

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

João Carlos Silva Colares

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA DEMANDA
PROGRAMADA E ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PONTO DO MARAMBAIA, CARAÍ, MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS
2020**

João Carlos Silva Colares

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA DEMANDA
PROGRAMADA E ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PONTO DO MARAMBAIA, CARAÍ, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Marlene das Graças Martins

**Teófilo Otoni – Minas Gerais
2020**

João Carlos Silva Colares

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA DEMANDA
PROGRAMADA E ESPONTÂNEA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PONTO DO MARAMBAIA, CARAÍ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Marlene das Graças Martins

Banca examinadora

Professor (a). Nayara Ragi Baldoni, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

RESUMO

É imprescindível que as inter-relações entre a equipe estudada e a comunidade ocorram de forma efetiva, holística e sempre pautada na ética. Em relação ao processo de trabalho, a equipe está se empenhando em mudar o enfoque da assistência prestada à comunidade que atualmente, prevalece a demanda espontânea em relação à demanda programada. O objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de intervenção para reorganização da demanda programada e espontânea na Estratégia de Saúde da Família Ponto do Marambaia, Carai, Minas Gerais. Primeiramente, foi realizado um diagnóstico situacional de saúde da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família Ponto do Marambaia. Foram identificados os nós críticos passíveis de melhorias. A seguir, realizou-se uma revisão de literatura, em vários artigos e livros publicados sobre a temática, sendo finalizado com uma proposta de intervenção. Mediante o estudo proposto, pôde-se constatar que é necessário que a Atenção Primária à Saúde esteja sempre preparada para receber o usuário na demanda espontânea, bem como na demanda programada. Torna-se imprescindível que os profissionais sejam flexíveis quanto a agenda de trabalho para que haja equilíbrio entre as demandas, a fim de proporcionar uma assistência mais eficaz para a comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família. Acolhimento.

ABSTRACT

It is essential that the interrelationships between the studied team and the community occur in an effective, holistic and always guided by ethics. In relation to the work process, the team is striving to change the focus of assistance provided to the community, which currently spontaneous demand prevails in relation to programmed demand. The objective of this work was to elaborate an intervention plan to reorganize the programmed and spontaneous demand in the Family Health Strategy Ponto do Marambaia, Carai, Minas Gerais. First, a situational health diagnosis of the population assisted by the Ponto do Marambaia Family Health Strategy was carried out. Critical nodes that could be improved were identified. Next, a literature review was carried out, in several articles and books published on the theme, ending with an intervention proposal. Through the proposed study, it was found that it is necessary that Primary Health Care is always prepared to receive the user in spontaneous demand, as well as in scheduled demand. It is essential that professionals are flexible in their work schedule so that there is a balance between demands, in order to provide more effective assistance to the community.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Reception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponto Marambáia, Unidade Básica de Saúde Ponto do Marambáia, Caraí, Minas Gerais. 15
- Quadro 2: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Caraí, estado de Minas Gerais. 25
- Quadro 3: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Caraí, estado de Minas Gerais. 26
- Quadro 4: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Caraí, estado de Minas Gerais. 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PA	Pronto Atendimento
APS	Atenção Primária à Saúde
PES	Plano Estratégico Situacional
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ponto do Marambáia	11
1.5 A ESF Ponto do Marambáia da UBS Ponto do Marambáia	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ponto do Marambáia	12
1.7 O dia a dia da equipe Ponto do Marambáia	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
1.9 Priorização dos problemas	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Histórico da evolução da Atenção Primária à Saúde	19
5.2 Entraves do Desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	20
5.3 Acolhimento e Demandas	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição e Explicação do problema selecionado	23
6.2 Seleção dos nós críticos	24
6.3 Desenho das operações sobre nó crítico	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município:

Caraí é um município brasileiro localizado na região do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais – com uma área de 1.240,160 km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade possui em 2020 uma população estimada de 23.780 pessoas e uma densidade demográfica de 17,99hab/km². A localidade faz divisas com os municípios de Padre Paraíso, Ponto dos Volantes, Novo Oriente de Minas, Catuji, Itaipé, Novo Cruzeiro e Araçuaí (BRASIL, 2020).

O distrito de Caraí foi criado em 30 de agosto de 1911, subordinado ao município de Araçuaí, sendo emancipado no ano de 1948. No tocante à história do município, os relatos mais antigos da região fazem referência a uma expedição no início do século XIX, que tinha como destino o litoral baiano. Já no período de distrito subordinado ao município de Araçuaí, a catequização dos nativos da região de Caraí teria sido realizada pelo Padre Agostinho Francisco Paraíso (BRASIL, 2020).

