

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALINE BORGES MACIEL

**PROPOSTA DE MELHORIA DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE
NA UNIDADE SAÚDE PREVENTIVA – CERRADO, NO MUNICÍPIO DE
SÃO TIAGO – MINAS GERAIS.**

SÃO TIAGO / MG

2017

ALINE BORGES MACIEL

**PROPOSTA DE MELHORIA DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE
NA UNIDADE SAÚDE PREVENTIVA – CERRADO, NO MUNICÍPIO DE
SÃO TIAGO – MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Marília Rezende da Silveira

SÃO TIAGO / MG

2017

ALINE BORGES MACIEL

**PROPOSTA DE MELHORIA DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE
NA UNIDADE SAÚDE PREVENTIVA – CERRADO, NO MUNICÍPIO DE
SÃO TIAGO – MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1 – Marília Rezende da Silveira - UFMG

Examinador 2 – Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

DEDICATÓRIA

Aos que necessitam de um olhar mais humano e aos que são capazes de entender essa necessidade e se dispõem a ouvir e acolher, dedico este trabalho. Que nos tornemos profissionais mais sensíveis e dispostos, ainda que faltem recursos e condições.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que são a razão do meu trabalho diário e a todos aqueles que me permitiram e permitem realizá-lo, minha gratidão.

“Somos ávidos para julgar e lentos para acolher”.
(Augusto Cury)

RESUMO

Nos últimos anos, inúmeros avanços foram alcançados na atenção primária em saúde, no entanto, um acesso ampliado dos usuários aos serviços ainda se mostra como um desafio. Uma atenção primária em saúde forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada à equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário mais flexível e com a forma de agendamento mais adequada. Existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, principalmente no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Muitas unidades não realizam um processo de escuta qualificado, comprometendo a continuidade do cuidado e o vínculo com a equipe. Dessa forma, é imprescindível que as equipes de saúde revisem constantemente o processo de trabalho e realizem as mudanças que forem pertinentes. Este trabalho objetiva elaborar um projeto de intervenção para melhoria do acesso do usuário ao serviço de saúde na Unidade de Saúde Cerrado, na cidade de São Tiago. Para tanto priorizou-se a implantação do acolhimento como passo inicial para ampliação do acesso e melhoria do cuidado. Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos 2003 e 2016 e encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Destacaram-se novas abordagens como o acesso avançado, acesso aberto, ou consultas do dia. Concluiu-se que a ampliação do acesso através de uma escuta qualificada e de um acolhimento estruturado, permite a melhoria do vínculo equipe-usuário, favorecendo a longitudinalidade do cuidado, reduzindo a agudização de processos crônicos e promovendo a responsabilização do cuidado.

Palavras-chave: acolhimento, acesso aos serviços de saúde, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

In recent years, a number of advances have been achieved in primary health care, however, increased access to services by users is still a challenge. A strong and resolute primary health care depends mainly on facilitated access, in which the person linked to the team can get care when needed, at the most flexible schedule and with the most appropriate scheduling. There are major gaps in the models of care and management of services, especially regarding access and the way the user is hosted in public health services. Many units do not conduct a qualified listening process, compromising continuity of care and bonding with the staff. In this way, it is imperative that health teams constantly review the work process and make any changes that are relevant. This study aims to develop an intervention project to improve user access to the health service at the Cerrado Health Unit in the city of São Tiago. To this end, the implantation of the host was prioritized as an initial step to increase access and improve care. To support the construction of the intervention proposal, scientific papers published between 2003 and 2016 were used and found in databases such as: Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others. New approaches such as advanced access, open access, or day-to-day consultations were highlighted. It was concluded that the increase of access through a qualified listener and a structured reception, allows the improvement of the team-user bond, favoring the longitudinality of the care, reducing the worsening of chronic processes and promoting the accountability of care.

Key words: user embracement, health services accessibility, primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso avançado
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cerrado, São Tiago, Minas Gerais. 2017.

