

**UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS**  
**POLO-UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**KÁTIA MACÁRIO SANTOS QUINTILIANO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DA ZONA  
RURAL EM COLÔNIA DE LEOPOLDINA – ALAGOAS.**

**MACEIÓ – AL**

**2014**

**KÁTIA MACÁRIO SANTOS QUINTILIANO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DA ZONA RURAL  
EM COLÔNIA DE LEOPOLDINA – ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica a Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção para do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa.

**MACEIÓ –AL**

**2014**

**KÁTIA MACÁRIO SANTOS QUINTILIANO**

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FAMÍLIAS DA ZONA RURAL  
EM COLÔNIA DE LEOPOLDINA – ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica a Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa.

Banca Examinadora

Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim da Costa

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

Estudo que tem como objetivo geral propor um projeto de intervenção para melhorar o acesso aos serviços de saúde de cerca de 500 famílias que moram em sítios cadastradas no Programa Saúde da Família V- Usina Taquara pertencente ao Município de Colônia de Leopoldina. Este município está localizado na região norte-nordeste do Estado de Alagoas, com uma população total de 20.019 habitantes, sendo 15.319 habitantes da zona urbana e 4.700 da zona rural. É na zona rural onde se localiza a Unidade Básica de Saúde em análise neste projeto. Trata-se de um estudo descritivo onde foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a acessibilidade da população. Para construção deste plano operativo foi realizada uma série de discussões com a equipe da UBS, composta por uma médica, uma enfermeira, 9 agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de consultório dentário, para detectar os tipos de serviços de maior carência da população em zona rural. Também foram analisados os dados dos prontuários e os documentos da unidade de saúde. Para a revisão de literatura foi feita uma busca de artigos em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos, quais sejam, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), Scielo (*Scientific Library Online*), e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). Os descritores utilizados foram: programa saúde da família, acesso aos serviços de saúde, sistemas de saúde, assistência integral a saúde, planejamento em saúde. O plano de intervenção propôs a atuação em três operações: *Unidade Volante, Integralidade na cidade e Medicação para todos*.

**Palavras chave:** Programa saúde da família; Acesso aos serviços de saúde; Assistência integral a saúde.

## ABSTRACT

Study that has as main objective to propose an intervention project to improve access to health services about 500 families living in sites enrolled in the Family Health Program V - Taquara Plant belonging to the municipality of Colonia Leopoldina. This municipality is located in north - east region of Alagoas, with a total population of 20,019 inhabitants, with 15,319 inhabitants in urban areas and 4,700 in rural areas. It is in a rural area where is located the Basic Health Unit in projeto. Trata this analysis is a descriptive study where a bibliographic review of the accessibility of the population was performed. For construction of this operational plan a series of discussions with the team at UBS, comprising a doctor, a nurse, 9 community health workers, a dentist, one nurse technician and a dental assistant was performed to detect the types of the greatest need of the population in rural services . Data from medical records and documents from the facility were also analyzed. For the literature review a search of articles was done in libraries and electronic databases , namely , (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) LILACS , BIREME (Regional Medicine) SciELO (Scientific Library Online) , and MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). The keywords used were: family health program , access to health services, health systems, comprehensive care health , health planning . The intervention plan proposed the enactment into three operations: Pivot Unit , Completeness in the city and medication for everyone.

**Keywords:** Family health program; access to health services; comprehensive health care.

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Justificativa.....	9
1.2 Objetivos.....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Acessibilidade e integralidade na Atenção Básica.....	10
2.2 Planejamento em Saúde.....	11
3. METODOLOGIA.....	13
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
4.1 Projeto de Intervenção.....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6. REFERÊNCIAS.....	21

## 1.INTRODUÇÃO

Situado a 106 km de Maceió, o município de Colônia Leopoldina está localizado na região norte-nordeste do Estado de Alagoas, com uma população total de 20.019 habitantes, sendo 15.319 habitantes da zona urbana e 4.700 da zona rural. É na zona rural onde se localiza a Unidade Básica de Saúde – UBS em análise neste projeto. Esta unidade de saúde denominada de PSF V- Usina Taquara surgiu há 12 anos, e funciona em um prédio construído pela usina. Funciona, na mesma estrutura, o ambulatório e escritório de medicina do trabalho da empresa. Local de fácil acesso para moradores em torno da usina, mas de difícil acesso dos moradores de sítios distantes.