O primeiro povoado da região foi construído também neste período, com a chegada de pessoas a procura de pedras preciosas e que mais tarde iniciariam também a atividade agropecuária na região. O clima seco e tropical de altitude da região é propício para a produção de café bem como frutas de clima temperado como pêssigo, ameixa e uva de mesa. Assim, a economia do município é baseada na agricultura e segundo o IBGE, no ano de 2020, o salário médio mensal dos moradores de Caraí é de 1.6 salários mínimos (BRASIL, 2020).

Em relação à educação, o município atualmente possui uma taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de 96,2 %, alcançando 5,7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Já a taxa de cobertura de saneamento e esgoto adequado na cidade é de 35,5%, colocando a região em 6º lugar de cobertura em relação aos 8 municípios que compõem a microrregião. (BRASIL, 2020).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde:

O município de Carai conta com oito equipes de Saúde da Família (eSF), atuando nas seguintes unidades: Maria José, Queixadinha, Marambaíinha, Maranhão, Vila Nova, Ponto Marambaia e Ribeirão de Santana. Algumas unidades de saúde, as quais estão instaladas as Estratégias de Saúde da Família (ESF) possuem boa estrutura física, outras estão locadas em espaços de forma adaptada. Duas ESFs estão localizadas na sede da cidade, e as outras cinco encontram-se espalhadas pela área rural extensa do município.

A cidade dispõe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apresenta serviço médico especializado em algumas áreas (cirurgia geral, pediatria, neurologia, ortopedia, urologia e ultrassonografia) que são prestadas à comunidade semanalmente ou mensalmente. Os atendimentos de urgência e emergência na atenção primária geralmente são referenciados ao hospital geral São João Batista, os fluxos de encaminhamentos são por meio das unidades básicas de saúde através de relatório de atendimento clínico e pela procura direta ao pronto socorro.

O Hospital São João Batista presta serviço de urgência e emergência com plantão médico 24hs, assistência ambulatorial, observação e internação hospitalar, partos vaginais e cesarianos além de cirurgias. Consta com 32 leitos, distribuídos em: clínica cirúrgica (4), médica (12), obstétrica (2), obstetrícia cirúrgica (2), pediatria (12) e unidade de urgência e emergência além de serviço complementar de Rx – 125000 KV.

O hospital ainda consta com três ambulâncias próprias para transporte de pacientes, o município dispõe de um sistema de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) local apresenta convênio, com Base móvel em Padre Paraíso e caso necessário é solicitado. O Hospital São João Batista encontra-se em fase de elaboração de projeto devido apresentar a necessidade de reforma, ampliação e aquisição de equipamentos modernos.

O município apresenta como referência a nível hospitalar microrregional o Hospital Nossa Senhora mãe da igreja situado em Padre Paraíso (serviço utilizado mais pelos distritos, devido extensão territorial), a nível Macrorregional o Hospital Santa Rosália no município de Teófilo Otoni e quando preciso o paciente é transferido para Belo Horizonte.

Os exames complementares possuem uma cota semanal, sendo realizados por empresas conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Incluem os mais variados, de exames laboratoriais de rotina até biópsias, além de realizar diariamente os exames dos pacientes internos do Hospital São João Batista.

1.3 Aspectos da Comunidade:

O distrito do Ponto Marambáia dispõe de uma infraestrutura ampla com quadra poliesportiva, campo de futebol, algumas ruas calçadas e saneamento básico parcial com coleta não seletiva de lixo municipal regular. A comunidade não possui tratamento de esgoto e boas parcelas das casas adotam a fossa, possui serviço de água tratada e ofertada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais. Na educação destaca-se a presença de creche e instituições de ensino primário e ensino médio.

Na área da Saúde, destaca-se o atendimento da eSF e uma equipe de Sade bucal que conta com o apoio do NASF-AB. Em relação à organização social, possui igrejas (três evangélicas e uma católica) e uma associação de moradores (ACOMAR). Predominam os empregos na esfera municipal e estadual, comércio, mineração de pedras preciosas, indústria rural, pecuária, agricultura, além do êxodo de moradores para os grandes centros a procura de emprego.

Outros importantes agentes econômicos para o distrito, a agricultura de subsistência, aposentadorias e auxílios remunerados. Além disso, é válido destacar que a população conserva hábitos e costumes voltados para a crença religiosa, predominantemente católica, em suas comemorações destacam se as datas sacras.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Ponto do Marambáia

A ESF Ponto Marambáia está localizada na rua do Campo, número 21, no distrito rural Ponto do Marambáia, às margens da BR 116, o território exclusivamente rural, com distância de 44 km do centro da cidade de Caraií. A unidade é responsável por 2.041 pessoas, distribuídas em 631 famílias que são

reorganizadas em sete micro áreas. É composta por: recepção, sala de espera com televisão, consultórios médico, de enfermagem e odontológico, salas de vacinação, triagem, fisioterapia, reunião e de medicamentos; copa. A Unidade de Saúde abriga uma ESF e também uma equipe da saúde odontológica (CARAÍ, 2017).

