

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LAÍS DUARTE SALA LEMOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR DESEMPENHO DO
ACOLHIMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BALNEÁRIO
EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

CONTAGEM / MG

2019

LAÍS DUARTE SALA LEMOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR DESEMPENHO DO
ACOLHIMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BALNEÁRIO
EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

CONTAGEM / MG

2019

LAÍS DUARTE SALA LEMOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR DESEMPENHO DO
ACOLHIMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BALNEÁRIO
EM CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Me. Ricardo Luiz Silva Tenório - UFMG

Examinador 2 – Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de Julho de 2019.

RESUMO

Contagem é um município localizado na região metropolitana de Belo Horizonte que tem uma população de 653.800 habitantes e 170 estabelecimentos de Saúde SUS. Após diagnóstico situacional, foi priorizado pela equipe o “aumento da demanda espontânea na rotina diária da equipe”. A população adscrita à Equipe de Saúde da Família Balneário excede o preconizado pelo Ministério da Saúde. A falta de um acolhimento organizado e estruturado à população adscrita, como preconiza a Política Nacional Humanização (PNH), será um ponto a ser considerado neste trabalho. O objetivo do presente estudo é elaborar um plano de intervenção para qualificar o acolhimento prestado pela Equipe de Saúde da Família Balneário em Contagem/Minas Gerais. Para elaboração do plano será realizada pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Serão traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e apresentação do fluxograma de atendimento e protocolo do acolhimento. Após a implantação do plano será realizada a análise das respostas e, com base nos dados, manter ou adequar a estrutura do acolhimento. Com a implantação da proposta, espera-se uma melhoria na dinâmica e evolução do serviço, bem como a aderência do usuário e sua interação com a equipe de saúde, solidificando o vínculo entre ambos.

Palavras-Chave: Acolhimento. Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Contagem is a municipality located in the metropolitan area of Belo Horizonte that has a population of 653,800 inhabitants and 170 healthcare SUS establishments. After a situational diagnosis, it was prioritized by the team "the increase of spontaneous demand in the daily routine of the team. The population assigned to the health team of the Balneário family exceeds that recommended by the Ministry of Health. The lack of an organized and structured embracement to the population ascribed, as advocated by the National Humanization Policy (PNH), will be a point to be considered in this work. The objective of the present study is to elaborate an intervention plan to qualify the embracement provided by the Health Team of the Balneário Family in Contagem / Minas Gerais. For the preparation of the plan will be carried out a bibliographic narrative research, with search of material in documents of the Ministry of Health, indexed journals in the Virtual Health Library (VHL), SCIELO, LILACS and PUBMED. Goals will be drawn up with division of functions to each responsible person and presentation of the attendance flow chart and embracement protocol. After the implementation of the plan, the analysis of the responses will be performed and, based on the data, maintain or adapt the structure of the embracement. With the implementation of the proposal, it is expected an improvement in the dynamics and evolution of the service, as well as the user's embracement and its interaction with the health team, solidifying the link between both.

Keywords: User Embracement. Health Services. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CHC	Complexo Hospitalar de Contagem
CMI	Centro Materno Infantil
HMC	Hospital Municipal de Contagem
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNH	Política Nacional de Humanização
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
US	Unidades de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Balneário, município de Contagem, estado de Minas Gerais - 2019.....	13
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta demanda espontânea para atendimento”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família Balneário, município Contagem, Minas Gerais.....	22
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta demanda espontânea para atendimento”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família Balneário, município Contagem, Minas Gerais.....	23
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta demanda espontânea para atendimento”, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família Balneário, município Contagem, Minas Gerais.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Breves informações sobre o município Contagem.....	09
1.2 O sistema municipal de saúde.....	11
1.3 A equipe de Saúde da Família Balneário, seu território e sua população..	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	13
1.5 Priorização dos problemas.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 Acolhimento.....	19
5.2 Atenção Primária à Saúde.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
6.1 Descritores do problema “alta demanda espontânea para atendimento”...	21
6.2 Explicação do problema “alta demanda espontânea para atendimento”....	21
6.3 Seleção dos nós críticos.....	22
6.4 Desenho das operações.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO 1.....	30
ANEXO 2.....	31
ANEXO 3.....	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Contagem

Contagem é um município localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado. Possui 195.045 Km² e uma população estimada de 659.070 habitantes (IBGE, 2018).