Em análise da população adscrita a UBS nesta zona rural, é possível detectar vários problemas que não contribuem para um bom desenvolvimento do serviço de saúde. Na escolha de um problema de grande importância com possibilidade de resolução, em comum acordo com a equipe de saúde da unidade, foi escolhida a dificuldade de acesso ao serviço de saúde de cerca de 500 famílias residentes em áreas distantes da unidade de saúde. Tal situação precisa urgentemente de uma intervenção dada a sua complexidade, e a tentativa de resolução pode refletir na melhoria ao acesso a informação e desenvolvimento dos atendimentos de saúde junto a esta população. Se a saúde das pessoas em dado local e em dado momento é determinada pelas classes sociais diferentes, diferentes culturas, condições de vida e de acesso aos serviços, 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, eficiente e eficazes (FARIA, 2009).

Para descrever a dificuldade do acesso como sendo um problema, observamos dados da própria UBS, bem como a vivência durante atendimentos de crianças com vacinas atrasadas, início tardio do pré-natal, pessoas com doenças crônicas agudizadas, idosos acamados sem acompanhamentos, e atribuímos essas falhas, dentre outros possíveis motivos, ao difícil acesso ao serviço de saúde.

Explicando melhor o que seria esse difícil acesso, podem-se citar dois fatores que se interligam. Os pacientes moram em sítios muito distantes da Unidade de Saúde, que já foi idealizada para área rural por ser mais próxima da população em comparação com o centro da cidade. Para esses pacientes irem até a UBS ou conseguem carona com algum caminhão, ou vão a pé por horas. Os pacientes não tem estímulo para ir a UBS para acompanhamento devido a distância, forçados a ir muitas vezes com a agudização de alguma doença crônica.

Como os Agentes Comunitários de Saúde – ACS não fazem visitas com a frequência ideal devido à distância, não se consegue fazer agendamento eficiente, o que já provocou vários transtornos para o paciente que enfrenta a dificuldade da estrada e a falta do acompanhamento diário pela equipe.

Estas dificuldades se acentuam em épocas chuvosas, pois as estradas de barro ficam intransitáveis, inclusive impedindo a ida da equipe de saúde até a comunidade. Outro fator que se interliga a dificuldade da distância é a falta de resolutividade, o que pode ser exemplificado ao se pedir exames ou consultas a especialistas, pois os pacientes se recusam a ir para Maceió (Capital do Estado) e o município não tem estrutura para suprir esta necessidade. Se já é difícil ir até a UBS, para Maceió a dificuldade se agrava.

Após explicado o problema é possível descrever os nós críticos que são as causas do problema. Um deles é a falta de iniciativa da gestão pública. Não é perceptível o interesse em se apoiar uma cooperativa, seja na área da agricultura ou do artesanato, para amenizar as condições socioeconômicas daquela região que é um fator de risco para o adoecimento. São agricultores que vivem da cana-de-açúcar, trabalhando por temporada ou vivendo do que planta. Não há, até o momento ações facilitadoras como transporte para áreas distantes ou até mesmo, uma melhor estruturação da UBS, que inclusive é de propriedade do dono da usina. Outra causa deste problema é a incerteza de médico na UBS. A falta de fixação de profissionais de saúde faz reduzir a credibilidade no atendimento. A ausência destes profissionais é reflexo da desvalorização profissional com baixa remuneração e más condições de trabalho, evidente em várias cidades do Brasil.

Outros nós críticos são a falta de sistema de apoio diagnóstico e de centro de atenção secundária, e o processo de trabalho da equipe. Além do SUS está atuando de forma fragmentada, a falta de sistema de apoio diagnóstico dificulta a resolução de casos e o controle de muitas doenças através dos exames. Não há um local para realização de exames de imagem no município. A falta de um centro de especialidades compromete a integralidade do atendimento e não há agendamento eficiente para especialidades pelo CORA. A farmácia oferece medicamentos em quantidade insuficiente e quando o paciente sai do seu sítio em busca de resolução de seu problema, frustra-se com a falta de medicação e com a demora para marcação de exames. Como a situação se repete ano após ano, independente de partido político na gestão, a equipe, muitas vezes, encontra-se desestimulada em tentar mudar a história desta população. Tenta-se adequar o processo de trabalho da equipe priorizando



atendimento de moradores de sítios mais distantes, preocupa-se em acionar a coordenação para conseguir carro para fazer visitas domiciliares, no entanto, nem sempre se obtém êxito.