1.5 A ESF Ponto do Marambáia da UBS Ponto do Marambáia

A ESF do Ponto do Marambáia é composta por: um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). As interações entre a equipe e a comunidade ocorrem de forma efetiva, holística e sempre pautada na ética e no respeito. Sobre o processo de trabalho, a equipe está se empenhando em mudar o enfoque da assistência prestada à comunidade, que atualmente prevalece a demanda espontânea em relação à programada. Essa última tem ganhado cada vez mais enfoque e destaque pela equipe de saúde, sem deixar é claro de atender os quadros agudos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ponto do Marambáia

A USF funciona de 7h:00min às 12:00min e 13h:00min às 16h:00min, os ACS se revezam durante a semana, segundo uma escala em atividades relacionadas à assistência. É realizado atendimento médico, vacinação, atendimento odontológico, campanhas de prevenção e combate a doenças. Em determinados dias da semana ocorrem visitas domiciliares, buscando atender os pacientes necessitados. São realizados pela equipe de saúde os seguintes trabalhos: atendimento individual diário médico, de enfermagem e odontológico; atendimento semanal de psicologia e fisioterapia; vacinação, realização de curativos, retiradas de pontos; dispensação de medicamentos; atendimentos em grupos sobre Hipertensão, pré-natal, idoso, criança, planejamento familiar; visitas domiciliares; palestras em escolas e associações de moradores.

A educação continuada tem sido uma ferramenta importante, que está sendo desenvolvida e incorporada à rotina da equipe, além de padronizar o atendimento, o torna mais eficaz e eficiente, alcançando assim resultados mais

satisfatórios e melhorando a promoção da saúde, prevenção de doença e controle dos quadros agudos e crônicos da comunidade.

1.7 O dia a dia da equipe Ponto do Marambáia

O tempo da equipe está voltado grande parte para as atividades de atendimento da demanda espontânea num empenho contínuo para aumentar a agenda no intuito de prevalecer a demanda programada. Os ACS atuam realizando as visitas domiciliares trazendo as demandas dos pacientes da comunidade, com isso os médicos, enfermeiros e outros profissionais se mobilizam para dar assistência a pacientes cujo estado é mais crítico.

Durante as visitas e consultas, os pacientes são sempre indagados acerca de hábitos de vida saudável, estado vacinal, controle de comorbidades etc. Durante dias específicos, existem ações voltadas para a saúde da mulher, da criança, do idoso, do adolescente e do homem. Ocorrem campanhas com palestras nas escolas locais, crianças são aconselhadas sobre alimentação saudável, higiene pessoal e como realizar a escovação dentária de forma correta. Além disso, existem núcleos que atuam no controle e prevenção da Diabetes *Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometimentos prevalentes na área de atuação da equipe.

1.8 Estimativa Rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade:

A ESF do Ponto do Marambáia enfrenta os seguintes problemas: carência de programas de assistência social, baixo interesse da população em adotar medidas preventivas e de promoção à saúde, interferência política, modelo clientelista ao paciente, problemas na coleta de informações, ausência de saneamento básico para uma parcela considerável da comunidade, alto índice de desemprego, descarte inadequado do lixo e coleta não seletiva, dificuldade de acesso de algumas famílias até o ponto de atenção da unidade, alto índice de gravidez indesejada e na adolescência, alta prevalência de casos de parasitoses; dificuldade em implantar maior parte da agenda para a demanda programada.

1.9 Priorização do Problema:

Diante de tantos problemas o município de Carai apresenta, um dos principais é a reorganização do serviço de saúde prestado à comunidade. A USF tem se tornado cada vez mais superlotada, existindo uma priorização dos atendimentos de quadros agudos, dificuldade de acompanhamento dos pacientes com condições crônicas, falta tempo para realização de grupos operativos e conseqüentemente e conseqüentemente uma piora na saúde dos indivíduos.

A falta de organização das demandas possui vários nós críticos atrelados e que têm dificultado o processo de trabalho efetivo, eficaz e eficiente. Existe uma falta de informação e educação da população, pois não conseguem compreender a diferença de quadros urgentes dos que podem ser agendados e muitas vezes, utilizam da política para exigir o atendimento naquele determinado momento em que solicitam. Além disso, a população não foi instruída para o autocuidado, para a necessidade de realizar prevenção, o acompanhamento de quadros crônicos e atenção continuada. Dessa forma, acabam procurando o serviço médico somente quando se tem uma agudização do quadro.