Quadro 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema dificuldade de acesso do usuário.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema dificuldade de acesso do usuário.

Quadro 4 – Plano Operativo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de São Tiago	
1.2 O Sistema Municipal De Saúde	
1.3 A Equipe de Saúde da Família Cerrado, seu território e sua população	
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	
1.5 Priorização dos problemas	
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	
3.2 Específicos	
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	
6.2 Explicação do problema	
6.3 Seleção dos nós críticos	
6.3 Desenho das operações	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de São Tiago

São Tiago é uma cidade de 11.046 habitantes (estimativa do IBGE para o ano 2016), localizada na mesorregião de Campo das Vertentes e microrregião de São João Del Rei, distante 200 km da capital do Estado. Pertencente à Estrada Real e ao Circuito Trilha dos Inconfidentes, está bem próxima dos municípios de Tiradentes, Prados, Resende Costa e da cidade histórica de São João Del Rei. Possui um distrito, denominado Mercês de Água Limpa (Capelinha), além de doze povoados na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO TIAGO, 2017).

A economia local tradicional tem por base a agropecuária e a indústria extrativa de minerais. No setor agrícola produz milho, arroz, café, mandioca, dentre outros. A pecuária está dividida entre a produção leiteira e a recria de novilhos para o abate. No setor de mineração, além do minério de ferro, possui reservas de manganês, bauxita e tantalita. A habilidade para fazer quitandas é uma tradição que acompanha a trajetória do município. Por esta razão, mais recentemente a indústria de produção de biscoitos se consolidou e assumiu um papel muito importante na economia local, o que acabou conferindo a São Tiago o título de “Terra do Café-com-Biscoito” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO TIAGO, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

A estrutura do sistema de saúde é composta na atenção primária por quatro unidades básicas de saúde, sendo três unidades na zona urbana e uma na zona rural. Em relação à atenção especializada, a cidade referencia quase todos os pacientes, o que dificulta bastante o acesso. Há dois programas de especialidades: o BEM VIVER que atende psiquiatria e neurologia e o VIVA VIDA, que atende Ginecologia e Obstetrícia, Urologia e pediatria.

A cidade dispõe de um hospital: Hospital São Vicente de Paula e conta com o atendimento do SAMU básico.

A relação entre os pontos de atenção a saúde deixa muito a desejar, não há contrarreferência e pouquíssima comunicação entre os níveis e atenção.

Os municípios de São João Del Rei, Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora são as principais referências para especialidades, em especial para procedimentos, exames e atenção em oncologia e, o município de Resende Costa, realiza os serviços de mamografia. Há ainda os consórcios de saúde: CISVER, BEM VIVER e VIVA VIDA.

O modelo de atenção é centrado na doença, ainda com foco no atendimento médico marcadamente reducionista, biologicista, individualista, com poucas ações direcionadas para a prevenção das doenças e promoção da saúde.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Cerrado, seu território e sua população

O Cerrado é uma comunidade de cerca de 2900 habitantes, localizada na periferia de São Tiago, que se formou, principalmente, com o crescimento da cidade e a consolidação das fábricas de biscoito. Situa-se às margens da rodovia que dá acesso a estrada real. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas fábricas de biscoitos e nas plantações de café e morango.

A Unidade de Saúde (US) Saúde Preventiva, localizada no centro de São Tiago, abriga a Equipe do Centro e a Equipe do Cerrado e foi a primeira unidade de saúde da cidade e, atendia toda população. Em 1998, quando se iniciou a implantação da estratégia de saúde da família, dividiram-se as equipes. A unidade situa-se ao lado do Hospital e reformada em 2009 e apesar de salas pequenas para o atendimento, possui uma recepção e uma sala de espera adequada, mesmo abrigando duas equipes diferentes.

Existe uma sala de reuniões onde é possível realizar grupos operativos e reuniões de equipe. Outro problema relacionado às salas de atendimento, é que apesar da implantação de sistemas de informação, não existem computadores disponíveis para todos.

