor é única via de trânsito, ficando exposta a recepção sem grade ou vidro de proteção a possíveis agressões de pacientes/ familiares exaltados e psiquiátricos. A porta que separa recepção e consultórios não tranca, e não há um policial ou profissional específico para garantir esta segurança.

Os banheiros, que são em boa quantidade, quatro, são separados entre funcionários, usuários, e por sexo, porém, precisam de reparos e manutenção, um deles, por falta de manutenção, está desativado. Faltam barras de apoio para cadeirantes e com necessidades especiais, bem como placas informativas, com informação para analfabetos.

O fluxo do lixo e resíduos são feitos pela porta lateral e conta com lixeira externa. Porém, não há um local para acomodação do lixo seco e contaminado separadamente e com tela protetora para evitar insetos. A empresa que recolhe o lixo contaminado não passa com a frequência desejada.

Não temos um local apropriado para manter um estoque de materiais médico-hospitalares; a nebulização e observação ficam no mesmo ambiente.

1.5. Recursos Humanos

De acordo com a política nacional de Atenção Básica, a ESF deve possuir uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo 4.000 habitantes, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Sendo assim, e para atender uma população hoje de 3314 pessoas cadastradas, com 1131 famílias, a equipe ESF Azurita é composta por 01 médico, 01 enfermeiro responsável técnico e coordenador, 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 07 ACS, 02 dentistas, 01 auxiliar de dentista, tendo também um funcionário para limpeza e um auxiliar administrativo.

O número de funcionários atende parcialmente à demanda e estão distribuídos em escalas diárias de oito horas, porém, em momentos de maior número de atendimentos ou de almoço é preciso que o paciente aguarde um pouco na recepção ou após consulta para orientações, pois não fechamos para almoço.

Os funcionários da recepção demonstram pouca autonomia para resolver problemas, além de não terem conhecimento de risco de atendimento e acolhimento para os pacientes. Ainda é preciso sensibilizar, humanizar e capacitar, tanto a equipe, como a população.

Como já foi dito, temos apenas uma funcionária para a limpeza. Esta desenvolve suas atividades com dinamismo, atenção, porém, é carente de qualificação para realizar o trabalho em unidades de saúde.

A equipe de enfermagem é composta por funcionários de potencial, dinâmicos, demonstram interesse em aprender e se aperfeiçoar, são solícitos, quando há necessidade de cobertura extra nas campanhas, mas ainda, apresentam-se desorganizados e com dificuldades para cumprir novas rotinas. Os procedimentos de enfermagem poderiam ser executados com mais rigor de técnica asséptica, enfim, é uma equipe carente de qualificação e educação permanente, principalmente quanto aos atendimentos de acolhimento, emergência, curativo e imunização.

Ainda não existe manual de normas e rotinas, regimento interno, direitos e deveres do funcionário, protocolos, contamos apenas com as linhas- guia do Estado. O regimento da Instituição está em fase de aprovação e já se encontra no Coren/MG sob Número de Protocolo 2026. O Regimento do Serviço de Enfermagem está em fase de aprovação e já se encontra no Coren/MG sob Número de Protocolo 4793.

1.6. Ator que planeja

O ator responsável pela elaboração deste projeto é o enfermeiro da Unidade ESF Azurita, que trabalha há três anos na mesma unidade. Além de gerenciar a unidade, faz a triagem média de 40 usuários por dia, em dois períodos, manhã e tarde. Além disso, realiza os procedimentos de enfermagem como: curativos, administração de medicações intramusculares, endovenosas, micro nebulização, soroterapia, visitas domiciliares, pesagem bolsa família, teste do pezinho, de toxoplasmose.

Também realiza serviços como: Grupos Operativos HIPERDIA (Hipertensos e Diabéticos); Grupo Antitabagismo; Saúde da Mulher, com realização de exames ginecológicos e de mamas; Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente; Planejamento Familiar; Pré-natal; Puericultura, DST; Imunização, inclusive com administração de BCG, única no município; Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas; Saúde do Trabalhador; Educação Permanente; participa do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Ainda, participa de Comissões de feridas investigação de óbitos, de farmácia, dos matriciamentos do NASF e saúde mental, além das responsabilidades técnicas e gerenciais tecnoburocráticas da unidade, e ainda é responsável pelas ações de atendimento à demanda espontânea e o acolhimento.

1.7. Problematização

Antes, o Centro de Saúde oferecia a marcação de 44 fichas mês, com filas que se iniciavam de madrugada e que geravam, até mesmo, comércio das mesmas. Hoje, são oferecidas, em média, 450/464 consultas mês.

Na ESF. Azurita não há problemas com as consultas eletivas, pois estas são agendadas em número de quatro por hora e estes agendamentos são realizados todos os dias pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, além destas, procuram por atendimento médico, em média, 40 pessoas, que passam pela triagem.

Por outro lado, o número total de consultas/dia ofertado é de, no máximo 25, sendo 56% (14) para consultas agendadas e 46% (11) para demanda espontânea. Isto gera um problema, uma vez que temos um número alto de pessoas, que

passaram pela triagem/acolhimento, para um número reduzido de ofertas de consultas.

O enfermeiro responsável pelo atendimento conta com algumas vagas de encaixe, que não são suficientes para as necessidades. Como foi dito, há 11 vagas para uma média de 40 pessoas dia na demanda espontânea. No entanto, nas terças e quartas feiras, a parte da tarde é reservada para pré-natal, unidade móvel, visita domiciliar, renovação de receitas, Nestes dias, o número total de consultas ofertadas cai para 14 eletivas e 02 para demanda espontânea.

Em síntese, das 126 consultas semanais, (isso quando há clínico os cinco dias da semana), apenas 38 delas são para demanda espontânea, as demais, 88 fichas, são para atendimento eletivo, agendado pelos ACS.

Assim, podemos dizer que o problema que será enfrentado neste projeto é a resposta insuficiente da ESF Azurita para atender a grande demanda espontânea.

1.8. Explicação do problema

Causas:

1) Aspectos ligados à demanda da população.

Primeira causa: Excesso de demanda.

Como não há uma definição formal da área de abrangência do Centro de Saúde, solicitada pela ESF Azurita à equipe de engenharia da prefeitura, isto propicia que muitas pessoas, que pertencem a cidades vizinhas e são confrontantes como Itaúna e Para de Minas, procurem atendimento na ESF Azurita.

Mesmo não tendo uma definição muito clara da área de abrangência, segundo as fichas A, no centro de saúde de Azurita, há atualmente, 3760 pessoas cadastradas. Mas na verdade, a população que tem o centro de saúde como referência é bem maior, em torno de 7000 prontuários. Há firmas terceirizadas e muitos trabalhadores que usam o distrito como dormitório, assim como funcionários da ferrovia.

O MS preconiza que o número seja de 4000 pessoas por equipe, o que justificaria mais uma unidade de ESF em Azurita. Aliás, o projeto inicial era de duas equipes para atender no distrito.

Porém, esta população excedente não é cadastrada, pois não tem residência fixa; há grande rotatividade destas pessoas, muitos são retirantes ou não são encontradas durante o expediente de trabalho da unidade. No entanto, durante quadros de dor e crise procuram a unidade como referência.

2) Aspectos ligados à acessibilidade da população.

Segunda causa: Dificuldade de acesso da população a outros serviços de saúde.

A unidade ESF Azurita fica a oito quilômetros do município de Mateus Leme, e parte da população não tem acesso a transporte, pois não há transporte urbano nem rural no distrito. O transporte urbano que existente são os ônibus intermunicipais que vem de Divinópolis, Itaúna, Mateus Leme, Juatuba, etc. e que passam pela rodovia.

Como parte da população não ter condições econômicas para pagar a passagem do ônibus, para ir até a cidade de Mateus Leme, procurar atendimento na UPA ou no hospital, estes usuários, quando precisam de atendimento, procuram a ESF Azurita. Sendo assim, este é mais um dos motivos do número elevado de demanda espontânea.

3) Aspectos ligados à oferta de consulta.

Terceira causa: Número de consultas médicas insuficiente.

A médica da unidade não trabalha ás sextas feiras. Neste dia, outro médico atende em seu lugar. Sendo que este, em três sextas feiras, atende na unidade de Azurita e na última sexta do mês, atende no asilo em Mateus Leme. Este médico atende quarenta consultas, porém com algumas restrições como, por exemplo, não faz relatórios médicos, não realiza risco cirúrgico de rotina, não atende crianças e gestantes, não prescreve psicotrópicos.

Isto vem acarretando, nas últimas semanas, grande absenteísmo por parte dos usuários agendados para ele, devido a pouca resolubilidade e aceitabilidade.

Todas as necessidades não atendidas por ele são avaliadas e, não podendo aguardar uma consulta eletiva, são encaminhadas para UPA, mediante contato.