Outro impasse é a equipe despreparada para entender o funcionamento de uma Estratégia de Saúde da Família. Não conhecem os princípios do Sistema Único da Saúde (SUS), não sabem distinguir quadros urgentes dos que não são e não compreendem a importância do acolhimento. Sente-se receosa em negar atendimento à população naquele momento, muitas vezes por motivos políticos, enraizados culturalmente nesta comunidade, e também, por conhecer a pessoa fora do ambiente de trabalho.

O diagnóstico situacional foi discutido com a equipe e levantado um dos problemas que mais aflige e dificulta o processo de trabalho: a necessidade da reorganização das demandas espontâneas e programadas. Percebe-se que muitos questionam e colocam empecilho, pois consideram um trabalho a mais para se fazer. Porém, é evidente que o município necessita desta reorganização, já que essa realidade tem dificultado o processo de trabalho, bem como, levado ao comprometimento da saúde da população, conseqüentemente, infringindo os princípios do SUS.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponto Marambáia, Unidade Saúde da Família Ponto do Marambáia, Carai, Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Desorganização das demandas espontânea e programada	Alta	5	Parcial	1
Dificuldade de compreensão da população quanto ao cuidado continuado e prevenção	Alta	4	Parcial	2
Baixa aderência aos grupos de Diabetes e Hipertensos	Alta	4	Parcial	3
Desemprego	Alta	4	Fora	6
Discrepância entre a demanda e a quantidade de exames de média e alta complexidade	Alta	4	Fora	4
Dificuldade de acesso das micro áreas	Alta	3	Fora	5
Lixo e dejetos com destino inadequado	Alta	4	Parcial	6
Índice alto de gravidez indesejada	Alta	2	Parcial	5

Fonte: Próprio autor, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

No âmbito da prática profissional, percebe-se uma incompreensão das potencialidades da ESF. A grande demanda de usuários na Atenção Primária à Saúde (APS), faz com que as equipes se ressintam de não estarem fazendo ESF ou que sejam meros trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e ainda, com dificuldades de lidarem com a demanda não reconhecida como da saúde, provocando nas equipes a sensação de serem pouco resolutivas (COSTA, CAMBIRBA, 2010).

O SUS, de abrangência nacional, estabelece princípios que para vigorarem, preconizam assistência contínua às condições crônicas por meio de suas redes integradas e também aos quadros agudos. Esta realidade fica um pouco a desejar na ESF do Ponto do Marambáia. Percebe-se o cuidado direcionado para à demanda espontânea e para as agudizações da demanda programada. Com este cenário, ficam deficientes as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e o acompanhamento às condições crônicas que podem retardar ou evitar o surgimento de complicações.

De acordo com o estudo de Catanante e seus colaboradores (2017), sobre o tempo de espera em consultas agendadas em uma ESF, revela a vagarosidade do sistema, sendo que 69% classificaram como ruim, o que perpetua a ideia de difícil acesso aos atendimentos do SUS. Em relação ao apoio oferecido pelos profissionais, 22% classificaram como muito bom e ainda nessa pesquisa, o tempo de espera para realizar a consulta, 56% dos usuários se mostraram insatisfeitos. Essa realidade pode ser percebida no trabalho da ESF do estudo.

Outro entrave é a demora no atendimento que gera insatisfação ao usuário e aumenta a demanda. Ainda faz-se necessário, levar em conta que os pacientes crônicos acabam não sendo assistidos de forma holística e constante. Essa realidade da desorganização de demandas, resultam em complicações do quadro clínico levando a maiores necessidades de consultas domiciliares. O fato, justifica a elaboração de um plano de intervenção que possa vislumbrar uma reorganização do trabalho da equipe de modo a melhorar a assistência à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Elaborar um plano de intervenção para reorganização da demanda programada e espontânea na Estratégia de Saúde da Família Ponto do Marambaia, Carai, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos:

- Discutir com a equipe a necessidade do acolhimento como porta de entrada para o serviço;
- Estabelecer juntamente com a equipe de saúde estratégias para reorganizar às demandas espontâneas e programadas;
- Elaborar um plano de intervenção para enfrentamento do problema descrito.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta proposta de intervenção a princípio foi realizado um diagnóstico situacional de saúde da população assistida pela ESF Ponto Marambaia. Através da ferramenta de análise descrita por Brito (2005), foram identificados os pontos negativos e aqueles passíveis de melhorias. Outro recurso utilizado, foi o Planejamento Estratégico Situacional que incorpora em sua essência a participação da população e de vários setores, favorecendo assim, um olhar de várias óticas, sobre as demandas, planos e suas resoluções, garantindo um maior entrosamento e articulações intersetoriais. Este controle social, além de motivar, garante maior chance de sucesso ao plano, proporcionando-o uma maior palpabilidade e êxito de suas ações (FARIA, et al., 2010).