A população tem muito apreço por esse serviço, existem vários profissionais que trabalham há muitos anos nessa unidade, são próximos e conhecem bem a realidade da população adscrita.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém por vezes, faltam materiais básicos como Sonar, fitas glicêmicas, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. Em

relação à administração de medicamentos, a unidade não dispõe de estoque farmacêutico, portanto todos os pacientes que necessitam de medicação imediata, como em crise hipertensiva, dor refratária, vômitos, entre outros, são encaminhados ao hospital.

Funciona das 7:00h às 16:00h. As técnicas de enfermagem revezam nas atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, além das atividades de vacinação e curativos. Recentemente todos tem buscado otimizar o acolhimento dos usuários, que sempre foi um problema. Os atendimentos são feitos por ordem de chegada no sistema de distribuição de fichas, sem uma triagem e escuta adequada. Os pacientes são obrigados a enfrentar filas pela madrugada para conseguirem uma vaga.

Os atendimentos da Equipe Cerrado estão divididos no turno da manhã e da tarde, entre vagas distribuídas no início de cada dia e são ocupados quase que exclusivamente com demandas espontâneas, enquadrando-se nelas, renovação de prescrição, principalmente de benzodiazepínicos e de hipertensos e diabéticos. Muitos pacientes crônicos apresentam-se descompensados, pois o agendamento é falho e não permite um acompanhamento longitudinal. Poucas são as queixas agudas, o que mostra que a maioria dos pacientes que necessita de uma avaliação médica mais prioritária, não procura a Unidade básica de saúde (UBS). O que é compreensível, visto que um paciente portador de uma descompensação ou de uma enfermidade terá dificuldades em aguardar em uma fila para obter “uma ficha” para atendimento, correndo o risco de não ser contemplado. Dessa forma, sobrecarrega-se o hospital com atendimentos que deveriam ser realizados na atenção primária e a UBS torna-se pouco resolutive. Há uma grande demanda pela renovação de medicações controladas, relacionada a um uso abusivo de benzodiazepínicos, inclusive em doses altas. Isso foi agravado pela gestão anterior da unidade, que renovava receitas sem qualquer critério, de acordo apenas com a solicitação do paciente, muitas vezes até sem a presença do mesmo.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A definição do diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde do bairro Cerrado foi realizada a partir do método de estimativa rápida, que permitiu

obter informações sobre a área estudada, com a participação da população e da equipe de saúde, em um curto período de tempo e sem altos gastos. As fontes dessas informações foram registros da unidade e da secretaria de saúde, entrevistas, relato de moradores da comunidade e observação ativa da área.

A partir dos dados coletados e da análise dos mesmos, foi possível identificar que entre as questões prioritárias, se encontra o precário funcionamento da rede de atenção à saúde. Os principais problemas relacionados à rede de serviço dizem respeito à dificuldade de acesso dos usuários, atendimentos restritos, necessidade de deslocamentos, além de pouca ou quase nenhuma comunicação entre os pontos de atenção. Há uma necessidade de melhorar esse acesso dos usuários, redimensionando os atendimentos e melhorando o acolhimento.

A comunidade e a cidade de forma geral têm enfrentado problemas de saúde relacionados a doenças venéreas, dentre elas, a sífilis, apresentando um grande número de casos, inclusive em gestantes. Outro problema é a descompensação de condições comuns como diabetes e hipertensão, em que os pacientes não entendem sua condição e não aderem ao tratamento.

A população enfrenta ainda, alguns problemas sérios como o tráfico de drogas, alcoolismo e prostituição que tem impacto importante nas condições de saúde. Outra questão relevante tem sido o número de casos de depressão e tentativa de autoextermínio. Há um ciclo vicioso agravado pelos problemas já citados e pela ausência de opções de lazer. Alguns trabalhos têm sido desenvolvidos nas escolas e comunidades, mas tem sido pouco diante da dimensão do problema.