Cabe ressaltar que há um acordo, não cumprido, entre Secretaria Municipal de Saúde e médicos contratados pela rede de atenderem 28 a 30 consultas dia, cinco dias da semana, o que somaria um total de 140 consultas por semana e 540 consultas/mês. Além disto, os médicos deveriam cumprir o período de oito horas na unidade de saúde, assim como os demais funcionários, que cumprem esta carga horária.

Quarta causa: Diminuição da oferta de consulta por atendimento a outras demandas.

Como não há definição de área de abrangência, frequentemente, os ACS precisam se deslocar para visitas a usuários em propriedades rurais distantes e que, às vezes, não estariam em nossa área de abrangência, caso esta fosse definida.

Isto causa prejuízo na utilização de vagas, que deveriam ser direcionadas para nossa população adstrita, uma vez que estes ACS, como foi dito, agendam consultas médicas para algumas destas pessoas..

Os profissionais médicos, enfermeiro e outros perdem um tempo muito grande de deslocamento em visitas domiciliares. Com isto, este profissional deixa de atender, se estivesse na unidade, aproximadamente de 4 a 6 usuários por hora.

4) Aspectos relacionados ao modelo assistencial clínico tradicional, medicocêntrico, voltado para doença e não centrada na pessoa de maneira holística.

O modelo assistencial tem dimensões diferentes. Sendo assim, estas diferentes dimensões serão tratadas como causas separadas.

Quinta causa, ligada ao âmbito político do modelo: política de saúde municipal voltada para o tratamento de doenças.

Em nosso município, apesar dos investimentos realizados, observam-se ainda diversos problemas em relação ao modelo de atenção. Isto se reflete em processos de trabalho pouco acolhedores e resolutivos.

Desse modo, no funcionamento dos serviços de saúde, observa-se uma subutilização da capacidade dos diversos profissionais de saúde no atendimento e na resolução dos problemas dos usuários.

De uma maneira geral, a atual política de saúde no município induz respostas às necessidades de atenção centradas na oferta de consultas médicas e na medicalização das queixas. Em geral, estas consultas são pouco articuladas com o trabalho e às ações dos demais profissionais de saúde.

Este modelo assistencial determina, no município, uma política de saúde conservadora e faz com que a gestão da saúde e grande parte da equipe estejam voltados para oferecer consulta médica e medicação, para tentar resolver os problemas de saúde.

Por outro lado, a expectativa da população também é de receber consulta médica e ter seu problema medicalizado. Grande parte dos usuários espera sair da consulta com prescrições e medicamentos, que possam amenizar seus sintomas.

Assim a política de saúde alimenta um modelo conservador, voltado para ausência de doença, não havendo resolutividade e não contribui para uma mudança de mentalidade, de autonomia e de autocuidado da população.

Sexta causa, ligada ao âmbito organizacional do modelo: Processo de trabalho voltado para o tratamento de doenças.

A própria política e a cultura institucional refletem na organização da equipe, espera que a equipe trabalhe voltada muito mais para a quantidade, para a produção de consultas e não para a qualidade, refletindo um processo gerencial tradicional, voltado para uma saúde compreendida apenas como ausência de doenças.

Sendo assim, este modelo exige mais médicos, mais remédios, mais exames sem oferecer resolubilidade. Isto cria um ciclo vicioso entre a organização do processo de trabalho oferecido e o alto número de usuários que procuram atendimento na demanda espontânea.

Grande parte da equipe, ainda não é capaz de acolher, ouvir atentamente e ter empatia sobre a queixa do paciente e oferecer a melhor conduta, com resolubilidade.

Uma vez acolhida a demanda da pessoa, poderiam ser oferecidas várias propostas de respostas, baseadas em um trabalho multiprofissional, contando com : psicólogos, nutricionistas, assistente social, enfermeiro, médico. Assim poderiam ser formados diversos grupos terapêuticos ou mesmo orientações sobre encaminhamentos ou exames.

Além disso, atualmente, da forma com está organizado o processo de trabalho, a abordagem dos diversos profissionais tende a ficar restrita aos aspectos biológicos e a realização de procedimentos e não na abordagem da pessoa. Os padrões de vínculo e responsabilização dos profissionais resultam em pouco tempo para a escuta, para a interação e diálogo com os usuários.

Desta forma, o ciclo se fecha: o usuário chega relatando que quer passar pela triagem novamente, pois não teve seu problema resolvido, após consulta clinica feita há poucos dias. Como grande parte da equipe não acolhe de forma a investigar os motivos da queixa e com receio de causar conflitos na recepção, a maioria dos profissionais simplesmente coloca o nome no caderno de triagem e pede para aguardar.

Com isto, a população fica frustrada e a equipe também, pois não vê resultados em seu atendimento. Não há ouve produção de cuidado, enquanto que os prontuários para a triagem com o enfermeiro vão se acumulando.

Isto agrava a situação da demanda. Todos os usuários querem passar pela consulta médica, o que sobrecarrega, por um lado, a agenda do enfermeiro, que precisa acolher estas pessoas e realizar outras atribuições preconizadas, por outro, a agenda do médico, que é limitada a poucos encaixes para atender a esta grande demanda espontânea.

Se fosse tomado como referência um outro paradigma, nem todas pessoas precisariam passar pelo médico, para ter seus problemas de saúde resolvidos. Isto poderia facilitar a organização do processo de trabalho e desafogar a agenda do médico.

Sétima causa: Ligada ao âmbito técnico assistencial: faltam respostas alternativas as demandas espontâneas.

As consultas, normalmente, visam apenas o sintoma físico, elas não vão à raiz do problema. Com isto, os usuários, frequentemente, voltam para procurar consulta com o mesmo sintoma ou com outros, cujas raízes dos sintomas são as mesmas.

Neste modelo conservador, no qual a assistência tem como objeto de intervenção na doença, o atendimento fica restrito, praticamente, à consulta médica, em uma tentativa de se fazer o tratamento das doenças, mediante procedimentos diagnósticos e terapêuticos, numa perspectiva apenas medicamentosa.

O processo de trabalho e os profissionais, que trabalham desta forma conservadora, alimentam esta demanda espontânea, uma vez que as pessoas, quase sempre voltam para ser atendida novamente, já que seu problema não é resolvido.

Diferentemente, no modelo centrado na pessoa, o acolhimento e cuidado prestados, buscariam mudar o estado de consciência do usuário, tomando como objeto de intervenção, não a doença, mas o problema que a pessoa traz e como ele está atrapalhando sua forma de conduzir sua vida.

Como produto, ao invés de uma lista de procedimentos e medicamentos, tentaria se produzir com a pessoa um projeto terapêutico singular, de uma forma corresponsável. A equipe deveria auxiliar o paciente a produzir autoconhecimento e autonomia, contribuindo assim para uma maior resolubilidade nas queixas e em consequência melhor qualidade de vida.

Consequências

Uma consequência deste problema se reflete na organização de nosso processo de trabalho, principalmente no do enfermeiro.

Nas outras unidades de saúde em Mateus Leme, o horário para triagens é de 07:00 as 08:00 horas, apenas na parte da manhã.

Quando é dia de pré-natal, coleta de exame citopatológico com prevenção do colo do útero e mamas, puericultura ou dia para avaliar resultados de exames,

simplesmente, não há acolhimento ou triagem. Se o usuário precisar de consulta médica, ele procura a unidade de pronto atendimento ou o hospital.

Como as unidades estão todas dentro de Mateus Leme, fica mais fácil ele se dirigir para as outras portas de entrada para atendimento médico.

No entanto, em Azurita, são oferecidos dois horários para triagens e em períodos maiores: de 7:30 às 9:30 h. e de 12:00 às 12:30 horas.

Isto foi feito desta maneira, por que nossa demanda é muito grande. Como já foi dito, parte da população, que tem a unidade de Azurita como referência, não tem outra opção, já que mora a distâncias consideráveis da unidade e não possui transporte público, para procurar atendimento em outro lugar.

Para se ter uma ideia, há visitas nas quais o deslocamento de carro para se chegar a alguns locais chega a 40 minutos, diferentemente das unidades em Mateus Leme.

Por isso, em Azurita, horário de chegada à unidade para colocar o nome na triagem é, como foi dito, 07:30 e deveria ir até às 9:30 horas. Porém, a demanda espontânea é tamanha que, frequentemente, quando são 11:30 horas ainda há triagens/acolhimento de pessoas da lista da manhã, e o outro momento/turno para triagens, que começa ao meio dia, já está próximo.

Desta forma, o enfermeiro da unidade passa a manhã toda fazendo o atendimento da demanda espontânea e encaminhando para a consulta médica, não tendo tempo para cuidar das outras atribuições, sob sua responsabilidade.

Além disso, frequentemente, o enfermeiro fica impossibilitado de cumprir seu horário de almoço.

Isto acontece porque não é realizada apenas a triagem preconizada de três minutos, realizada pelo enfermeiro, utilizando a ferramenta Trius. Acreditamos que este procedimento, tem como referência o modelo centralizado na doença.