Além disso, foi elaborado uma revisão de literatura, cuja as informações foram obtidas a partir de análise de artigos científicos selecionados por busca no banco de dados do National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) após consulta às terminologias em saúde utilizadas como descritores na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) da Bireme.

Paralelo a este estudo foi realizada uma busca em bibliotecas eletrônicas através dos seguintes descritores em ciências de saúde: Atenção Primária a Saúde, Estratégia Saúde da Família e Acolhimento. A partir do estudo e com bases sólidas edificadas na literatura existente, foi realizada reunião com a eSF, líderes sociais e gestores municipais sobre a importância de se criar estratégias para a reorganização dos atendimentos as demandas espontâneas e programada, para a prestação de um serviço holístico, efetivo, eficaz para a comunidade.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Histórico da Evolução da Atenção Primária à Saúde

A atenção à saúde no Brasil teve como base a assistência médica curativa, individual e excludente que se privilegia das tecnologias e caracteriza saúde como ausência de doença. Em 1988, em uma tentativa de anular tal paradigma, foi implantado o SUS, já que o modelo assistencial de saúde era insuficiente para abordar os problemas de saúde da população brasileira. O SUS surgiu como uma tentativa de resposta às modificações ocorridas no topo da sociedade, por meio do movimento de democratização do país que também abrangia o sistema sanitário vigente o qual era caótico, ineficiente e insuficiente. Além disso, este novo modelo assistencial de saúde nacional, garantiu o princípio da universalidade a todos os cidadãos e passou a considerar a saúde como o bem-estar biopsicossocial (MARTINS et al., 2011).

Assim, buscava-se não só a reorganização das políticas de saúde existentes, como também a instituição de um sistema de saúde que reconhecesse a saúde como um direito social. As diretrizes do SUS construídas nesse período foram consolidadas pela Constituição Federal 1988, que estabeleceu: a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações, dos serviços de saúde e a equidade no acesso como princípios básicos (JUNQUEIRA et al., 2009).

Neste contexto, a APS, se caracteriza como porta de entrada das famílias ao sistema de saúde, conhecida também como Atenção Básica, que em meados de 1994 passou a conceber a Saúde da Família como modo para a organização, de acordo com os preceitos do SUS. Para a reestruturação da APS, inicialmente se propôs o PSF, que favoreceu a aproximação dos serviços de saúde à população. A proposta do programa teve base as ações de promoção a saúde, prevenção de eventos mórbidos, assistência e recuperação com qualidade. Nos dias de hoje o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família, um modelo com base no cuidado à saúde e assistência integral (JUNQUEIRA et al., 2009).

As propostas de ações mais humanizadas, competentes articuladas e socialmente apropriadas são consolidadas com a criação das ESF, ao considerar que o indivíduo doente deve ser visto de forma integral e não de modo

fragmentado. O contexto familiar, social e seus valores devem ser analisados também (CATANANTE et al.,2017).

Desde modo, a ESF surgiu como uma reestruturação dos sistemas municipais de saúde, fortalecendo a APS como a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. Essa estratégia, reordenou o modelo de atenção existente, substituindo a forma de praticar e pensar em saúde. Trata-se de um novo paradigma de saúde, totalmente integralizado, humanizado, com o compromisso de atender as necessidades e garantir ao cidadão o direito à saúde proposto pela Constituição de 1988 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

5.2 Entraves do Desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Ao analisar as dificuldades dos municípios para a adesão a ESF, pode-se dividir em três linhas de pensamento: na primeira, os municípios de grande porte, quais se privilegiaram já que a alta cobertura da ESF está associada a prevalência da pobreza, assim os municípios com menor índice de pobreza não teriam interesse em ampliar a cobertura (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A segunda linha nos remete aos incentivos federais, que são insuficientes para o custeio da ESF, tal fator seria inibitório para a expansão, já que o crescimento da cobertura populacional depende exclusivamente da capacidade econômica do município (LAVRAS, 2011).

Segundo Marcos e Mendes (2002), a indução do governo e dos estados para a implantação das equipes seria obrigação financeira municipal. Neste aspecto, as transferências não seriam suficientes, já que os incentivos lineares utilizados pelo Ministério da Saúde não se adequam aos municípios financeiramente diferenciados (MARCOS; MENDES, 2002).