Ainda em relação ao processo de trabalho, há uma grande divergência entre as informações registradas e os dados reais, o sistema de informação ainda é precário, não existem alguns dados nos registros e a maioria é desatualizada.

A comunidade não dispõe de muitos atrativos e opções de lazer, o que contribui para o agravamento de problemas importantes na região como tráfico de drogas, alcoolismo e prostituição. Não há incentivo para prática de esportes nem de atividades para as crianças.

1.5 Priorização dos problemas:

Após a enumeração das diversas questões que merecem atenção na comunidade do Cerrado, foi realizada uma priorização dos problemas de acordo com a

importância, grau de urgência e capacidade de enfrentamento de cada um, descritos no quadro abaixo.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cerrado, São Tiago, Minas Gerais. 2017.				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Melhoria do acesso	Alta	7	Total	1
Controle de condições crônicas	Alta	5	Parcial	2
Combate e prevenção à Sífilis	Média	5	Parcial	3
Combate e prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas	Média	4	Parcial	4
Combate e prevenção ao suicídio	Média	4	Parcial	5
Melhoria do registro e atualização das informações nos bancos de dados	Média	3	Total	6
Incentivo ao esporte, lazer e cultura	Média	2	Fora	7

Fonte: Autoria própria, 2017.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Mediante os problemas de saúde identificados durante a elaboração do diagnóstico situacional foi priorizado a necessidade de melhoria do acesso, uma vez que, atualmente, os atendimentos não têm sido suficientes e, muitas vezes, pacientes que precisariam ser vistos com prioridade, não conseguem atendimento, o que resulta em insatisfação geral, tanto dos usuários quanto da equipe. Além disso, não há um momento de escuta inicial ou triagem, os pacientes são apenas alocados nas vagas conforme a ordem de chegada. Dessa forma, percebeu-se, com mais urgência, a necessidade de organização do atendimento inicial, principalmente no que diz respeito a acolhimento, preparo dos profissionais e humanização do cuidado.

3 OBJETIVOS

GERAL:

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do acesso do usuário ao serviço de saúde na Unidade de Saúde Cerrado, na cidade de São Tiago.

ESPECÍFICOS:

1. Estruturar a implantação do acolhimento por meio de protocolo específico.
2. Capacitar os profissionais para realização de acolhimento eficaz e humanizado.
3. Propor a realização de grupos em educação em saúde para esclarecimentos à população, responsabilização dos usuários e aproximação com o serviço de saúde.

4 METODOLOGIA

Para realizar o projeto de intervenção foram abordadas três etapas: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado, identificação dos principais problemas na área de abrangência Unidade de Saúde Cerrado, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação dos problemas, e a priorização do problema alvo que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e a identificação dos nós críticos e contou com a colaboração da equipe de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos 2003 e 2016, encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF local. Os descritores utilizados foram acolhimento, acesso aos serviços de saúde e Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As experiências internacionais e mais antigas em relação ao papel da Atenção Primária em Saúde (APS) reforçam a necessidade das Unidades de Saúde (US) serem efetivamente a porta de entrada preferencial e ponto de atenção continuada para a maior parte das situações clínicas dos pacientes daquela área (STARFIELD, 2004). Assim, uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável. Dois objetivos centrais da APS são ampliar o acesso e a continuidade do cuidado. Muitas Unidades de Saúde lutam para atingir esses objetivos, mas sentem-se pressionadas pela demanda. Organizam diferentes formas para triar os pacientes e encontrar vagas em agendas lotadas. Muitas vezes, pacientes não conseguem ser atendidos pela sua equipe no momento apropriado, resultando em demoras no cuidado e quebra na continuidade paciente-equipe (MURRAY; BERWICK, 2003).

Neste contexto, o acolhimento assume papel fundamental na ampliação e melhoria do acesso do usuário ao serviço. Entende-se por Acolhimento, o momento em que o usuário chega à Unidade de Saúde e faz o primeiro contato com aquele que se dispõe a atendê-lo e que ele espera que o ouça, o acolha com presteza e atenda suas demandas. Assim, os trabalhadores devem ser qualificados para recepcionar, escutar, conversar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (SOUZA, 2011).