Em Azurita, há uma tentativa de acolhimento mais humanizado e direcionado a todos que procuram a unidade com suas queixas, sofrimentos agudos ou não, de forma a trabalhar em um modelo assistencial centrado na pessoa e não a doença. Priorizando assim um atendimento responsável preconizado pelo Humaniza SUS.

Em nossa demanda espontânea há, também, um grande número de usuários que, semanalmente vão à unidade, não para resolver problemas agudos, mas, querendo consultar para transcrever exames, receitas particulares de psicotrópicos e encaminhamentos para especialistas diversos.

O profissional que acolhe já deveria perguntar e relatar outras informações como, por exemplo, qual a queixa, quanto tempo sente este incômodo, o que fez para melhorar, o que agrava os parâmetros de sinais vitais relacionados, ouvir o paciente e orientar como funciona a triagem. Durante o próprio acolhimento, muitos usuários, que aguardam a triagem poderiam ser orientados. Sendo assim detectadas precocemente possíveis queixas, que não necessitariam obrigatoriamente de classificação de risco.

Porém, mesmo com sugestões de mudanças na forma de acolher, não se observa muitos resultados deste processo. Provavelmente, isto se deve ao fato das pessoas ainda acreditarem em um modelo medicocêntrico e enfermeirocêntrico. Como já foi dito, muitas vezes, são produzidas apenas consultas para amenizar sintomas clínicos, centrado na doença e em procedimentos, como costuma acontecer em todo pais.

Apesar de tudo isto e do grande fluxo de demanda espontânea na ESF, em Azurita, hoje não há filas de usuários que chegam de madrugada, buscando ou negociando fichas. No entanto, o verdadeiro intuído da estratégia saúde da família e as demais atribuições do enfermeiro estão comprometidas pela com a grande procura da demanda espontânea.

1.9. Nós Críticos

1) Excesso de demanda.

A não definição de área de abrangência; a população que tem o centro de saúde como referência é bem maior, do que o preconizado pelo MS em torno de 7000 prontuários. Muitas pessoas que pertencem a cidades vizinhas como Itaúna e Para de Minas procuram atendimento na ESF Azurita.

2) Número de consultas médicas insuficiente.

A médica da unidade não trabalha as sextas feiras. Neste dia, outro médico atende em seu lugar. Sendo que, em três sextas feiras, atende na unidade de Azurita e na última sexta do mês, ele atende no asilo em Mateus Leme. Este médico trabalha com quarenta fichas, porém com algumas restrições como, por exemplo, não faz relatórios médicos, não realiza risco cirúrgico de rotina, não atende crianças e gestantes, não prescreve psicotrópicos.

Há um acordo não cumprido entre secretaria municipal de saúde e médicos contratados pela rede de 28 a 30 consultas dia, cinco dias da semana, o que somaria um total de 140 consultas por semana e 540 consultas/mês. Além disto, os médicos deveriam cumprir o período de oito horas na unidade de saúde, assim como os demais funcionários e não cumprem esta carga horária.

3) Diminuição da oferta de consulta por atendimento a outras demandas.

Como não há definição de área de abrangência, frequentemente, os ACS precisam se deslocar para visitas a usuários em propriedades rurais distantes e que às vezes não estariam em nossa área de abrangência, se esta fosse definida. Isto causa prejuízo na utilização de vagas que deveriam ser direcionadas para nossa população adscrita.

4) A organização do processo de trabalho da equipe voltada para um modelo clínico tradicional.

Grande parte da equipe ainda tem como referência um modelo clinico tradicional e medicocêntrico, voltado para doença e não para a pessoa de maneira holística. Isto reflete na organização do processo de trabalho, fazendo com que a equipe trabalhe voltada a produção de consultas médicas.

5) Falta de respostas alternativas as demandas espontâneas.

As consultas, normalmente, visam apenas o sintoma físico, elas não vão à raiz do problema. Com isto, os usuários, frequentemente, voltam para procurar consulta com o mesmo sintoma ou com outros, cujas raízes dos sintomas são os mesmos.

1.10. Justificativa

Este trabalho se justifica pela necessidade de reorganizar o processo de trabalho no âmbito do acolhimento e do cuidado, devido ao alto fluxo da demanda espontânea na ESF Azurita, uma vez que o número de consultas destinadas para atender demanda espontânea não é suficiente para suprir o número de procura diária à unidade.

O atual modelo assistencial, além de causar uma fragmentação do cuidado e não produzir autonomia oferece uma baixa resolubilidade, frustações e insatisfações por parte da população e da equipe, incredibilidade pela atenção básica de saúde por parte da população e pelos princípios do SUS. Além de gerar um desperdício de recursos econômicos e humanos.

Caso não seja feito um processo de intervenção organizacional e assistencial da ESF. Azurita a insatisfação da grande demanda espontânea permanecerá. Assim como estará relacionada a um agendamento demorado e sem perspectiva de atendimento resolutivo para a população.

Não sendo realizado um processo de intervenção, para se tentar resolver os problemas que aparecem na demanda, haverá manutenção da procura constante por atendimento médico baseados em medicalização e pouca resolutividade do sofrimento, uma vez que são tratados doenças e não pessoas, o que demandaria mais remédios, mais médicos, mais encaminhamentos, gerando custos financeiros e de pessoas sem resolução e a mantendo a cultura de que o sistema assistencial do SUS não é resolutivo.

Somado a isto, esta situação ainda caminhará para um adoecimento da equipe, uma vez que a saúde do trabalhador será prejudicada com a cobrança e insatisfação profissional, pessoal e da população.

Provavelmente, a principal importância deste projeto seja trabalhar para oferecer um modelo assistencial voltado para a pessoa, buscando um atendimento mais efetivo e satisfatório para a população. Este projeto de intervenção pretende criar alternativas de acolhimento e escuta qualificada para o usuário, envolvendo a equipe de saúde na organização e implementação deste processo de trabalho, produzindo-o de forma corresponsável. Ao mesmo tempo, proporcionar um processo de gestão mais participativo e coletivo.

1.11. Objetivo Geral do Projeto

Elaborar um plano de ação, construído coletivamente com a ESF Azurita, de forma corresponsável, visando atender a demanda espontânea de forma resolutiva, oferecendo acolhimento responsável e alternativas de propostas de cuidados corresponsável e autônomo.

1.12. Objetivos Específicos do Projeto

O projeto pretende trabalhar com a demanda espontânea, visando reorganizar o processo de gestão e de trabalho da equipe, numa perspectiva humanizadora, tanto para a equipe de trabalhadores, como para o usuário.

2. METODOLOGIA

De acordo com os objetivos propostos no presente Trabalho de Conclusão de Curso, escolheu-se como método o projeto de intervenção, que é uma ação planejada, com vistas às tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos. Dessa forma, delimita-se a priori o espaço onde se pretende programar mudanças.

O projeto de intervenção é, segundo Paz et al., **p. 4,** (2013),

> " é uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade".

Ainda na visão de Paz *et al.,* (2013) os projetos nascem do desejo de mudança, ou seja, são os elos entre o desejo e a realidade. Partem de um diagnóstico situacional sobre determinada problemática e buscam contribuir para resolver, minimizar e propor mudanças nessa realidade. As ações podem ser individuais, do ponto de vista profissional, ou multiprofissional, quando o problema selecionado assim o exigir. Logo foram utilizados dados do SIAB 2013 e IBGE 2010 para embasamento e construção prévia de um diagnóstico situacional da ESF. Azurita.

Elaborar, portanto, um projeto de intervenção significa conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ações para transformar essa realidade, sensibilizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção.

Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar. Para tanto, o autor propõe a formação de (por ele denominados) técnico políticos, os quais devem ser capazes de viabilizar, com competência, um modo de ser cotidianamente governo. Além disto, propõe-se em três momentos conhecer a situação atual, elaborar enfrentamentos, e construir viabilidades.

Para o enfrentamento do problema, será feito um plano de ação, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado. Segundo Matus

(1993), o PES é “Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental”. Com a criação de ações que visam a conscientização da população sobre a importância da prevenção, sobre o que é acolhimento e humanização, sobre cuidado voltado para pessoa, além disto, será discutido estratégias com a equipe com intuito de garantir bons resultados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Também foi realizada uma a pesquisa bibliográfica, que é aquela realizada através de levantamentos de materiais com dados já analisados e publicados por meios escritos e/ou eletrônicos tais como livros, artigos científicos, páginas da web e outros.

A pesquisa bibliográfica é uma técnica de pesquisa fundamental para a realização de qualquer trabalho, sendo que muitos são elaborados totalmente a partir de material bibliográfico, "qualquer que seja o campo a ser pesquisado, sempre será necessária a pesquisa bibliográfica, para se ter um conhecimento prévio do estágio em que se encontra o assunto" (PARRA FILHO; SANTOS, 2002, p. 19).