### **1.1 Justificativa**

A Unidade em estudo está inserida em torno de uma usina de cana-de açúcar e analisando determinantes sociais daquela população, observamos grande dificuldade de acesso de pessoas que moram em sítios distantes até a Unidade de saúde o que se tornou uma barreira para a garantia do acesso Universal no Sistema Único de Saúde. De acordo com Tradet al. (2012), esta garantia depende da identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população. É por causa da realidade dessa comunidade que a intervenção torna-se importante, pois ela reduzirá a distância entre a população e os serviços de saúde. Proporcionará ainda oportunidades para tratamentos de condições agudas e crônicas, promoção de saúde, formação de vínculos com as comunidades residentes a quilômetros de distância da Unidade Básica de Saúde, mesmo conhecendo as deficiências dos serviços ofertados.

Foi possível perceber que todos que fazem parte da equipe podem participar ativamente do projeto, cada um da sua maneira, atuando em sua área, com suas especificações técnicas e cientes da importância da atenção centrada na pessoa, mas colaborando para um mesmo objetivo. Esse fato foi muito importante para sustentarmos a idéia de tentarmos amenizar o problema identificado. Intervir nesta comunidade colocará em prática a capacidade de discussão em equipe e análise de melhores práticas pedagógicas a serem aplicadas para realização deste projeto.

### **1.2 Objetivos**

**Geral:** Propor um projeto de intervenção para melhorar o acesso aos serviços de saúde de cerca de 500 famílias que moram em sítios cadastradas no PSF V- Usina Taquara pertencente ao Município de Colônia de Leopoldina.

**Específicos:** Identificar os fatores determinantes da dificuldade de acesso da comunidade a UBS e outros serviços de saúde; e, Trabalhar com a equipe da Unidade Básica de Saúde o exercício da análise situacional e elaboração de estratégias para intervenção.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Acessibilidade e Integralidade na Atenção básica**

A atenção básica surgiu com a intenção de transformar um modelo predominantemente curativo para uma atenção à saúde voltada a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A Atenção Primária da Saúde (APS) é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (CONASS, 2004). Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Essa acessibilidade é o ponto inicial para a população participarem das ações em favor da saúde na sua Unidade Básica e para isso, é preciso que a Unidade de atendimento seja de fácil acesso para que se garanta uma abrangência na promoção da saúde, para que não se retarde um diagnóstico e para facilitar acompanhamento de doenças crônicas.

O sistema de serviço de saúde tem metas, e uma delas é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, para que determinados grupos não tenham vantagem em relação a outros devido a facilidade do seu acesso a serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Garantir a acessibilidade em área urbana seja numa capital ou interior é mais fácil do que garantir um bom acesso na área rural, onde existem fatores dificultadores como residências muito afastadas do centro da cidade ou da Unidade de saúde, com estradas de barro de difícil acesso.

Segundo Tradetal. (2012), o termo acessibilidade comporta dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial que podem expressar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários (efetivos e/ou potenciais) do sistema de saúde. O grau de acessibilidade pode ser mensurado pela relação entre a resistência apresentada por essas barreiras e a força de superação dos usuários denominada de poder de utilização. Muitos usuários superam as barreiras socioeconômicas e geográficas saindo de um ambiente de pobreza, sem ter feito uma refeição adequada, para caminhar por quilômetros em busca de atendimentos nos serviços de saúde.

A maioria dos atendimentos é feita através da demanda espontânea, pois os moradores não garantem ir a UBS no dia marcado, apenas se houver carona em ônibus para transportar estudantes ou grupos de moradores que irão juntos a Unidade.

A integralidade é um dos princípios que regem a Atenção Primária. Exige que a Atenção Primária a Saúde (APS) reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção (SHIMAZAKI, 2009). Atender um paciente de forma integral é observar o paciente como um ser biopsicossocial, identificar que o usuário está com uma enfermidade em membro inferior, mas que é preciso ser avaliado por um psiquiatra porque a sua condição de saúde está implicando em uma depressão.