Uma vez que o acolhimento possui as funções de atender a demanda diária da unidade de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade de seus problemas, deve ser utilizado como ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho (COELHO, 2009).

Para Selli *et al.* (2007) o acolhimento é o eixo central na tentativa de modificar o processo de trabalho e garantir ao usuário um acesso com resolutividade e um atendimento humanizado, além de possibilitar a oferta de ações e serviços que correspondam com a necessidade do usuário, contribuindo para a sua satisfação. Julga-se que uma unidade de saúde seria capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, revendo necessidades e prioridades,

organizando fluxos e realizando a classificação por risco para demandas agudas, evitando, na medida do possível, as filas por ordem de chegada, e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários (OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos, e ainda, busca ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Pode-se inferir que o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Isso pode possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais trabalhadores de saúde (BECK, 2008).

No entanto, estudos mostram que o acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (BECK, 2008). Segundo a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2009),

“acolher não é tarefa fácil, uma vez que muda a cultura organizacional, quebra as barreiras do acesso e agiliza o atendimento (...). Para que a equipe de saúde possa reorganizar sua assistência e estabelecer um novo processo de trabalho, torna-se necessária a incorporação das tecnologias em saúde” (ESPMG, 2009, p.41).

Dentre essas tecnologias estão os protocolos, que Werneck (2009) define como:

“Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde(...) O protocolo de acolhimento é um recurso tecnológico que visa instrumentalizar os profissionais de saúde permitindo estabelecer um conjunto de atividades, desempenhos e fluxos, organizando o processo de trabalho” (WERNECK, 2009, p.31).

Dessa forma, percebe-se a importância da instituição do acolhimento, a partir de um protocolo estruturado, para que sua realização seja efetiva. Assim, os profissionais compreenderão melhor a necessidade de cada ação e da revisão constante desse processo. Isso implicará não só em maior satisfação dos usuários e funcionários, bem como estreitamento do vínculo entre eles, como também possibilitará melhor

balanço entre oferta e demanda, melhoria na longitudinalidade do cuidado e priorização dos casos mais urgentes.

Starfield (2004), ao debater sobre acesso, relaciona-o com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, os quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção da população sobre estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

Solla (2005) identifica sete grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no SUS, dentre eles:

1. Recepção, escuta, identificação de demandas e respostas adequadas aos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território. Não existe um padrão único para todas as unidades na forma de desempenhar esta tarefa, contudo todas têm agendas contemplando a oferta organizada e com espaço para atender a demandas identificadas que precisam de respostas imediatas;
2. Estrutura física das unidades, com ambiente adequado para as diversas ações e para espera dos usuários;
3. Organização de oferta programática: atividades individuais e em grupos para hipertensos e diabéticos; triagem neonatal; pré-natal e puericultura; ações de diagnóstico e prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; planejamento familiar; diagnóstico e tratamento de tuberculose, hanseníase e DST por todas as equipes; em algumas áreas, em função da identificação da alta prevalência, ações para controle de parasitoses intestinais; atividades de vigilância epidemiológica, controle de doenças e vigilância nutricional; imunização em todas as unidades e horários, inclusive na zona rural;
4. Realização na própria unidade de pequenos procedimentos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos evitando que o paciente tenha que buscar estas ações em outros serviços de saúde;
5. Realização de atenção a pequenas urgências - atenção às urgências, evitando a busca por serviços de pronto-socorro em situações que podem ser resolvidas na rede básica; com isso é reduzida a sobrecarga aos pronto-socorros; e articulação com os serviços de urgência / emergência, com o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a Central de Regulação de Urgência/Emergência. A portaria do Ministério da Saúde que normatizou os sistemas de urgência e emergência estabelece como atribuições da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) o acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção, com o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura.