Para a consecução do objetivo de descrever sobre os princípios e conceitos do acolhimento como técnica em enfermagem, avaliando especificamente questões sobre o acolhimento, humanização nas unidades básicas de saúde será necessária a pesquisa bibliográfica com busca de fontes científicas sobre o conceito de acolhimento, as atividades do enfermeiro nessa função. Foram estudados os aspectos relacionados ao acolhimento em saúde, atualmente e as ações de responsabilidade do enfermeiro para que tal cuidado seja proposto de forma eficaz em pacientes, de acordo com a suas queixas na demanda espontânea.

Desse modo, foi elaborada uma investigação sobre a temática nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde-BVS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, GOOGLE, Biblioteca Regional de Medicina-BIREME, Internet em geral e livros. A busca foi realizada entre maio de 2013 a novembro de 2013, compreendendo publicações entre 1999 a 2013.

Foi consultadas fontes nos idiomas português e inglês. Para delimitar a busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave (descritores): humanização na atenção primária, processo de gestão humanizado; acolhimento, condições de saúde; cuidado em saúde; clínica ampliada; atenção centrada na pessoa; método clínico centrado na pessoa.

O critério para a inclusão dos artigos foi a presença de uma ou mais palavras-chave no título ou sub-título dos trabalhos encontrados. Houve também a seleção específica, utilizando apenas publicações que tratavam do acolhimento nas UBS.

Percebeu-se uma dificuldade de encontrar relatos de experiências e artigos que falassem sobre experiências bens sucedidas em unidades básicas de saúde com o acolhimento e a utilização do método clínico centrado na pessoa.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Revisão da Literatura

3.2. Humanização do Cuidado

Embora o modelo biomédico ainda predomine na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, percebe-se que este se encontra em crise. Devido à sua visão reducionista, apresenta respostas inconclusivas e insatisfatórias aos problemas de saúde da população.

O aumento de recursos destinados à saúde acaba causando pouco impacto sobre o estado de saúde da população: multiplicam-se as vítimas de acidentes e as doenças crônicas não transmissíveis. A hegemonia do biologicismo, além de quebrar a integralidade do homem e restringir o processo saúde doença, silenciou outros saberes, relegando a incorporação de fatores importantes para compreender a complexidade da saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil, (2000) o termo "humanização" vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. A legitimidade da temática ganha novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização (PNH) e a humanização é também incluída na pauta da Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNH constitui uma política ministerial que se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

O objetivo fundamental do PNH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio comunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2000).

Atualmente o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico (provisoriamente intitulada "Humaniza Sus").

Assim, muitas propostas para humanizar a saúde vêm sendo debatidas no Brasil e no mundo. E uma das metodologias propostas para alcançá-la é a medicina

centrada no paciente, denominada por alguns autores como um novo método clínico capaz de romper com o atual paradigma biomédico (RIBEIRO & AMARAL, 2008).

Dentre esse autores destaca-se Stewart *et al*. (2000), que propõe a medicina centrada no paciente como uma transformação do método clínico e define os princípios componentes da medicina centrada no paciente. É importante que esse modelo de assistência centrada no paciente se consolide nos cursos de formação destes profissionais da saúde. Pois como foi visto anteriormente, essa formação biomédica é uma das bases para a origem dessa relação assimétrica.

Assim, recorre se a Ribeiro e Amaral (2008) que mesmo considerando que não é o currículo que implica o cumprimento de determinados objetivos de aprendizagem, politicamente ele pode favorecê-los ou inviabilizá-los totalmente. Por isso, para alcançar a mudança do modelo puramente biomédico para o modelo centrado na pessoa, as escolas médicas precisam incorporar em seus currículos conhecimentos de ciências humanas e sociais, além das disciplinas técnico científicas tradicionais.

Segundo Rios (2009) a humanização é o processo, fundamentado no respeito e valorização da pessoa humana, que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Nations e Gomes (2007) argumentam para uma junção de “competências técnicas” com “competências humanas”, (competência humana em ser afetivo; em conversar; incluir o paciente e a competência técnica em realizar procedimentos clínicos).

Vale ressaltar que há alguns anos, quando o assunto humanização chegou aos serviços de saúde, a reação dos trabalhadores foi variada. Algumas pessoas (que já trabalhavam com ações humanizadoras) sentiram-se finalmente reconhecidas e encontraram seus pares, mas a maioria (que não fazia à mínima ideia do que se tratava) reagiu com desdém ou com indignação. Humanizar os serviços soava como um insulto.

Entretanto, tão logo se começava a discutir a humanização como o processo de construção de uma ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, ficava clara a importância de trazer tal discussão para o campo da saúde. A medicina (e

certamente todas as profissões que se destinam ao cuidar) é uma prática ético-dependente, ou seja, ainda que o mundo se acabe em um livre agredir, em que vença o mais forte, o mais rico ou o mais bonito, na área da saúde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a missão que nos destina essa escolha profissional (RIOS, 2009).

Visto isso, e concordando com Rios (2009) que a humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação corresponsável.

3.3. Processo Gestão Saúde

Usando adequadamente os recursos disponíveis, o progresso na capacidade tecnológica para realizar diagnósticos não se traduz no aumento da satisfação dos usuários com o atendimento, aliás, frequentemente ocorre o contrário. Os profissionais em geral estão mais preocupados com as doenças, enquanto que os usuários estão preocupados com seu sofrimento.

Quanto mais tecnologia, mais afastamento da experiência da pessoa com a doença e, sobretudo, da avaliação das queixas sem uma correspondência física mensurável (BRASIL, 2000).

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Entretanto, apesar de os princípios e diretrizes estarem esboçados no campo do conhecimento, o campo da operação ainda tem muito a ser percorrido, ou seja, necessita incorporar tais fundamentos. Cabe ressaltar que a implantação de

uma nova política pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizativo e pessoal), exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, podemos pensar a estratégia como expressão de processos instituintes como: a rigidez e a burocratização do processo de trabalho, extirpando o trabalho vivo; pelo baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado à estratégia; a precarização do processo de trabalho, com a flexibilização dos serviços e a ausência de um vínculo formal dos profissionais com as instituições executoras; a assunção de outros níveis de responsabilidade por parte da equipe de Saúde da Família, sem a devida remuneração e capacitação.

Segundo Araújo e Rodrigues 2005, de uma maneira geral, todos os processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante. Destacam ainda: a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura; a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e, exclusivamente, presas às competências específicas de alguns deles, como, por exemplo, as ações de saúde centradas no enfermeiro ou no médico, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e centrada no procedimento em exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Do ponto de vista do usuário, pode se dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (BRASIL, 2004).

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações. Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre gestão,

assistência e usuário podem produzir qualidade no sistema, expressa, em termos de resultados.

Então, podemos concordar com Araújo e Rodrigues (2005) ao dizerem que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar produtivo. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a essa lógica dominante, centrada no médico e na doença.

3.4. A Importância da Territorização

No modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) brasileiro, a atenção é prestada por meio de uma equipe formalmente constituída, que traz como peculiaridade a figura dos agentes comunitários de saúde, reforçando a abordagem comunitária. Outra característica importante do ESF é a definição de um território ou área de abrangência de cobertura de cada equipe ou um território, que se obtém pela vinculação de um número de pessoas de determinada área adscrita a uma equipe de referência. Aqui vale a pena abrir um parêntese e refletir sobre o significado da palavra território.

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização visa à melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Além disso, tem por objetivo, em cada local, conferir mais autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir desse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com eficiência e eficácia, aos problemas e às demandas ali identificados. Assim, a partir da descentralização, desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde.

Com a efetivação da regionalização e, principalmente, da municipalização, alguns conceitos vêm sendo estudados e desenvolvidos no esforço de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde, tais como os de território, de área de abrangência, de área homogênea, mais recentemente, com as Normas

Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto da Saúde, os conceitos de município-polo, micro e macrorregião assistencial. Todos eles têm, como base, o conceito de “território”, que constitui um elemento fundamental à compreensão dos modelos de atenção.

Por território, compreende se não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990).

Esse processo definiu, e vem definindo, ao longo do tempo uma sociedade com classes sociais diferentes, com diferentes culturas, condições de vida e de acesso aos serviços, inclusive os de saúde. Essas diferenças geram menos ou mais oportunidades das pessoas estarem sadias ou doentes. Geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes (DONATO, 1989; SANTOS, 1990; WERNECK, 1998).

Assim, se a saúde das pessoas, em dado local e em dado momento, é determinada pelas diferenças anteriormente citadas, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-las em conta, para que os diagnósticos (dos riscos e dos danos), a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, eficientes e eficazes. Os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades.

A definição e analise do território constitui-se a base para o trabalho das equipes de saúde da família que devem: cadastrar as pessoas dentro das famílias e mapear riscos, indicadores de saúde, morbidade e mortalidade e potencialidades dentro dos territórios nos quais atuam.

Segundo CHIESA; KON, p. 313, 2007:

> “Para reconhecer seu território de responsabilidade para além da paisagem, não basta a equipe da unidade de saúde o olhar desarmado, que não ultrapassa a superfície dos fenômenos. Recomenda-se a aproximação com o olhar do antropólogo, que procura ativamente estranhar o que lhe é familiar e familiarizar-se com o que lhe é estranho” .