Seu sistema viário foi planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e transporte de cargas. Por meio da BR-381 possui acesso a São Paulo, pela BR-262 possui acesso a Vitória e ao Triângulo Mineiro, e pela BR-040 possui acesso a Brasília e Rio de Janeiro (CONTAGEM, 2018).

Contagem cresceu, prosperou, ganhou importância econômica e se transformou na segunda maior cidade do estado em número de habitantes. No entanto, o processo de urbanização e desenvolvimento econômico de Contagem, como todo o Brasil, se deu de forma bastante desorganizada. A expansão urbana e a ocupação dos terrenos disponíveis ocorreu a partir do loteamento de áreas de chácaras e fazendas sem o devido planejamento e regularização dos imóveis. Grande parte do município foi loteada sem as condições básicas para serviços de água, luz e esgoto na construção de moradias ou empresas.

A construção da Cidade Industrial valorizou a região, encareceu os terrenos próximos. Os imigrantes, atraídos pela oferta de empregos nas indústrias, foram deslocados para as áreas alto risco geológico, sujeitas a inundações, deslizamentos de encostas e afundamentos. Foi assim que apareceram as demais regiões de Contagem (CONTAGEM, 2018). O Distrito Nacional é fruto do parcelamento de áreas de fazenda na área da Pampulha na década de 1950. O distrito da Ressaca começou com o loteamento da fazenda do Confisco nesse mesmo período e pela chegada do CEASA. O Eldorado foi criado a partir de 1954, como uma extensão da Sede. A região do Petrolândia foi resultado da implantação da Refinaria Gabriel Passos, em Betim, no final da década de 1960. A Vargem das Flores surgiu com a criação da represa e do bairro Nova Contagem no início dos anos de 1970 (SÁ, 2015).

Esse processo caótico contribuiu para que Contagem se tornasse uma cidade onde não há boa ligação entre os bairros. Muitos deles estão mais voltados para a capital, Belo Horizonte, seja em termos de trabalho, quanto para o comércio e lazer. É o caso da região da Ressaca, que surgiu a partir da valorização dos terrenos na ocupação da Pampulha, em Belo Horizonte (CONTAGEM, 2018).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A atual liderança apoia às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista (CONTAGEM, 2018).

O salário médio mensal era de dois salários mínimos e meio em 2016. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 31.6% (IBGE, 2016). Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30.5% da população nessas condições (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,756 em 2010 (IBGE, 2010).

No setor educação, os alunos dos anos iniciais da rede pública tiveram nota média de 5.9 no IDEB e os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4 (IBGE, 2015). A taxa de escolarização, para pessoas de seis a 14 anos, foi de 97.4% em 2010. Houve 71.554 matrículas no ensino fundamental e 24.925 matrículas no ensino médio (IBGE, 2017). Tendo, 4100 docentes no ensino fundamental (IBGE, 2015) e 1565 docentes no ensino médio (IBGE, 2017).

Na saúde, a taxa de mortalidade infantil média é de 10.01 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). As internações devido a diarreias foram de 0.2 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016). A cidade possui 170 estabelecimentos de Saúde SUS (IBGE, 2009).

1.2 O sistema municipal de saúde

Há aproximadamente dezenove anos o município adotou a estratégia saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta, hoje, com apenas 96 equipes de saúde da família (eSF), correspondendo a 40% da população. Para a cobertura de 100% seriam necessárias 307 eSF. Outra parcela da população é coberta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), e outra parte da população não possui cobertura.

O Complexo Hospitalar de Contagem (CHC) abrange o Hospital Municipal de Contagem (HMC) José Lucas Filho, o Centro Materno Infantil (CMI) Juventina Paula de Jesus, a maternidade e o Pronto-Atendimento Infantil da maternidade de Contagem.