A integralidade propõe uma visão mais ampla do usuário, ampliando o cuidado, enfocando além do aspecto curativo, incluindo ações preventivas, promocionais e assistenciais. A organização dos serviços caracteriza-se por unir na Unidade Básica de Saúde ações preventivas e assistenciais. Ao mesmo tempo, deve haver uma integração de profissionais em equipes multiprofissionais para uma maior abrangência no conhecimento da condição de saúde do usuário e com um maior poder de resolubilidade.

## **2.2 Planejamento em Saúde**

A implantação do SUS com a Estratégia da Saúde da Família proporcionou melhor qualidade no tratamento de doenças e na condução de agravos crônicos ao mesmo tempo que tenta promover ações de promoção a saúde.

Cada equipe de Saúde da Família tem sua particularidade a depender da sua população adscrita. E é de acordo com as características específicas da população que a Unidade de Saúde deve guiar suas ações para identificar os principais problemas de saúde e definir intervenções eficientes. Para que se possa haver a intervenção é necessário usar o Planejamento como uma ferramenta.

Segundo Campos (2010), necessitamos de planejamento quando pretendemos alcançar objetivos complexos e fazê-los coletivamente. É necessário um método de planejamento que possa ser compartilhado entre todos os envolvidos na formulação do plano, possibilitando a compreensão e compartilhamento da mesma linguagem. Visto que muitos problemas a serem enfrentados na comunidade são dinâmicos, o planejamento passa a ser um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade das ações desenvolvidas. Segundo Silva et al. (2012), é importante o ato de planejar no setor da saúde, levando em conta a

complexidade das ações desenvolvidas que devem considerar as mudanças nas condições de vida e de saúde da população.

Entretanto, planejar não é uma tarefa fácil. É necessário que todos os envolvidos na formulação e execução do projeto reflitam sobre seus principais problemas, elaborando propostas viáveis.

De acordo com Sartiet al. (2012), em um estudo feito em equipes de saúde da família em municípios do Espírito Santo, as equipes organizam os registros clínicos por núcleo familiar, dispõe de mapas do território com informações abrangentes e relevantes, realizam reuniões de equipe com frequência e se articulam com os movimentos organizados da comunidade para o planejamento das ações. Contudo, foi avaliado como baixo o padrão de qualidade do planejamento mostrando as dificuldades de se articularem ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento das intervenções no contexto local.

Um outro ponto é a dificuldade da equipe de saúde planejar junto com a comunidade, o que muitas vezes pode ocorrer de forma centralizada e pouco participativa. Uma das causas é a falta de um diálogo mais acessível, de uma comunicação participativa entre os integrantes do grupo com o objetivo de realizar a intervenção. De acordo com Assis (1997), a comunicação participativa atua como fator de integração social. Essa integração facilita a maior participação da comunidade com maior interação com os membros do grupo em favor da identificação dos principais problemas e de meios viáveis para amenizá-los.

A comunicação é tão relevante no processo de planejamento que Assis (1997) em seu estudo, ao perceber conflito de ideias entre usuários e trabalhadores de saúde, sentiu a necessidade de criar um projeto participativo através de dinâmicas de grupo que possibilitou que os participantes ficassem mais flexíveis e atentos à diversidade e dinamicidade da realidade. Os agentes Comunitários de saúde são exemplos de trabalhadores da saúde que devem se manter atentos com uma boa comunicação, pois são os porta-vozes ideais da comunidade por já terem residido ou ainda residir em um mesmo ambiente, na mesma realidade dos usuários.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo no qual foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a acessibilidade da população aos serviços de saúde, com o objetivo de propor um plano de intervenção a ser implementado junto a comunidades que residem distantes da UBS, cadastradas no PSF V- Usina Taquara pertencente ao Município de Colônia de Leopoldina – Alagoas.

Para construção deste plano operativo foi realizada uma série de discussões com a equipe da UBS, composta por uma médica, uma enfermeira, 9 agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de consultório dentário, para detectar os tipos de serviços de maior carência da população em zona rural. Também foram analisados os dados dos prontuários e os documentos da unidade de saúde, como por exemplo o consolidado da produção mensal.