Apreender as potencialidades presentes e o perfil das necessidades a serem trabalhadas para a transformação da realidade de saúde local. Através da delimitação da área de abrangência da unidade há um reconhecimento do território como área física, considerando suas barreiras geográficas, os dificultadores e facilitadores para o acesso aos serviços de saúde. Além disto, possibilita entendimento das bases de relação humana, assim como as formas de produção são determinantes do perfil desse território.

Os Objetivos da territorialização em saúde são:

- Delimitar um território de abrangência;
- Definir a população favorecida e apropriar-se juntamente com ela do perfil da área e da comunidade;
- Reconhecer dentro da área de abrangência barreiras e acessibilidade;
- Conhecer condições de infra-estrutura e recursos sociais;
- Levantar problemas e necessidades, definido um diagnóstico da comunidade (continuo);
- Identificar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental;
- Identificar e assessorar-se em lideranças formais e informais;
- Potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.

As várias dimensões da realidade de um espaço/território muitas vezes possibilitam o estabelecimento de correlações entre determinantes e seus efeitos. O reconhecimento do território com seu perfil poderão evitar transtornos futuros e facilitar a aplicação de estratégias de atenção e cobertura.

Primeiro passo: o reconhecimento do território através de visita. Deve ser previamente sistematizada de modo que permita a identificação de barreiras geográficas, áreas de risco, equipamentos sociais públicos ou privados, organizações não governamentais, empresas, espaços de lazer, etc.

Segundo passo: relacionar o número de equipes ou profissionais de saúde, definir, conforme perfil de práticas e oferta de serviço, a capacidade de atendimento da unidade, sendo essa ação a base para a definição do território de abrangência, do número de domicílios cadastrados ou de usuários a serem atendidos no serviço.

A unidade deve constituir-se o centro desse território. Evitar conflitos e futuros e facilitar ações extra muros. Considerar aspectos como divisa com outros bairros ou município, habitantes por gênero ou ciclo de vida, atividades econômicas, pavimentação, ladeiras, rodovias, ferrovias, córregos etc. Devem-se destacar áreas desocupadas.

Outro fator importante é o diagnóstico epidemiológico que deve considerar o perfil de morbidade – incidência e prevalência das doenças, fatores de risco relacionados, incapacidades e internações.

O perfil socioeconômico deve contemplar as condições de moradia, hábitos, costumes, estilos de vida, atividades econômicas, renda, escolaridade, crenças religiosas, meios de comunicação e transporte, lazer, participação em grupos, etc.

Perfil sanitário e do meio ambiente: o saneamento básico, água, esgoto destino do lixo, presença de águas contaminadas, esgotos a céu aberto, foco de vetores, poluição do ar, radioatividade, agrotóxicos, radiação eletromagnética.

3.5. A Demanda Espontânea e o Acolhimento

A demanda espontânea é toda aquela procura pela unidade de saúde da qual não foi agendada. Seja um curativo, uma vacinação, uma dor ou sintoma que levou o usuário a procurar atendimento. Diferente de pré-natal agendado, ou consultas eletivas. É esta demanda espontânea que a cada dia aumenta a procura por atendimento medico em unidades de saúde.

Segundo Oliveira e Santos (2013),

> ‘’Nem sempre as pessoas procuram o Centro de Saúde para tratar doenças. Muitas vezes, elas têm um sofrimento que não pode ser diagnosticado como tal. Essas pessoas podem se transformar num problema para a equipe, pois não se sabe muito bem o que fazer com elas. Por outro lado, mesmo quando a pessoa está doente, é preciso levar em consideração a experiência que ela tem com essa doença. ’’

O ato de escuta é um momento em que o trabalhador utiliza seu saber para construção de respostas as necessidades dos usuários e pressupõe o envolvimento de toda a equipe, que por sua vez deve assumir uma postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo (Malta, 2001).

O diagnóstico, a prescrição e a realização de procedimentos, isto é, o ministrar dos cuidados, não devem ser operações isoladas e desarticuladas, mas resultado da integração e parceria de todas as categorias. A maioria das pessoas que necessitava de atendimento em saúde excluem os serviços de saúde, pois procuram consulta do médico enquanto o trabalho dos demais profissionais fica subestimado no processo de trabalho, reduzindo a oferta de serviços.

O acolhimento é uma ação que pressupõe mudanças nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários e mudanças nesse modo predominante de operar os processos de trabalho (MALTA et. al.1998; FRANCO; BUENO; MERHY, 2000).

Se há algo importante em qualquer serviço de saúde é a necessidade dos trabalhadores desenvolverem a capacidade de interação com quem demanda atenção. No caminho percorrido em um serviço de saúde, da entrada à saída, o usuário sempre está em busca de identificar alguém que possa conduzi-lo à almejada solução de seus problemas de saúde. Deseja ser acolhido, compreendido em suas necessidades, examinado, orientado e sentir-se confiante da atenção e responsabilização dos profissionais em manter, recuperar ou restabelecer seu bem estar (MERHY, 1998).

O acolhimento não é sinônimo de triagem para a consulta médica. Uma escuta eficaz pode criar, na atenção ao usuário, novas alternativas que prescindam

da consulta médica, racionalizando a sua utilização. O acolhimento, também, não deverá representar estratégia de disciplinamento da demanda, ou seja, ao invés de facilitar o acesso dos cidadãos, colocar-se como mais um obstáculo a ser ultrapassado para que o usuário chegue à assistência.

Por outro lado, o acolhimento deve ser visto como uma garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, bem como a busca de ações para promoção à saúde, ultrapassando a lógica programática que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e prioridades estabelecidas.

O ato de acolher feito pela equipe deveria ser muito maior do que simplesmente colocar o nome no caderno de triagens, retirar o prontuário e solicitar que aguarde. O profissional que acolhe já deveria perguntar e relatar outras informações como, por exemplo, quanto tempo sente este incômodo o que fez para melhorar, o que agrava a queixa, os parâmetros de sinais vitais relacionados e orientar como funciona a triagem.

O acolhimento deveria ser considerado, fundamentalmente, como uma estratégia para promover mudanças no processo de trabalho. Os serviços de saúde são lugares onde são produzidos cuidados às pessoas portadoras de algum tipo de necessidade de saúde. A forma como historicamente a rede de serviços de saúde foi constituída em nossa sociedade com ênfase no consumo de medicamentos, exames, bem como os modos predominantes de gestão, de organização do trabalho e questões relacionadas à formação, qualificação e inserção das diversas categorias profissionais na rede de serviços públicos e os modelos de atenção são refletidas em frustação.

Em síntese, o acolhimento representa o espaço para a escuta que possibilite o reconhecimento de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, reafirmando o princípio da equidade e, inclusive, possibilitando a identificação de novos riscos. Neste sentido, configura-se como espaço pedagógico, já que, a partir da escuta qualificada e identificação da necessidade do usuário, é possível a atuação da equipe envolvendo novos saberes e tecnologias, realizando a clínica ampliada, cujo olhar leva, consequentemente, a ampliação do cardápio de opções da unidade (TURCI, 2008).

3.6. Clinica Ampliada

Quando se pensa em clínica, alguns imaginam o médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.

Mas, isso pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está empregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença.

Pode se então afirmar que se uma pessoa padece de um desequilíbrio na consciência, este manifestar-se-á no corpo sob a forma de sintoma. É incorreto, portanto, dizer que o corpo está doente - apenas o Ser Humano pode estar doente, por muito que esse estado de doença se manifeste no corpo enquanto sintoma (DAHLKE, 2012).

Um sintoma é um sinal que atrai a atenção, o interesse e a energia, e impede, portanto, o decurso normal da vida. O caminho do indivíduo segue da insanidade para a sanidade, da doença para a saúde. A doença não é um obstáculo desagradável que se cruza no caminho, mas, antes sim, o caminho que o indivíduo percorre em direção à cura.

A doença é o ponto de inflexão a partir do qual aquilo que está incompleto se pode completar. Para que isso se torne possível o Ser Humano tem primeiro que abdicar da sua luta e aprender a escutar e a ver aquilo que a doença lhe veio dizer. O paciente tem de auscultar-se a si próprio e estabelecer a comunicação com os seus sintomas se deseja vir a perceber o teor da mensagem.

É preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas como ainda é muito comum de acontecer, a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados.

Às vezes o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento. Cabe à clínica ampliada não

assumir como normal essas situações, principalmente, quando compromete o tratamento outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida, produção de uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas elas encontram no sofrimento uma nova possibilidade de vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e esta clinica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

É muito comum nos serviços ambulatoriais e mesmo na ESF. Azurita que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como “POLIQUEIXOSOS” – com muitas queixas – ou “REFRATÁRIOS”, pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Algumas ferramentas são a escuta, o vinculo, a afetividade. Escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não interesse diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, e não do sujeito doente, ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Evidentemente, não é possível (nem desejável) fazer isto o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com estas frestas de vida.