O centro de especialidades Iria Diniz oferece consultas especializadas e exames que são encaminhados pelos médicos das UBS e/ou eSF. Os atendimentos ofertados são: eletroencefalograma, eletrocardiograma, endoscopia digestiva alta, radiografias, audiometria, impedanciometria, acupuntura, tratamento de lesões cutâneas, setor de medicamentos especiais, cirurgias ambulatoriais, fisioterapia, especialidades médicas, programas de DST/AIDS, hanseníase, reabilitação órtese e prótese, oxigênio terapia e saúde auditiva.

O município possui 12 equipes do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), compostas por fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, pediatras, ginecologistas e psiquiatras. Esses profissionais atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçando o atendimento prestado nas unidades de saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Contagem beneficia pacientes em condições clínicas mais fragilizadas para a clínica médica, pediatria e ortopedia. Esses pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), pelo Hospital Municipal José Lucas Filho ou por Hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH).

Por fazer parte da região metropolitana de Belo Horizonte muitas consultas e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, quando não ofertados por Contagem, são realizados em Belo Horizonte.

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

A área da eSF Balneário possui 195,045 km² (IBGE, 2018). Apresenta 92.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 39% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) e 68.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (IBGE, 2010).

A eSF Balneário tem aproximadamente 5500 usuários adscritos e é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde.

A Unidade de Saúde funciona das oito às 17 horas. As atividades desenvolvidas pela equipe são: atendimento à demanda espontânea, com utilização da maior parte da agenda, e atenção programada (pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos, diabéticos e saúde mental). Os grupos de hipertensos e diabéticos, que anteriormente eram somente para “troca das receitas”, passaram por uma mudança e atualmente tem participação mais ativa dos usuários em reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimentos. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

Outro grande problema para a equipe são os inúmeros atestados por parte dos profissionais da rede de saúde.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após a realização do diagnóstico situacional por meio de estimativa rápida ficaram definidos os seguintes problemas de saúde identificados pela eSF 50:

- Aumento da demanda espontânea para atendimento;
- Demora na marcação de consultas com especialistas (primeira consulta e retorno);
- Exames laboratoriais pouco confiáveis;
- Falta de psiquiatra na equipe do NASF;

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após identificação, foi realizada a priorização dos problemas, conforme mostra o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Balneário, município de Contagem, estado de Minas Gerais – 2019

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Aumento da demanda espontânea para atendimento	Alta	15	Parcial	1
Demora para agendar especialistas (primeira consulta e retorno)	Alta	5	Parcial	2
Exames laboratoriais pouco confiáveis	Alta	5	Parcial	3
NASF sem psiquiatra	Alta	5	Parcial	4

Fonte: eSF Balneário, Contagem

Após priorização dos problemas, foi escolhido o "aumento da demanda espontânea para atendimento" a ser criado um plano de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

As demandas por consultas no mesmo dia tornaram-se um grande desafio para atenção primária à saúde (APS) em diversos países. Alguns estudos informam que um médico da Atenção Primária à Saúde (APS) que é responsável pelo atendimento de mais de 1000 pessoas terá dificuldades em oferecer cuidados adequados. Segundo esses estudos, para atender 2000 pessoas, ele terá de trabalhar 17,4 horas por dia, oferecendo cuidados agudos, crônicos e preventivos recomendados (YARNALL; et al., 2009).

Em estudos realizados em Jequié/BA e em Paranaíba/PR, observa-se que nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o caráter reducionista e centrado no médico não assegurou ao usuário condições de saúde apropriadamente avaliadas por um profissional de saúde, e nem mobilização dos recursos necessários. Este contexto acarreta respostas negativas, agendamentos de longo prazo capazes de comprometer a resolubilidade do serviço e o estabelecimento de vínculos. Em muitos casos ocorre transferência das demandas para outras unidades, principalmente para os serviços de pronto-atendimento, sem necessidade do ponto de vista técnico (NERY; et al., 2011; URBANO, 2009).

Bodenheimer e Pham (2010) propõem que essa relação poderia ser melhorada com a delegação de tarefas a outros profissionais. Sendo assim, faz-se necessário implantar um acolhimento qualificado para que tarefas que não exijam habilidades médicas de alto nível sejam delegadas a outros membros da equipe.