Para a revisão de literatura foi feita uma busca de artigos em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos, quais sejam, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e Scielo (*Scientific Library Online*). Este estudo buscou compreender melhor as seguintes temáticas: fragmentação do SUS; modelos assistenciais; e, acessibilidade aos serviços de saúde, no sentido de auxiliar no direcionamento do projeto. Alguns dos achados foram utilizados para discutir nas reuniões de equipe algumas propostas de intervenção baseada em experiências semelhantes em outras regiões do país. Aos descritores utilizados foram: programa saúde da família, acesso aos serviços de saúde, sistemas de saúde, assistência integral a saúde, planejamento em saúde.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos

O município estudado, Colônia Leopoldina-AL, possui um número aproximado de 5217 famílias. O índice de desenvolvimento de 0,578. As principais atividades econômicas são o comércio local, agricultura principalmente usinas de cana de açúcar, e emprego em cargos da prefeitura(maioria contratados). Dos 20.019 habitantes, 4.700moram na zona rural. O quadro 1 explicita esta divisão.

**Quadro 1 – Distribuição da população de Colônia Leopoldina, por faixa etária, na área rural e urbana, Maceió, 2014.**

Nº de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +
Área Urbana	1380	1686	1874	1579	1159	3457	2772	1412
Área Rural	0631	0592	0567	0555	0516	0987	0582	0270
Total	2011	2278	2441	2134	1675	4444	3354	1682

Apresenta uma densidade demográfica de 96,29 hab./km<sup>2</sup>, com uma taxa de analfabetismo de 34,6 % com pessoas iguais ou acima de 15 anos.

A estratégia Saúde da Família foi implantada há 13 anos com um número reduzido de Unidades de Saúde. Segundo o senso de 2004, apresenta uma cobertura de 97,32. Hoje se enquadra em 100%. São 8 equipes de Saúde da Família, 2 equipes de saúde bucal em atuação. Conta com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF.

A equipe de saúde em estudo é uma das duas equipes existentes em área rural, mas é a região que possui mais áreas distantes cadastradas.

### 4.2 Projeto de Intervenção - Mutirão como Estratégia de Intervenção

Após perceber o reflexo negativo da distancia, surgiu a necessidade da equipe planejar uma estratégia para minimizar a dificuldade de acesso e facilitar o atendimento. Enfatizando no processo de trabalho a equipe idealizou uma ação voltada para os grupos de risco, grupo esse que seria de cerca de 500 famílias que residem em sítios distantes da Unidade de Saúde e

do centro da cidade. A ideia de mutirão surgiu da necessidade de levar o máximo de serviços para aquelas localidades, onde se concentrariam ao mesmo tempo atendimento médico, odontológico, serviços como vacinação e atividades educativas.

A principal operação seria denominada Unidade Volante com o objetivo de levar os profissionais da unidade e seus serviços em um ônibus estruturado para áreas longínquas e ou de difícil acesso. Na cidade já existe o “chamado” ônibus da saúde, mas que não está em condições ideais de uso. No ônibus teria que haver estrutura para o atendimento médico, como cadeiras, pequeno balcão para atendimento, ar refrigerado, divisória de ambientes para ainda haver espaço para realização de coleta de citologia pela enfermeira e um espaço para atendimento odontológico com os equipamentos necessários: cadeira, estufa, balcão para atendimento e outros insumos. Fora do ônibus, ficariam os estandes com pré-consulta, vacinação, puericultura, atendimento psicológico e nutricional e ações educativas como palestras em favor da promoção da saúde com a ajuda do NASF.

A realização de mutirões é uma realidade em todo país, cada um com um objetivo, seja aumentar o número de atendimentos em uma comunidade com uma grande demanda, realização de mutirões aos sábados para atender uma população que trabalha durante a semana, mutirões para rastreamento de determinada doença ou para desenvolver ações em saúde para grupos específicos como aconteceu em Piracicaba, São Paulo, onde tinha como objetivo desenvolver uma estratégia de rastreamento funcional da saúde de idosos oriundos da comunidade e direcioná-los para os recursos de saúde preexistentes. (MONACO, JACOB FILHO; 2007)