A terceira linha considera que as cidades com altos custos em ações e serviços de saúde limitam os gastos com a expansão das ESF, já que as restrições legais impedem o crescimento das despesas, tais dificuldades foram acentuadas com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 1001/2000) que confronta as exigências de formalização das equipes com os servidores e a obrigatoriedade dos médicos a um contrato de 40 horas semanais (COSTA,2016).

5.3 Acolhimento e Demandas

O acesso universal é caracterizado por acolher todas as pessoas que procuram a unidade de saúde, por meio de uma escuta qualificada e apresentando uma resposta positiva ao problema. O acesso a USF varia de acordo com o julgamento do usuário em relação a resolutividade do seu problema e sofre influência de fatores como a localização da moradia, agilidade na marcação de consultas e retornos, rapidez na marcação dos exames e a qualidade do serviço prestado (MARQUES, 2004).

Como proposta para a organização dos atendimentos temos o acolhimento, qual deve ser realizado toda visita do usuário a unidade, neste é possível construir uma relação de confiança entre o usuário e a unidade. Matumoto (1998), apresenta quatro conceitos para acolhimento:

- O acolhimento constitui um processo que não se restringe ao espaço físico da recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade somente daquele que trabalha nesta recepção; diz respeito a toda situação de atendimento praticado pelos trabalhadores da saúde.
- O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia.
- A efetivação do acolhimento está relacionada à utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorrerem para a resolução dos problemas dos usuários.
- Há um estreito elo entre o acolhimento e a conformação de um dado modelo assistencial (MATUMOTO,1998, p19-20).

De acordo com os conceitos supracitados, nota-se que o acolhimento deve ocorrer a todos usuários e por todos profissionais da Unidade de Saúde, estabelecendo a relação de aproximação de maneira humanizada e buscando sempre a ser resolutivo ao problema apresentado pelo usuário. A Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS descreve o acolhimento como um ato ou efeito de acolher as pessoas, num sentido de aproximação, um estar com' e 'perto de', ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL,2009).

Segundo Silva (2011) o indivíduo que acolhe, toma para si as responsabilidades de cuidar das demandas do usuário e que ao mesmo tempo, tenha uma postura ética, prestando um atendimento resolutivo com orientações

claras para que o usuário e a família possam dar continuidade ao cuidado quando necessário (SILVA, 2011).

Há diversas abordagens para a realização do acolhimento, muitas vezes, se torna estratégia, já que possibilita reconhecer por meio da escuta os riscos e vulnerabilidades do indivíduo atuando com eficácia na atenção e resolutividade da situação problema (TEIXEIRA; RATES; FERREIRA, 2012).

Uma das maiores preocupações dos gestores em saúde é a organização do atendimento das demandas programada e espontânea, já que a forma que este trabalho é desenvolvido fortalece os laços usuário- unidade de saúde, bem como, a resolução do problema (COSTA, 2016).

Dessa maneira, a atitude do profissional frente ao atendimento da demanda é de extrema importância, uma escuta qualificada fortalecida com a integralidade e coerente com o conceito ampliado de saúde porque vincula o usuário ao serviço de saúde. E quando ocorre empatia entre ambas partes, as chances do projeto terapêutico e adesão ao tratamento serem efetivas é bem grande (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em relação as demandas, pode se dizer que a demanda espontânea é parcialmente previsível quando os profissionais têm conhecimento da população vinculada, embora não tenha como estimar o agravamento das situações crônicas ou emergenciais. A facilidade do acesso torna um aspecto importante para a atenção às pessoas com incerteza em relação a urgência e a severidade de problemas recentes ou recorrentes fato que se nota na redução dos serviços especializados (TEIXEIRA, RATES; FERREIRA, 2012).

Lima e seus colaboradores (2007), realizou um estudo sobre o acesso a ESF e o acolhimento e apresentou resultados negativos referente ao acesso que reflete na assistência, ambos citados pela maioria dos entrevistados juntamente com o acesso funcional. Caracteriza por acesso funcional os tipos de serviços ofertados e horários previstos e a qualidade da atenção, neste quesito o acesso funcional teve como dificultador o tempo de espera.

Para uma atenção resolutiva ao usuário é necessário que cada profissional execute sua função embasada em sua competência, porém há algumas são comuns a todos profissionais da ESF, a fim que se promova o atendimento humanizado e fortaleça o vínculo (BRASIL,2006).

O estudo de Esperança e colaboradores (2006), realizado em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais que 79% das demandas atendidas eram espontâneas, restando somente 21% para as demandas programadas.