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente, e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabete não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito com diabete, do que um profissional que não tem este vínculo afetivo.

Tudo isso tanto pode ajudar quanto atrapalhar a construção do vínculo e do projeto terapêutico. É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de

afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.

Vivemos, portanto, uma epidemia de uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde, e também para os usuários, utilizar esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los.

O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles têm riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios.

3.7. Método Clínico Centrado na Pessoa

Segundo Fuzikawa, (2013) a abordagem centrada na pessoa presenta maior satisfação das pessoas e médicos; melhora na aderência aos tratamentos; redução de preocupações e ansiedade; redução de sintomas; diminuição na utilização dos serviços de saúde; diminuição das queixas por má-prática; melhora na saúde mental; melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu da demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças. Alguns médicos, como Michael Balint, psiquiatra húngaro que se radicou na Inglaterra, percebiam a influência de fatores de cunho pessoal e subjetivo no eventual sucesso da terapia proposta.

No Modelo Centrado na Doença, o principal objetivo é o tratamento com a cura ou o controle da doença. No modelo biomédico tradicional fatores como o paciente se sente e como a doença interfere na sua vida tendem a ser pouco explorados. Sendo observados o paciente uma marionete seguidora das orientações do profissional da saúde.

Segundo Oliveira e Santos (2013), é necessário discutir um modelo que consiga envolver e comprometer as pessoas com sua própria saúde. O Modelo

Centrado na Pessoa busca envolver as famílias e as comunidades a adquirirem uma postura proativa em relação aos seus problemas de saúde. Modelo este discutido em vários países.

O Método Centrado na Pessoa propõe, em seus diversos componentes, um conjunto claro de orientações para que o profissional de saúde consiga uma abordagem mais centrada na pessoa. Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença; avaliando a história, exame físico, exames complementares; avaliando a dimensão da doença; entendendo a pessoa como um todo (incluindo família e sociedade que vive); elaborando um projeto comum de problemas e prioridades; estabelecendo os objetivos do tratamento; estabelecendo os papéis da pessoa e do profissional de saúde; incorporando a prevenção e a promoção de saúde; fortalecendo a relação médico-pessoa; sendo realista.

A palavra doença significa, pois, a perda de um estado de harmonia, ou ainda, a perturbação de uma ordem mantida em equilíbrio. O corpo esta a todo tempo doente. As células responsáveis pela reparação e eliminação de células imperfeitas, ou microrganismos estão a todo o momento atuando e emitindo sinais e sintomas, que são alerta para o corpo.

A cada dia aumenta o número dos que confiam mais nos métodos, antigos ou modernos, da medicina naturalista ou da medicina homeopática, do que na medicina académica e científica. Motivos de crítica não faltam - efeitos secundários, mutação dos sintomas, falta de humanidade, custos exorbitantes, para referirmos apenas alguns (DAHLKE, 2012).

Para Dethlefsen e Dahlke, 1996, os sintomas surgem como manifestações físicas de conflitos psíquicos e a sua mensagem pode desvendar o problema de cada paciente. Os quadros clínicos são acompanhados do seu simbolismo e o seu carácter enquanto manifestações de problemas psíquicos. Logo, para estes autores o caminho consiste em uma nova perspectiva que lhe permita reconhecer os sintomas e entender por si mesmo o seu significado através de uma cooperação.

A consciência emite a informação que se manifesta e se torna visível no corpo através da linguagem simbólica e dos sintomas.

Segundo Rudiger Dahlke, 2012 os tumores que se formam no corpo são concretizações de ”tumores mentais” formados por conflitos entre pessoas da família. Desta forma, em cada parte do corpo onde há câncer, por exemplo, existe uma mensagem oculta. Ainda, que o câncer de mama representa o medo de viver

por si próprio, de desconhecer a identidade da própria alma, de viver sentimentos estranhos ligados ao abandono do caminho individual e feminino, além do estranhamento da própria feminilidade.

Gariglio, 2012 relata que quando um usuário vai ate a unidade suas queixas não se resumem a receitas ou exames, ele quer soluções para seu problema por isto, deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de cada indivíduo para a sua realização na vida.

Concorda se com Dethlefsen e Dahlke, 1996, doença para muitos pode se tornar um álibi para a resolução dos seus problemas pendentes. Evidenciando aspectos somáticos da doença no corpo. Logo os sintomas surgem como manifestações físicas de conflitos psíquicos e a sua mensagem pode desvendar o problema de cada paciente.

Fato este que ajuda a explicar que mesmo com o aumento da oferta do número de vagas de consulta médicas de 44 em agosto de 2010 para aproximadamente 450 consultas médicas mês em 2013, a ESF. Azurita, um aumento de aproximadamente 10 vezes ser insuficiente, cerca de 1022%. Percebe se o grande aumento da demanda espontânea e de pacientes poli queixosos e repetitivos sem diagnóstico ou melhora de suas queixas.

Devido a tudo isto, optou se por um plano de ação voltado para resolução do grande fluxo da demanda espontânea e da oferta de alternativas de cuidado corresponsáveis entre o usuário e a equipe.

4. PLANO DE AÇÃO

QUADRO 1 – Desenho de operações para os "nós" críticos da ESF. Azurita, 2013.

Nó crítico	Operação	Resultado esperado	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsáveis	Prazo
Excesso de demanda	Elaborar um fluxograma de atendimento diferenciado a demanda espontânea para as a populações Adscritas, e não adscritas a partir da delimitação da área de abrangências da equipe ESF. Azurita	Área de abrangência delimitada. Vagas para consulta Melhor distribuídas para a população adscrita, Com isto Ampliar melhorar o acesso para esta população. Para a população não adscrita oferecidos encaminhamentos responsáveis. Com isto esperas se que o atendimento na recepção seja melhor organizado e os tumulto diminuídos.	Oficio enviado da Secretaria Municipal de Saúde Solicitando ao departamento de engenharia da prefeitura a delimitação da área de abrangência da ESF. Azurita. Reunião entres as equipes do departamento de engenharia e ESF Azurita para planejamento da área. Delimitação da área realizada em colaboração das equipes engenharia e ESF. Azurita Fluxograma de atendimento à demanda espontânea elaborado.	Organizacionais: Computador com acesso a internet; Aplicativos de geoprocessamento; Impressora. Politico: decisão do secretário para fazer a delimitação e solicitar o trabalho da engenharia. Adesão da equipe ESF Azurita. Humanos: Colaboração dos Agentes comunitários de saúde. Adesão da equipe. Cognitivos: conhecimento de uso de aplicativos, do desenho do mapa de delimitação.	Enfermeiro da equipe	4 meses
Número de consultas médicas insuficiente	Aumentar e melhorar distribuição da oferta de consultas médicas dia.	Consultas médicas otimizadas para atendimento das condições crônicas, de condições agudas e da demanda espontânea.	Agenda de consultas médicas organizada, conforme o projeto de organização de demanda espontânea. Critérios estabelecidos para marcação das consultas médicas.	Humanos: médico, trabalhando 8 horas por dia, todos os dias da semana e comprometido com a proposta de reorganização do processo de trabalho; Organizacional: Consultas médicas (+ ou – 30 consultas dia: metade para atender os casos de urgência e a outra metade para as condições crônicas); Agenda de consulta médica gerenciada pela equipe;	Enfermeiro da equipe	3 meses

				Político: Adesão da equipe de saúde e do médico; Adesão e decisão do secretário de saúde; Adesão e apoio da população.		
Diminuição da oferta de consulta por atendimento a outras demandas.	Utilizar as consultas médicas prioritariamente para o atendimento das condições agudas e crônicas da população da área de abrangência da ESF. Azurita.	Usuários da área de abrangência, com condição aguda e que precisem de consultas médicas, atendidos no mesmo dia. Usuários da área de abrangência com condição crônica, cadastrados e acompanhados conforme as linhas guia do Estado.	Programação elaborada com o número de consultas médicas necessárias para o atendimento dos usuários em condição aguda e crônica. Agenda para marcação de consultas das ações programáticas gerenciada pela equipe. Programa de atenção domiciliar (PAD) criado para atendimento aos pacientes acamados, que necessitem de cuidados domiciliares.	Decisão política do secretário para a criação do PAD; Decisão política para retirar a marcação da consultas médicas do controle dos ACS. Humanos: equipe para criação do PAD; Financeiro para contratação da equipe do PAD; Cognitivos: para elaboração da programação; Treinamento para a equipe do PAD; Organizacional: computador para fazer a programação e gerenciar a agenda.	Enfermeiro da equipe	7 meses
A organização do processo de trabalho da equipe voltada para um modelo clínico tradicional.	Reorganizar o processo de trabalho voltado para o fluxo da demanda espontânea.	Fluxo de usuários para demanda espontânea, do turno da manhã, diminuído; Número da pacientes de demanda espontânea, para atendimento de urgência, diminuído. Respostas oferecidas, para usuários com casos leves de urgência, melhoradas.	Norma administrativa feita, definindo o horário da tarde para atendimento da demanda por exames complementares e marcação de consultas especializadas; Critérios definidos, impedindo o encaminhamento de casos não agudos (branco) para a classificação de risco. Acolhimento oferecido para os usuários com casos de urgência mais leves (verdes e azuis)	Decisão política do secretário para fazer a norma administrativa; Adesão da população à reorganização do processo de trabalho. Cognitivo: nova forma de fazer o acolhimento, voltado para interpretação dos sintomas agudos e organização de respostas alternativas.	Enfermeiro da equipe.	1 mes
Falta de respostas alternativas as	Criar respostas alternativas para os	Respostas alternativas e complementares	Através de reuniões de matriciamento e de	Político: decisão política do secretário para a implantação	Enfermeiro da equipe.	12 meses