Como resultado do mutirão na área rural de Colônia Leopoldina, espera-se uma maior abrangência da população atendida, melhor acompanhamento de pacientes que apresentam doenças crônicas, maior cobertura vacinal e consultas de pré-natal. Para que seja concretizado esse plano, é necessário recursos críticos tanto no aspecto político, financeiro e cognitivo. Como recurso político, espera-se uma decisão da Secretaria Municipal da Saúde junto a prefeitura, para aumentar a disponibilidade de verbas destinadas à realização desta operação. Como recurso financeiro, é necessário que uma equipe, sob responsabilidade da Secretaria de Saúde, seja montada para prever os possíveis custos e otimizar a verba oferecida, inclusive providenciando alimentação para o dia do evento para todos os funcionários envolvidos, folhetos para promoção em saúde nas palestras, estruturação do ônibus, divulgação do evento, entre outros . Como recurso cognitivo, seria de responsabilidade da equipe da Unidade de

Saúde a elaboração da estratégia de atendimento no mutirão. Para realização da operação Unidade Volante será estipulado um prazo de 2 meses.

Outro fator importante é que a falta de um centro de especialidades compromete a integralidade do atendimento, assim como a não eficiência do agendamento para especialidades pelo CORA. O município não oferece serviços locais para exames de imagens, sorologias imprescindíveis para gestantes e o laboratório do município apresenta frequentemente resultados de exames incompletos por quebra de aparelhos ou falta de reagentes.

Para que ocorram devidos encaminhamentos, seja de ordem de média ou alta complexidade, é necessário que se tenha mecanismos eficientes para isso, um sistema de agendamento de consultas eficiente, referência e contra-referência, satisfazendo a toda demanda. A deficiência da integralidade faz com que os usuários, principalmente de áreas distantes, não tenham credibilidade no atendimento realizado na Unidade de Saúde, não se sentindo encorajados a procurar o serviço de saúde diante de todos os obstáculos que a distância impõe.

Diante deste cenário, teremos uma outra operação, qual seja a ***Integralidade na cidade*** com o objetivo de garantir o acesso aos exames de imagem, sorologias no município e atendimento especializado atuando conjuntamente com a operação ***Unidade Volante***. Espera-se como produto desta ação a Implantação do telessaúde, que é um programa do Ministério da Saúde onde o médico do Programa da saúde da família tem a sua disposição um teleconsultor, também médico, com a especialização que o médico da Unidade de saúde desejar para esclarecimentos de casos clínicos reduzindo, assim, o encaminhamento para especialistas. Além disso, a implantação de centros de especialidades e de diagnóstico no município. Como resultado desta ação, esperamos melhoria na investigação diagnóstica do usuário, proporcionando integralidade ao atendimento. Como recursos críticos, necessita-se da intervenção da Secretaria de Saúde, prefeitura e Fundo Nacional da Saúde e estabelece-se um prazo de 2 meses para realização desta operação.

A farmácia oferece medicamentos em quantidade e diversidade insuficiente, frustrando o paciente que sai da sua residência distante em busca de medicação para tratamento de doença aguda ou condição crônica. Para reverter esta situação, foi elaborada a terceira operação ***Medicação para todos***, com o objetivo de garantir a medicação do uso contínuo para todos que necessitam. Espera-se como resultado continuidade e adesão ao



tratamento e melhoria na condição de saúde da população. Como produto desta operação espera-se controle de entrada e saída de medicações da farmácia e cadastros de pacientes com condições crônicas. Como recursos críticos, detalhamos, como recurso financeiro necessário para realização da operação, aumento de verba para aumentar a oferta de medicamentos, tendo como responsável a Secretaria Municipal de Saúde. Como recurso cognitivo, avaliação da estratégia de distribuição das medicações tendo como responsável a equipe da Unidade Básica de saúde. Como recurso organizacional estão os cadastros de pacientes e tem como responsável a coordenação da atenção básica e a equipe. O prazo estipulado foi de um mês (curto prazo) para iniciar a operação.

As intervenções poderiam ocorrer quinzenalmente, com reuniões antes para esquematizar como seria a integração das ações no dia e com reuniões após para avaliar falhas e sugestões para melhor desempenho das ações. Mensalmente, a coordenação da atenção básica se reuniria com equipe da Unidade Básica para analisar os indicadores do mês: atendimentos a gestantes, vacinação, número de atendimento para hipertensos e diabéticos entre outros, evidenciando a possível melhora dos indicadores e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários.