Estudos apontam que os principais quadros agudos atendidos numa APS são dores abdominais, torácica e sintomas neurológicos (MELO; SILVA, 2011). Porém Marques (2004), detectou como principais causas de atendimento em pacientes agudos num Serviço de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde de porto Alegre são queixas relacionadas a crise hipertensiva, dor, disfunções respiratórias, diarreias e vômitos. Em crianças, foram detectados os problemas respiratórios no inverno e gastroenterites, em períodos quentes.

Neste contexto, é necessário que a APS esteja sempre preparada para receber o usuário em sua procura espontânea sem deixar a desejar na sua demanda programada. É imprescindível também que os profissionais aperfeiçoem seu tempo para que haja um equilíbrio entre as duas demandas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição e Explicação do Problema Selecionado:

No Brasil, a implantação do SUS veio descentralizar e melhorar a acessibilidade da população ao serviço de saúde, porém, as ações ainda ocorrem de forma fragmentada e os pacientes buscam as unidades com agudizações das condições crônicas (LAVRAS, 2011). Após reunião com a equipe da ESF Ponto do Marambáia, foram elencados vários problemas que afligem o cotidiano da unidade, porém muitos dependem de recursos financeiros, o que foge do alcance da equipe.

Nos dias atuais ainda existe de forma predominante a concepção de que a melhor atenção é a cara e medicamentosa, porém a maioria das vezes apenas uma orientação faria a diferença evitando novas visitas e danos à saúde. Diante desse cenário, nota-se a necessidade da educação em saúde e programas consistentes de promoção e prevenção. Uma boa orientação pode prevenir novos casos agudos ou agudizações em casos crônicos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Quando ocorre um desequilíbrio na organização das demandas, os centros de saúde tendem a se sufocar nas demandas espontâneas, vivendo numa sobrecarga de trabalho resultando em perdas na potencialidade das ações programadas. A maioria dos profissionais tem a sensação de pouca resolutividade do serviço ocasionada pelo prejuízo na atenção programada (TEIXEIRA; RATES; FERREIRA, 2012).

Visto o crescente aumento das condições crônicas, o Ministério da Saúde preconiza que as ESFs atendam uma agenda de acordo com a realidade local, proporcionando assim um melhor controle e acompanhamento das pessoas (COSTA, 2016). Para mudar esta realidade, imbuída na unidade de saúde do Ponto Marambáia, faz-se necessário uma reorganização do atendimento das demandas por meio da elaboração de um plano de ação.

6.2 Seleção dos Nós Críticos:

O nó crítico é um tipo de causa de um problema que quando repensado é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS, 2010). Assim foram identificados os “nós críticos” que acercam a desorganização da demanda programada e espontânea da Equipe de Saúde Ponto do Marambáia citados abaixo:

- Baixo nível de informação da população;
- Ausência de acolhimento qualificado;
- Falta de capacitação da equipe para identificar as condições crônicas da população cadastrada;

6.3 Desenho das operações sobre Nó Crítico:

Para cada nó crítico identificado foi proposto um plano de ação apresentado a seguir pelos quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Caraií, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população sobre demandas de atendimento
6º passo: operação (operações)	Ampliar o nível de informação da população sobre as demandas
6º passo: projeto	<i>Remodelando o acolhimento</i>
6º passo: resultados esperados	Diminuir a insatisfação dos pacientes em relação ao acolhimento da ESF.
6º passo: produtos esperados	Reuniões com associações de moradores; palestras; panfletos informativos; Campanha educativa na rádio local; Capacitação da equipe (efetivadas).
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, lanches e banner. Político: Articulação entre ESF, NASF, Associações de moradores e SMS.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Realizar palestras informativas em associações de moradores, rádio local. Político: Articulação com Associações de moradores e setores da saúde. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos, lanches e banner (favorável).
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Flávio (Enfermeiro da ESF Ponto do Marambáia); Reuniões com associações de moradores; palestras; panfletos e banners informativos; Campanha educativa na rádio local.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Acompanhamento feito por meio de feedback da população (caixa de ouvidoria) com 1, 30, 60 e 90 dias. Prazo: 1 mês. Coordenador Geral: Coordenadora da Atenção Primária.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Quadro 3: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Carai, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ausência de acolhimento qualificado
6º passo: operação (operações)	Melhorar o atendimento aos usuários da ESF.
6º passo: projeto	<i>Organizando o acolhimento</i>
6º passo: resultados esperados	Diminuir o tempo de espera dos pacientes e priorização do atendimento;
6º passo: produtos esperados	Capacitação dos profissionais sobre o acolhimento qualificado, implementação do protocolo de Manchester na triagem dos pacientes; elaboração de protocolos para acolhimento.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre a temática e estratégias pedagógicas; Financeiro: Computador; lanche; recursos audiovisuais; Político: Articulação entre ESF e SMS.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo; Palestra sobre o assunto para toda a equipe e capacitação sobre protocolo de Manchester do enfermeiro da ESF; Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (computador, pulseiras com as cores de estratificação, cartaz explicativo); Político: Envolvimento intersetorial da saúde.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Janaína (Coordenadora da Atenção Primária de Carai); Capacitação os profissionais sobre o acolhimento qualificado; implementação do protocolo de Manchester na triagem dos pacientes; elaboração de protocolos para acolhimento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A profissional Janaína será a responsável pelo acompanhamento, que será feito por meio de avaliação dos usuários mensalmente; Início em 6 meses; Coordenador Geral: Secretária Municipal de Saúde