6. Acesso as Centrais de Regulação para marcação de consultas e procedimentos especializados e de internações hospitalares eletivas a partir das unidades básicas - a porta de entrada para a atenção ambulatorial especializada eletiva é a unidade básica a partir de onde os usuários têm acesso, com a unidade sendo a responsável por acionar a central e agendar os procedimentos solicitados

7. Implantação de Conselhos Locais de Saúde - estes conselhos discutem os problemas enfrentados pela equipe de saúde, a programação das ações e inclusive o aperfeiçoamento das relações entre usuários e trabalhadores de saúde; é importante também registrar uma inter-relação entre os conselhos locais de saúde, a atuação dos agentes comunitários de saúde e a realização do 'orçamento participativo'.

Dessa forma, para Solla (2005) o 'acolhimento', além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde.

Assim, o acolhimento poderia ser entendido como um potente dispositivo de reorganização da produção do cuidado no ESF, ao ampliar o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe.

Em alguns locais em que o acolhimento é mais bem estruturado, os profissionais têm estudado formas inovadoras de ampliarem o acesso, uma delas conhecida como acesso avançado. A secretaria municipal de saúde de Curitiba preocupada com a discrepância entre a oferta e a demanda, desenvolveu uma cartilha para ampliação do acesso aos serviços de saúde a partir de um estudo das estratégias que funcionaram em algumas unidades de saúde, uma delas, em Florianópolis. Nesta cartilha, Wollmann *et al*, (2014) sugere que uma das formas de se reorganizar o acesso em relação às consultas médicas no município se dá mediante o conceito

de Acesso Avançado (AA), sistema de agendamento médico que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde.

Muitas práticas de cuidados primários têm feito essas mudanças, alguns com sucesso, embora não sem esforço e importantes adaptações locais. Essas práticas colhem grandes dividendos na forma de maior satisfação dos pacientes, funcionários menos estressados e os níveis de pontualidade e continuidade clínica que não se tinha pensado ser possível. Na gestão do fluxo de pacientes, como no tratamento de doenças, planejamento e projeto de sistema racional bem utilizado podem resolver problemas (WOLLMANN et al., 2014).

O objetivo do projeto principal de um sistema de acesso avançado é fazer o trabalho de hoje, hoje. A melhora a alocação da oferta à procura, fazendo melhores previsões de ambos e, em seguida, agindo de acordo com as previsões. Isto requer práticas de medir a demanda, desconhecida na maioria das US. O conhecimento da demanda e da oferta real permitem práticas para reduzir as diferenças entre os dois (WOLLMANN et al., 2014).

Embora essas propostas sejam incontestavelmente positivas, para efetivá-las, exige-se um esforço considerável de toda equipe e requer investimento em liderança forte e suporte, por isso, propõe-se aqui, em acordo com os profissionais de saúde da UBS Cerrado, essa reestruturação do serviço.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “dificuldade de acesso dos usuários ao serviço de saúde”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado

Uma das principais dificuldades encontradas na rotina da UBS Cerrado tem sido em relação à organização do serviço, principalmente no que se relaciona ao acesso dos usuários à unidade. Os atendimentos não têm sido suficientes e, muitas vezes, usuários que precisariam ser vistos com prioridade, não conseguem atendimento. Isso ocorre porque os usuários são encaminhados à consulta médica por meio do sistema de distribuição de fichas sem qualquer abordagem ao usuário.

Não há um momento de escuta inicial ou triagem, os usuários são apenas alocados nas vagas conforme a ordem de chegada. Não existe agendamento pelo paciente, ainda que a demanda seja algo programada. Apenas algumas consultas de Hipertensão e pré-natal são previamente marcadas. Dessa forma, muitos usuários poderiam ser organizados na agenda, mas acabam por ocupar as vagas daqueles que apresentam uma queixa ou demanda específica. Além disso, muitas pessoas se mostram frequentemente insatisfeitas, tanto pelas restrições e dificuldades de atendimento, quanto pela necessidade de permanecerem madrugadas fora nas filas para conseguir fichas. Muitas vezes, alguns usuários sequer aguardam a abertura da unidade, realizam uma contagem das pessoas na fila e se esse número excede os atendimentos, vai embora.