Para facilitar a compreensão segue um quadro resumo do plano operativo proposto.

**Quadro 2 - Resumo do Plano Operativo, Maceió, 2014.**

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>PRAZO</b>
<b><i>Unidade Volante- Levar os profissionais da unidade e seus serviços em um ônibus estruturado para áreas longínquas e ou de difícil acesso.</i></b>	Abrangência nos atendimentos, melhor atendimento de pacientes em condição crônica, maior cobertura vacinal e pré-natal.	Atendimento médico no ônibus da saúde, realização de atendimento voltados a saúde bucal, citologia e promoção de saúde.	<p><u>Político:</u> Decisão de aumentar recursos- SMS</p> <p><u>Financeiro:</u> Suporte com alimentação- SMS e Equipe</p> <p><u>Cognitivo:</u> Elaboração da estratégia de atendimento- Equipe</p>	1 mês
<b><i>Integralidade na cidade- Garantir o acesso aos exames de imagem, sorologias no município e atendimento especializado.</i></b>	Melhoria na investigação diagnóstica de um usuário, proporcionar integralidade ao atendimento.	Implantação do telessaúde, de centros de especialidades e de diagnóstico no município.	<p><u>Político:</u> Aumento de recursos. Prefeitura, SMS e Fundo nacional de saúde.</p>	2 Meses

<p><b><i>Medicação para todos- Garantir medicação de uso contínuo para os usuários sem falta.</i></b></p>	<p>Continuidade e adesão ao tratamento, melhoria na condição de saúde da população.</p>	<p>Controle de entrada e saída de medicações da farmácia, cadastros de pacientes com condições crônicas</p>	<p><u>Financeiro:</u> aumento da oferta de medicamentos.  SMS.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Avaliar estratégia de distribuição das medicações. Equipe.</p> <p><u>Organizacional:</u> cadastros de pacientes. Coord Atensão. Básica e Equipe.</p>	<p>1 Mês</p>
---	---	---	--	--------------

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de uma realidade difícil, com uma situação socioeconômica onde pouco a equipe de saúde da família pode interferir, surgiu a necessidade de tentar amenizar um dos problemas que está presente em uma comunidade de área rural. A distância impossibilita a ação curativa e de promoção a saúde, um dos focos da Atenção Primária. A melhora dos indicadores é o reflexo da boa intervenção de uma equipe. Para conseguir realizar esses objetivos, é necessário que a equipe se mobilize a fazer análise situacional, planejamento e detalhamento de operações táticas.

Enfim, os objetivos deste estudo foram alcançados, visto que o plano operativo foi proposto, e a realização do mesmo resultará uma integração da equipe de saúde, mudanças pertinentes no processo de trabalho e atuação da equipe e comunidade para o planejamento da ação.

Desta forma, acredita-se que o que move a equipe a realizar esta intervenção é proporcionar melhor abrangência dos trabalhos realizados pela UBS, bem como a aproximação da população a uma realidade ideal de saúde como direito de todos.

## **REREFÊNCIAS**

ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. **Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa.** Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 55-60, outubro 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária. Seminário **técnica e memória de Progestores.** Brasília: CONASS. Documenta 2, 2004.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MONACOL, T. O.; JACOB FILHO, W.. **Mutirão da Saúde do Idoso: o desenvolvimento de uma estratégia de promoção da saúde do idoso por avaliação funcional de indivíduos oriundos da comunidade.** Einstein, 2007.

SARTI, T.D.;CAMPOS,C.E.A.; ZADONADE, E.; RUSHI, G.E.C.; MACIEL E.L.N.. **Avaliação das ações de planejamento em Saúde empreendidas por equipes de Saúde da Família.** Cad.Saúde Pública vol. 28 °3 Rio de Janeiro Mar.2012

SHIMAZAKI,M.E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: **Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. P. 38-43.

SILVA, I. Z. F.; MOTA, A. P.; OLIVEIRA, A. K. A.; BIZERRIL, D. O.; VIEIRA, L. J. E.S.; PEREIRA, A. S. **Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências.** Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2012

STARFIELD B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO; 2002.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S.; **Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador.** Rev. Saúde Pública; 2012.