Segundo Scholze (2014) as populações atendidas pela APS, no Brasil, excedem o preconizado para a área de abrangência das equipes e encontram apenas no acesso às UBS seu contato direto com os serviços públicos. Através da implantação do plano de intervenção em questão, problemas serão elencados e soluções serão apontadas para que se possa reduzir frustrações e assim aumentar a eficácia dos serviços prestados.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para qualificar o acolhimento prestado pela Equipe de Saúde da Família Balneário em Contagem/Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para elaboração do plano de intervenção também foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), com os seguintes descritores:

- Acolhimento;
- Serviços de Saúde;
- Atenção Primária à Saúde.

A partir dos dados coletados, todo o material passará pela análise da autora.

Após a revisão de literatura, será iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de implantar o acolhimento organizado e estruturado à população adscrita à eSF Balneário.

Os encontros ocorrerão na unidade de saúde em data programada para que seja suspenso o atendimento dos profissionais. A apresentação será por meio de datashow de forma expositiva e ilustrativa.

No primeiro encontro serão traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e explanado o cronograma. Haverá apresentação do fluxograma de atendimento (apêndice A) e protocolo do acolhimento (apêndice B), bem como a funcionalidade desses instrumentos para a prática diária, visando facilidade e dinâmica no trabalho.

No segundo encontro, será realizado treinamento para toda a equipe. A recepcionista e a gerente, também terão um treinamento básico, onde elas poderão identificar a necessidade do paciente e realizar o encaminhamento para técnica de enfermagem, enfermeira ou médica. Os casos clínicos serão apresentados para

discussão e planejamento de estratégias para realização do acolhimento, com base na Política Nacional de Humanização (PNH) e adaptado à realidade das áreas cadastradas. Todos terão a oportunidade de relatar a experiência.

Posteriormente, serão realizadas palestras à população para informação e disseminação das mudanças no atendimento na unidade: conceito de acolhimento, benefícios da mudança para o atendimento e desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde.

Será implantado o fluxograma do acolhimento (apêndice A), bem como o protocolo do acolhimento (apêndice B) à demanda espontânea. Todos os profissionais utilizarão o protocolo e fluxograma do acolhimento.

Será feita uma escala para estabelecer o profissional responsável pelo acolhimento de cada dia. O acolhimento deverá ser realizado em uma sala reservada para que o usuário se sinta de fato acolhido, e possa expressar seus anseios e dúvidas para o profissional. O profissional anotará no prontuário o protocolo do acolhimento (apêndice B) e a sua conduta: se o problema foi solucionado naquele momento ou encaminhado para outro profissional de saúde no dia ou mesmo se foi agendado.

Após a implantação deste plano de intervenção, será realizada a pesquisa de satisfação ao usuário (apêndice C). Posteriormente, será realizada a análise das respostas e, com base nos dados, manter ou adequar a estrutura do acolhimento.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1. Acolhimento

Acolhimento significa olhar o paciente como um todo e não apenas como um “objeto de estudo”. O ato de apenas ouvir mesmo que seja por pouco tempo, pode gerar um sentimento de confiança na equipe e motivar a procurar os profissionais sempre que necessário. O usuário ao chegar à unidade com seus anseios, vontades e desejos, espera que seu problema e sua angústia seja sanada (BRASIL, 2011).

O acolhimento busca a inclusão do usuário e do profissional em uma rede de conversações e acordos capaz de resgatar o cuidado em saúde centrado no usuário. Também é considerada uma ação técnico-assistencial, proposta para reorganizar os processos de trabalho, ofertando uma atenção integral e ampliando a capacidade da equipe multiprofissional para identificar e resolver problemas de saúde (OLIVEIRA; et al., 2008; SANTOS E SANTOS, 2011; SCHOLZE, 2014).

O processo de acolhimento também pode ser interpretado como um momento de classificação de risco e definição dos encaminhamentos por meio de uma escuta qualificada. Essa irá gerar uma hierarquização das demandas e conduzirão o usuário a diferentes itinerários, de resolutividades variáveis, conforme as necessidades percebidas pelo profissional e as possibilidades oferecidas pelo sistema local (SCHOLZE, 2014).