Fonte: Próprio autor, 2020.

Quadro 4: Desenho das operações e viabilidade de gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização das demandas espontânea e programada”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponto do Marambáia, do município de Carai, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de capacitação da equipe para identificar as condições crônicas da população cadastrada.
6º passo: operação (operações)	Identificar a demanda programada da ESF e organizá-la.
6º passo: projeto	<i>Elaborando a agenda.</i>
6º passo: resultados esperados	Reduzir o tempo de espera dos atendimentos e melhorar o acompanhamento das condições crônicas.
6º passo: produtos esperados	Elaboração das agendas de atendimentos dos profissionais da ESF e Educação continuada com toda a equipe da ESF.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o assunto. Envolvimento de vários setores da saúde municipal; Financeiro: Recursos audiovisuais, lanche, impressos; Político: Articulação intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo; Treinamento da equipe com palestra sobre o assunto; Financeiro: Para recursos audiovisuais, lanche, impressos; Político: Articulação de setores da saúde.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	João Carlos (Médico da ESF). Favorável Capacitação os profissionais sobre as condições crônicas, agudas e o cuidado continuado.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	O médico da ESF será o responsável pelo acompanhamento do projeto. Início em 4 meses e término em 7 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A avaliação das ações será feita pela equipe de saúde da UBS através de reuniões mensais.

Fonte: Próprio Autor, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do diagnóstico situacional realizado juntamente com a equipe da ESF foram identificados alguns problemas de cunho organizacional no processo da demanda espontânea e programada. Diante deste cenário, foi utilizado o plano estratégico situacional culminando em um plano de ação para melhoria e reorganização das demandas na ESF Ponto do Marambáia.

Sabe-se que atores e objetos são passíveis de transformação e tais propostas exigem dos profissionais e gestores um maior envolvimento com o processo trabalho. Este projeto de intervenção foi construído com a participação dos integrantes da equipe de saúde da família e de vários atores sociais de relevância na comunidade, o que faz notório sua viabilidade técnica.

Por fim, o planejamento de ação desenvolvido na perspectiva de melhorar o processo de trabalho da ESF Ponto do Marambáia, deve fazer parte do cotidiano dos profissionais que compõe a equipe, de modo a melhorar o cuidado e conseqüentemente, garantir uma assistência holística, efetiva e eficaz à população assistida.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília, [online], 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/carai/panorama/>>. Acesso em: 11 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8-9, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 05.06/2018.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, Jussara Cruz de. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1612-1614, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500039>.

CATANANTE, G.V. *et al.* Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3965-3974, dez. 2017.

CAMPOS, F.C.C. *et al.* **Elaboração do plano de ação**. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARAÍ. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Carai**, jan. 2017.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. da S. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.9, n.3, p.494-502, 2010.

COSTA, N.R.A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1389-1398, 2016.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, n.1, p.30-6, 2006.

FARIA, H.P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010.

JUNQUEIRA, T.S.; COTTA, R.M.M.; GOMES, R.C.; SILVEIRA, S.F.R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T.M.M.; MELO, E.M. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. **Rev. Bras Educação Médica**, v.33, n.1, p.122-133, 2009.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.12-7, 2007.

MARTINS, P. A Urgência e Emergência e sua interface com a Atenção Primária. **Revista Pensar BH/Política Social**, p. 28-30, março/2011.

MARQUES, G.Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A Política de Incentivo do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia das gestões municipais e ao princípio da integralidade. **Cad. Saúde Pública**; 18(Supl.):163- 171, 2002.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.34-47, 2012.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, **Nara Lúcia Carvalho da. Urgência em atenção básica em saúde**[dissertação]. Belo Horizonte (MG): Nescon/UFMG, 2011.

MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, June 2015.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

TEIXEIRA, M.G; RATES, S.M.M.; FERREIRA, J.M. (organizadores). **O Coletivo de uma Construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2V. 2012a.

SILVA T. **A Estratégia de Saúde da Família e as Grandes Cidades** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.