Não há qualquer tipo de orientação sobre o que se constitui o atendimento de demanda espontânea diferenciando-o daquele das consultas agendadas, assim como não há qualquer esclarecimento ao usuário quanto à necessidade e importância de seu acompanhamento longitudinal e periódico na unidade. Além disso, o atendimento nas consultas do Hipertensão tornou-se completamente distorcido, visando apenas a renovação de receitas.

6.2 Seleção dos nós críticos

Ressaltaram-se alguns nós-críticos determinantes na dificuldade de acesso pelo usuário, dentre os quais se destacam: a inexistência de acolhimento, bem como a de um protocolo para sua realização, a falta de organização de agenda, o despreparo dos profissionais de saúde e o pouco esclarecimento da população. A maioria dos trabalhadores da unidade já se acostumou com o antigo sistema de funcionamento da unidade e uma parte acha até cômodo, não valorizam a importância da escuta do usuário e da resolução do seu problema; geralmente orientam o paciente a retornar no dia seguinte e tentar uma ficha. Em relação à população, estão adaptados ao sistema de fichas e são resistentes em não passar pela consulta médica, ainda que outro profissional possa solucionar sua questão, não entendem a idéia de agendamento, nem da importância de serem avaliados para renovação de receitas. Assim, se faz necessário a criação de protocolos específicos para nortear a prática diária, a capacitação dos profissionais responsáveis pelo acolhimento e o desenvolvimento de grupos de educação em saúde, já que a população também deve participar desse processo e, mais do que isso, deve entender as questões relevantes nessa organização, sobre o que é prioridade, sobre como devem se responsabilizar sobre seu cuidado e como os profissionais podem auxiliá-los, principalmente no que diz respeito à longitudinalidade do cuidado.

6.3 Desenho das operações

Quadro 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema dificuldade de acesso do usuário.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Inexistência de Acolhimento	Implantação do acolhimento por meio de protocolo específico	- Melhoria do acesso dos usuários ao serviço de saúde - Término das filas na madrugada - Melhoria do vínculo equipe-paciente	Protocolo de acolhimento	Cognitivo → elaboração de um protocolo de acolhimento Organizacionais → reestruturação do serviço para implantação do protocolo
Gestão das demandas/ Organização	Organização da agenda com espaço	- Priorização dos problemas mais urgentes	Agenda estruturada de	Organizacionais → gestão das

de agendamentos	adequado para atendimentos programados e demandas espontâneas	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da longitudinalidade do cuidado - Diminuição da agudização de processos crônicos - Estruturação do processo de renovação de receitas - Melhoria da resolutividade 	atendimentos com espaço adequado para cada tipo de demanda	demandas e adequação do fluxo
Despreparo dos profissionais de saúde	Capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de escuta qualificada e melhoria da resolutividade - Melhoria do vínculo equipe-usuário - Condutas alinhadas 	Recursos humanos capacitados	<p>Cognitivos → ampliar informações e conhecimentos dos profissionais de saúde</p> <p>Organizacionais → disponibilização de horários para capacitação</p>
Nível de informação da população	Orientações quanto aos fluxos de atendimentos e funcionamento da unidade	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilização do cuidado - Melhoria da longitudinalidade do cuidado 	População informada e ativa no processo do cuidado	<p>Cognitivos → ampliar informações e conhecimentos dos usuários</p> <p>Políticos → articulação intersetorial (mídias prefeitura divulgando novas formas de atendimento)</p> <p>Financeiros → folhetos instrucionais</p>

A equipe Cerrado definiu, entre os recursos necessários apresentados, aqueles recursos críticos a serem consumidos para execução das operações, os quais se encontram resumidos no quadro 2.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema dificuldade de acesso do usuário.