No acolhimento deve ser estabelecida uma linguagem adequada entre os profissionais envolvidos e a população, de modo que a avaliação inicial das condições de saúde não fique centrada no médico, mas segundo critérios previamente conhecidos por todos (MAYEMA, 2007; CAMPOS et al, 2001).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza postura ética na escuta do paciente em suas queixas, identificação da sua responsabilidade no processo saúde e adoecimento, incumbência pela resolução, e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos usuários que procuram o serviço de saúde (BRASIL, 2010).

A realização do acolhimento inicia na chegada do paciente à unidade de saúde, desde a recepção até o atendimento médico. Não tem horário para acontecer e nem profissional específico para fazê-lo, já que faz parte de todos os setores do serviço de saúde. A escuta deve ser de forma holística e qualificada, e ao final oferecer uma resposta adequada ao problema com corresponsabilização do caso (BRASIL, 2006).

5.2. Atenção Primária à Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os critérios para acompanhamento da inserção da PNH abrangem “[...] formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam à otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema”.

Há limitações para acesso aos serviços da APS em horário comercial, bem como a probabilidade de maior procura por pronto-atendimento quando não se consegue agendamento nas unidades de APS. Situação observada também em sistemas consolidados com APS forte, como no Reino Unido (KONTOPANTELIS, 2010).

A elaboração dessa nova prática de saúde, vinculada ao contexto social, ao diálogo, à troca de saberes entre usuário e profissional de saúde e à escuta das necessidades reais e simbólicas, é um desafio para ESF na APS. Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma relevante etapa na aderência do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Portanto, propicia a formação de uma relação de confiança e respeito com o paciente que deseja o atendimento (COELHO; et al., 2009).

Analizando o processo de trabalho da equipe multiprofissional da Equipe de Saúde da Família Balneário, foi possível observar a distância entre a realidade e o conceito supracitado de acolhimento. Verifica-se que os trabalhadores desta unidade têm em sua forma “leiga” o conceito de acolhimento, e, por conseguinte, não ocorre o cumprimento das ações preconizadas pela diretriz da PNH.

É de suma importância o profissional ter uma reflexão sobre o impacto da organização, ações e resultados do processo de trabalho, principalmente sobre o acolhimento. Entender o acolhimento, as atividades e o reflexo na assistência ao usuário irá gerar uma transformação da educação em saúde e do serviço de saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta demanda espontânea para atendimento”, para a qual se registra uma descrição, explicação e seleção dos nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O principal enfoque é a falta de um acolhimento organizado e estruturado à população adscrita.

6.1 Descritores do problema (terceiro passo)

As pessoas que procuram a eSF, majoritariamente, estão em busca da consulta médica. Por outro lado, um grande número dessas mesmas pessoas não necessita da consulta com o profissional médico.

O trabalho na UBS é centrado na pessoa e no saber médico, ficando os outros profissionais subutilizados em seu processo de trabalho. A falta de reconhecimento da população em relação ao potencial destes profissionais para a assistência reduz a oferta de serviços imprescindíveis.

A relação trabalhador-usuário sofre de crônica des-integração, causada pela individualização dos trabalhadores no seu processo de trabalho, ou seja, o trabalho é realizado de forma compartimentalizada, cada profissional preocupa-se apenas com suas responsabilidades individuais, sem a necessária integração multidisciplinar.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

A explicação da alta demanda espontânea para atendimento na APS está sintetizada no esquema apresentado no Anexo 1. O esquema mostra os determinantes gerais (influência do desenvolvimento econômico e social, e políticas

públicas) e determinantes imediatos (influência dos hábitos e estilos de vida, pressão social, resposta do sistema de saúde) no acolhimento realizado pela eSF.