demandas espontâneas.	usuários com demandas agudas que não se caracterizam como doenças (sofrimentos).	mais efetivas oferecidas para os usuários com sofrimento crônico. Demanda espontânea, para este tipo de problema (paciente poli queixoso repetitivo), diminuída.	estudo de casos, ter planos terapêuticos oferecidos para os usuários com diferentes tipos de sofrimentos crônicos. Programa de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) criado no município e oferecido para distrito de Azurita. Grupos de Terapia Comunitária e Grupos Operativos oferecidos para grupos com problemas específicos. Equipe de Saúde de Família capacitada em práticas complementares e grupos terapêuticos. Demais categorias e um aumento da resolubilidade das ações. Recuperar sua capacidade de interação e de estabelecimento de confianças. Plano de Educação Permanente, com discussão sistemática voltada para o acolhimento em saúde.	deste tipo de prática. Adesão da equipe do NASF. Humanos: equipe de PIC para o município. Financeiros: para contratação da equipe do PIC. Cognitivos: conhecimento de práticas complementares; terapia comunitária; grupos operativos.		

5. ANÁLISE DE VIABILIDADE

QUADRO 2 – Analise de Viabilidade de recursos críticos referentes as propostas de ações para a motivação dos atores – Operação ESF. Azurita 2013.

Operação	Recurso Critico	Controle do recuso critico		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Elaborar um fluxograma de atendimento diferenciado a demanda espontânea para as a populações Adscritas, e não adscritas a partir da delimitação da área de abrangências da equipe ESF. Azurita	Politico: decisão do secretário para fazer a delimitação e solicitar o trabalho da engenharia. Cognitivos: conhecimento de uso de aplicativos, do desenho do mapa de delimitação.	Secretário de saúde Departamento de engenharia	Favorável Indiferente	Não Necessária Pedir ao secretário de saúde que faça a solicitação ao Departamento de Engenharia Apresentar o projeto
Aumentar e melhorar distribuição da oferta de consultas médicas dia.	Adesão e decisão do secretário de saúde; Humanos: médico, trabalhando 8 horas por dia, todos os dias da semana e comprometido com a proposta de reorganização do processo de trabalho; Político: Adesão da equipe de saúde e do médico; Organizacional: Consultas médicas (+ ou – 30 consultas dia: metade para atender os casos de urgência e a outra metade para as condições crônicas); Agenda de consulta médica gerenciada pela equipe; Adesão e apoio da	Secretário de Saúde Médico ACS Equipe de saúde e o médico Secretário de saúde	Favorável Desfavorável Desfavorável Favorável Desfavorável	Não Necessária Uma reunião da secretária de saúde com a equipe, para apresentar o projeto e pedir a participação e empenho da equipe no projeto. Pagamento de incentivo ao médico por produção. (recurso do PMAQ) Não necessita Uma reunião da secretária de saúde com a equipe, para apresentar o projeto e pedir a participação e empenho da equipe no projeto. Apresentação do

	população.	População	Desfavorável	Projeto
Utilizar as consultas médicas prioritariamente para o atendimento das condições agudas e crônicas da população da área de abrangência da ESF. Azurita.	Decisão política do secretário para a criação do PAD; Decisão política para retirar a marcação da consultas médicas do controle dos ACS. Humanos: equipe para criação do PAD; Financeiro para contratação da equipe do PAD; Treinamento para a equipe do PAD;	Prefeito e Secretário de Saúde Secretário de Saúde Prefeito Prefeito Secretário de Saúde Prefeito Secretária de Saúde Secretaria de saúde de BH Secretaria Estadual de Saúde.	Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável	Não Necessário Não Necessário Não Necessário Não Necessário Não Necessário Não Necessário
Reorganizar o processo de trabalho voltado para o fluxo da demanda espontânea.	Decisão política do secretário para fazer a norma administrativa; Adesão da população à reorganização do processo de trabalho.	Secretário de Saúde População	Favorável Favorável	Não Necessário Não Necessário
Criar respostas alternativas para os usuários com demandas agudas que não se caracterizam como doenças (sofrimentos).	Político: decisão política do secretário para a implantação deste tipo de prática. Adesão da equipe do	Prefeito e Secretário de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Não Necessário Não Necessário Uma reunião da secretária de saúde com a equipe, para

	NASF.	NASF		apresentar o projeto e pedir a participação e empenho da equipe no projeto.
	Humanos: equipe de PIC para o município.	Prefeito e Secretário de Saúde	Favorável	Não Necessário
	Financeiros: para contratação da equipe do PIC.	Profissional de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, a medicina antroposófica, Liang Gong	Favorável	Não Necessário
	Cognitivos: conhecimento de práticas complementares; terapia comunitária; grupos operativos.	Secretaria de saúde de BH e/ou Secretaria Estadual de Saúde	Favorável	Não Necessário

5.1. Discussão da Analise de Viabilidade

O planejamento das ações e a organização do processo de trabalho são ferramentas que auxiliam na programação da rotina da unidade de saúde. A adesão de quem controla os recursos críticos, como por exemplo, do prefeito, do secretario de saúde, do NASF, do médico serão fundamentais para a implantação do projeto.

Pelo quadro de análise de viabilidade acima, podemos ver que, para a maioria dos recursos, a motivação do ator que os controla é favorável.

Avaliamos que haverá adesão política por parte dos gestores municipais, uma vez que que a população de Azurita e de Mateus Leme será beneficiada com a solução do problema da insatisfação dos usuários com demanda espontânea, que retornam com as mesmas queixas sem melhora. Com o Projeto o usuário será acolhido e alternativas de cuidados serão propostos, em parceria com ele.

Além disso, sabemos que os gestores são muito sensíveis ao não desperdício de recursos.

Uma das propostas do Projeto é melhorar, por meio de uma programação das ações programáticas, o controle das doenças crônicas, como o diabetes. Isto evitaria um número significativo de internações hospitalares destes pacientes. Segundo Mendes e Faria 2010, com os custos de uma única internação de um paciente diabético, poderia se acompanhar de 10 a 20 diabéticos, durante um ano, em suas respectivas unidades.

Segundo pesquisas internacionais, para cada 100 dólares gastos com internação hospitalar, correspondem ao gasto de um dólar com prevenção.

Um dos recursos críticos é o dinheiro para a contratação das equipes do PAD e do PID. Segundo Brasil 2006, o gasto com as equipes principais é de R$ 34,56 mil mensais, e com as equipes de apoio é de R$ 6 mil por mês.

Foi avaliado que o financiamento destas operações é viável, uma vez que existe a possibilidade destes recursos serem conseguidos nos respectivos programas do Ministério da Saúde. A previsão do Ministério é de que, até 2014, o investimento total seja de R$ 1 bilhão, para implantação de mil equipes de atenção domiciliar e outras 400 equipes de apoio.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em 2013 havia 135 municípios aderidos ao PAD. , Com este programa, foram liberados cerca de 3,5 mil leitos hospitalares por dia para outros pacientes do SUS.

Em Mateus Leme, a implantação deste Programa já poderia contar com apoio das nove equipes da Estratégias de Saúde da Família e com carro de cada unidade, não sendo necessária a contratação da equipe de apoio.

Com relação ao PIC, segundo o mesmo DAB, em 2013, havia 1220 municípios, nos quais este Programa já estava implantado.

Em relação à eficiência dos recursos humanos, o Projeto propõe o efetivo cumprimento das 40 horas semanais do médico. Além disto, há dois médicos e cinco técnicos de enfermagem concursados no município e que estão ociosos que poderiam ser aproveitados, já que é necessário médico 40 horas e técnico de enfermagem 120 horas.

O Projeto propõe também o aproveitamento dos profissionais do NASF com a utilização de farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas.

Com relação à adesão dos trabalhadores da equipe ao Projeto, aposta-se que isto também ocorrerá. Como forma de incentivo a esta participação já existe um projeto aprovado na Câmara Municipal, no qual parte da verba de incentivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) é transferida para remuneração variável dos profissionais da equipe da saúde. A outra parte desta verba poderia ser utilizada para investimentos na criação e melhoria de programas, por meio de planejamento e organização do trabalho na ESF. Azurita, como é o caso deste Projeto.