Operação/projeto	
Implantação do acolhimento	Organizacionais → reestruturação do serviço para implantação do protocolo de acolhimento
Organização da agenda	Organizacionais → gestão das demandas e adequação do fluxo
Capacitação dos profissionais	Organizacionais → organizar a agenda de atividades dos profissionais com a disponibilização de horários para capacitação
Orientações à população quanto aos fluxos de atendimentos	Financeiros → confecção de folhetos ou cartazes instrucionais

Fonte: Autoria própria, 2017

Após identificação dos recursos críticos, em sua maioria, organizacionais e cognitivos, foi analisada a viabilidade das propostas.

Os principais atores envolvidos no controle dos recursos críticos são os próprios funcionários da unidade, que se encontram motivados favoravelmente. Dessa forma, o próximo passo é a elaboração do plano operativo, descrito abaixo:

Quadro 4 – Plano Operativo

Operação	Resultado	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Implantação do acolhimento	Melhoria do acesso dos usuários ao serviço de saúde	Elaboração de protocolo de acolhimento	Aline e Lorena	30 dias para formulação e 15 dias para implantação
Organização da agenda	Agenda estruturada de atendimentos com espaço adequado para cada tipo de	Reservar vagas para retornos, acompanhamentos longitudinais e demandas livres.	Lorena e Josiane	15 dias após o início da formulação do protocolo de acolhimento

demanda				
Capacitação dos profissionais	Recursos humanos capacitados	Programa de capacitação realizado em grupos divididos de profissionais	Aline e Lorena	Início após a definição do protocolo de acolhimento.
Orientações à população quanto aos fluxos de atendimentos	População informada e ativa no processo do cuidado	Realizar abordagens rápidas e chamar a atenção dos usuários para as orientações quanto aos fluxos de atendimentos.	Profissionais da recepção	Processo constante, de início imediato.

Fonte: Autoria própria, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação desse projeto de intervenção poderá contribuir para a ampliação do acesso por meio de uma escuta qualificada e de um acolhimento estruturado. E ainda, permitir a melhoria do vínculo equipe-usuário, favorecendo a longitudinalidade do cuidado, reduzindo a agudização de processos crônicos e promovendo a responsabilização do cuidado. Assim, espera-se o término das filas na madrugada e a priorização dos problemas mais urgentes, por consequência, usuários mais satisfeitos e profissionais de saúde mais empenhados.

Dessa forma, é imprescindível que as unidades primárias em saúde tenham um acesso facilitado e se tornem efetivamente a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde. Só assim é possível oferecer um serviço de qualidade, com uma atenção e rede de serviços estruturados, cuidado continuado e promoção à saúde de qualidade.

A despeito de reconhecer que muito ainda há que se fazer, acreditamos que os passos trilhados e os avanços alcançados são passíveis de ajustes, formulações e discussões, no sentido de aprimoramento.

REFERENCIAS

BECK, C.L.C; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Revista Saúde**. v.34a, n.1-2: p.37-43, 2008.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc Saude Coletiva**, n.14(supl.1): p.1523–31, 2009.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde: acolhimento e classificação de risco**. Oficina 5. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/sao-tiago/panorama>>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

MURRAY, M; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. EUA, **Rev. JAMA**, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

OLIVEIRA L.M.L; TUNIM A.S.M; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Rev APS**, v.11(4), p: 362–73, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO TIAGO. Histórico. Disponível em:

<<http://www.saotiago.mg.gov.br/pagina/781/HIST%C3%93RICO>>. Acesso em: 23 de agosto de 2017.

SELLI, L. et al. O entendimento dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família de Charqueadas - RS acerca do acolhimento. In: Medeiros, JE; Guimarães, C.F. Sementes do SUS. Sapucaia do Sul: IB Saúde, 2007.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5 (4), p: 493-503, out/dez, 2005.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 ago.2017.

STARFIELD, B. Atenção primária equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte. Nescon -UFMG, p: 10-12, 2009.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2014.