A adesão da população também é importante. Para isto, a mesma será informada a respeito do projeto através dos ACS. e o projeto terá um prazo para ser realmente colocado em pratica. Acreditamos que outro fator que irá contribui para aceitação da população ao Projeto é ter como uma de suas propostas, em conformidade com o HumanizaSUS, a elaboração de um plano de cuidados para cada paciente, o que tornará o cuidado muito mais efetivo.

Quanto à proposta de se oferecer ações alternativas aos usuários, também foi considerada viável. Neste sentido, pode ser citada como exemplo, a experiência bem sucedida com Liang Gong feita pela fisioterapia do Município. Este tipo de experiência mostrou-se bastante exitosa, pois, segundo uma pesquisa feita pelos fisioterapeutas deste programa houve uma redução de 93% dos participantes desta atividade em relação ao uso de analgésicos e anti-inflamatórios.

Em síntese, considerando a análise de viabilidade realizada, avaliou-se, segundo os recursos críticos necessários e a motivação dos atores que os controlam, o Projeto é perfeitamente viável.

6. CRONOGRAMA: Março de 2013 a Março de 2014.

Operação	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JULH	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Elaborar um fluxograma de atendimento diferenciado a demanda espontânea para as a populações Adscritas, e não adscritas a partir da delimitação da área de abrangências da equipe ESF. Azurita			X	X	X	X									
Aumentar e melhorar distribuição da oferta de consultas médicas dia.			X	X	X										
Utilizar as consultas médicas prioritariamente para o atendimento das condições agudas e crônicas da população da área de abrangência da ESF. Azurita.			X	X	X	X	X	X	X						
Reorganizar o processo de trabalho voltado para o fluxo da demanda espontânea.			X												
Criar respostas alternativas para os usuários com demandas agudas que não se caracterizam como doenças (sofrimentos).			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a oportunidade de cursar a Especialização em Atenção Básica Saúde da Família, as inquietações referentes aos processos de trabalho e a qualidade da assistência criaram a possibilidade de se reorganizar o trabalho por meio de um planejamento, no qual se buscou alternativas assistenciais a serem oferecidas pela ESF. Azurita.

A elaboração do projeto permitiu o planejar consciente das ações e da integralidade do cuidado em equipe.

Espera-se que com a implantação deste projeto, haja uma mudança no atual modelo assistencial centrado na doença. Com isto teremos um cuidado mais integral e desenvolvimento de autonomia, com mais resolubilidade nas ações, menos frustações e mais satisfação por parte da população e da equipe. Tudo isto, produzira uma maior credibilidade nos princípios do SUS e na Atenção Básica de Saúde. Além disso, haverá um melhor aproveitamento dos recursos econômicos e humanos.

Acredita-se também que a insatisfação do usuário com o atendimento servirá como um fator de pressão sobre a equipe de saúde no sentido de levá-la a participar do projeto e rever seu processo de trabalho.

Além disso, com a participação desta equipe na gestão e implementação do projeto, espera-se que haja uma gestão mais compartilhada e corresponsável criando-se, desta maneira, oportunidades de se trabalhar realmente em equipe.

Com a implantação deste projeto, pretende-se diminuir o tempo de espera dos pacientes que buscam por atendimento, e também diminuir a sensação de incapacidade da equipe de atender as necessidades do usuário.

Outro aspecto a ser ressalto é que com a organização do processo de trabalho, o enfermeiro da equipe tenha mais, tempo para as demais atribuições referentes à prevenção e promoção da saúde.

Em síntese, ao se buscar respostas à grande demanda espontânea, pode-se dizer que o principal mérito deste projeto será trabalhar para oferecer um modelo assistencial voltado para a pessoa, buscando um atendimento mais efetivo e satisfatório para a população, a partir da criação de alternativas de acolhimento e

escuta qualificada ao usuário, proporcionando um processo de gestão mais participativo, coletivo e com a educação permanente da equipe da ESF. Azurita.

Dessa forma, podendo-se caminhar no sentido do cumprimento da missão deste serviço de saúde: cuidar da saúde do profissional da equipe e da população, de acordo com as diretrizes preconizadas e defendidas pelo HumanizaSUS.

8. REFERÊNCIAS:

1. Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em: http://www. abratecom. org.br/. Acesso em novembro 2013.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.92p.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.156 p.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

5. BRASIL, Ministério da Saúde SUS: **Política nacional de humanização Brasília,** janeiro/2004.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

7. BRASIL. Dados da Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/ atencaobasica.php. Acesso em: 10 junho. 2013.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH**: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

9. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=314070 Acesso em: 10 junho. 2013.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.

Disponível em: http://bvsms.saude. gov.br/bvs/ publicacoes/ acolhimento_ praticas_ producao_ saude.pdf. Acesso em Dezembro de 2013.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em: Dezembro de 2013.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Clínica Ampliada Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Disponível em: http://www.ufjf. br/hu/files/2009 /10/ projetos_terapeuticos.pdf. Acesso em novembro 2013.

13. CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde Belo Horizonte**. Nescon-UFMG. Coopmed. 2010.114p.

14. CHIESA A.M. **A promoção de saúde como eixo estruturante do tratamento de enfermagem no Programa Saúde da Família**. Nursing. 2003 set; 66(4): 40-6.

15. DATASUS: **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: [http://www2.datasus. gov.br/DATASUS/index.php?area=01]. Acesso em 6 novembro 2013.

16. DAHLKE, Rüdiger. **A doença como Símbolo**: Pequena enciclopédia de psicossomática. Ed. Pensamento-Cultriz Ltda. 2012.336.p

17. DAHLKE, Rüdiger; DETHEFSEN, Thorwald: **A doença como caminho. ed.** Pergaminho, Ltda. Cascais - Portugal I.ª Edição, 2002.310p.

18. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB): terapia comunitária. Disponível em: http://dab. saude.gov. br/terapia_comunitaria.php. Acesso em setembro 2013.

19. FARIA, Horácio Pereira de et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

20. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Publica, 2 ed. Rio de Janeiro, abr./jun.,2000.

21. FUZIKAWA, ALBERTO KAZUO. **Método clinico centrado na pessoa**: um resumo. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Belo Horizonte. 2013.

22. GARIGLIO, M.T.O. O cuidado em saúde: In MINAS GERAIS, Escola de Saúde Publica do Estado se Minas Gerais, **Oficina de qualificação da atenção primaria a saúde em Belo Horizonte**: Oficina 2- Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPM, 2012.

23. GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Implantação Classificação de Risco no HPS. Belo Horizonte, 2010. Disponível em.http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=4Acesso em: 28 março 2013.

24. MALTA et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In*: REIS, Afonso Teixeira dos et al. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. 390 p.

25. MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez. 2000.

26. MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

27. MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

28. MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

29. MERHY, E. E. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chave dos serviços de saúde. **Mimeo**. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

30. MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas:** Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

31. MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006.

32. MERHY, E. E; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, 1998.

33. MERHY, E.E.; Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C; REIS, A.T et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: São Paulo: Xamã, 1998.

34. NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá (coord.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Unico de Saúde (SUS). : OPAS, Disponível em: http:// www.opas. org.br /rh/ publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf. Acesso em: agosto 2013.

35. PAZ, A. A. M. *et al*. Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: http://forumeja. org.br/sites/forumeja. org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf. Acessado em dezembro 2012.

36. PARRA FILHO, D.; SANTOS, J. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Futura, 2002.

37. PREFEITURA DE MATEUS LEME. Disponível em: (http://www.mateusleme .mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=40. Aces-sado em setembro 2013.

38. PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD). Disponível em http://dab .saude.gov. br/ portaldab/ape_melhor_em_casa.php. Acesso em setembro de 2013.

39. RODRIGUES, Maisa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, Disponível em: http://www.observatorio. nesc.ufrn.br/texto_p olo05.pdf. Acesso em: setembro 2013.

40. SANTOS, Max André dos; OLIVEIRA, Ana Carolina Diniz. Ação centrada na pessoa. Belo Horizonte: ed. Mimeo 2013.7p.

41. SASSI, A.P. **Acolhimento e Processo de Trabalho em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS**: Relato de Experiência. Trabalho para Especialização em Saúde Pública. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008. 41p. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15425.Acesso em agosto de 2013.

42. SAVASSI, L. C. M. *et al.* **Relatório do GESF: Tema Acolhimento. Grupo de Estudos em Saúde da Família.** AMMFC: Belo Horizonte, 2006 (Relatório, 16p). Disponível em http://www. smmfc.org.br/ gesf/relatoria acolhimento.pdf >acesso em 09 junho. 2013.

43. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda** espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I) Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs. Acessado em: agosto de 2013.

44. STEWART, M; BROWN, JR; WW et al. **Medicina Centrada na Pessoa** – Transformando o método clinico. 2 ed., Porto Alegre, Artmed, 2010.