6.3 Descrição dos “nós críticos”

Foi selecionado como “nós críticos” as situações relacionadas ao problema principal “alta demanda espontânea para atendimento”, sobre o qual a equipe terá possibilidade de intervenção. Foram considerados os seguinte “nós críticos”:

Nó crítico 1 - Desconhecimento da equipe sobre o acolhimento

Nó crítico 2 - Falta de motivação dos profissionais na execução do acolhimento

Nó crítico 3 - Usuário resistente em ser acolhido e atendido por um profissional que não seja o médico

6.4 Desenho das operações

Os quadros abaixo mostram os “nós críticos” e suas operações correspondentes.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta demanda espontânea para atendimento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Balneário, município Contagem, Minas Gerais

Nó crítico 1	Desconhecimento da equipe sobre o acolhimento
Operação	Estabelecer treinamento semanal à equipe
Projeto	“Uma andorinha só não faz verão”
Resultados esperados	Reduzir em 50% a centralidade na consulta médica Ampliar em 50% a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários
Produtos esperados	Fluxo do acolhimento implantado com equipe treinada para realizar o acolhimento
Recursos necessários	Estrutural: tempo disponível na agenda da equipe para realizar o treinamento dos profissionais Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: recurso para impressão do fluxograma Político: adesão do gestor local e dos profissionais
Recursos críticos	Político: adesão do gestor local e dos profissionais

Controle dos recursos críticos	Gestor local – motivação contrária Profissionais – motivação indiferente
Ações estratégicas	Apresentar o projeto “Uma andorinha só não faz verão” Ampliar capacidade da equipe multiprofissional Discorrer sobre os estudos utilizados para elaboração deste plano de intervenção Garantir educação continuada em saúde Apresentar fluxograma do acolhimento (Apêndice A) Apresentar protocolo do acolhimento (Apêndice B) Capacitar os profissionais para execução do acolhimento
Prazo	Implantar em 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O médico e enfermeiro farão o monitoramento contínuo através do acesso ao prontuário dos pacientes acolhidos, sendo possível avaliar se foi realizado adequadamente ou não. Sendo os casos relevantes discutidos na reunião semanal de treinamento.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta demanda espontânea para atendimento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Balneário, Contagem, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de motivação dos profissionais na execução do acolhimento
Operação	Sensibilizar e orientar a equipe quanto à relevância em implantar o acolhimento.
Projeto	“A união faz a força”
Resultados esperados	Aumentar em 50% a adesão dos profissionais na realização do acolhimento
Produtos esperados	Fluxo do acolhimento implantado com os profissionais motivados a executar o acolhimento Integração da equipe para a realização do acolhimento
Recursos necessários	Estrutural: profissional com tempo disponível para realizar o acolhimento Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: recurso para impressão do fluxograma e protocolo do acolhimento Político: mobilização dos profissionais

Recursos críticos	Político: mobilização dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Profissionais: motivação indiferente
Ações estratégicas	Apresentar o projeto “A união faz a força” Promover uma atenção integral Evidenciar os bons resultados elucidados nos estudos do presente plano de intervenção Garantir educação continuada em saúde Motivar os profissionais para execução do acolhimento Pactuar metas
Prazo	Implantar em 1 ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Definir cronograma anual das reuniões semanais Cobrar dos profissionais o correto preenchimento dos prontuários Verificar se houve obtenção das metas

Fonte: Autoria Própria

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “demanda espontânea reprimida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Balneário, Contagem, Minas Gerais

Nó crítico 1	Grande número de usuários resistentes ao acolhimento por profissional não médico
Operação (operações)	Orientar os pacientes adscritos sobre o desenvolvimento do plano de acolhimento, através de palestras na sala de espera, no próprio acolhimento e em fôlder na porta de entrada e parede da recepção.
Projeto	“Água mole em pedra dura tanto bate até que fura”
Resultados esperados	Sensibilizar e orientar 80% dos usuários quanto à relevância em ter o acolhimento na estratégia de saúde da família Aumentar em 50% a resolubilidade das questões que levam o usuário a procurar o PSF Orientar 80% dos pacientes adscritos sobre o desenvolvimento do plano de acolhimento
Produtos esperados	Fluxo do acolhimento implantado com os usuários adeptos ao acolhimento
Recursos	Estrutural: profissional para orientar os usuários

necessários	<p>Cognitivo: informação sobre o tema</p> <p>Financeiro: recurso para impressão de pôlder e da pesquisa de satisfação ao usuário</p> <p>Político: aceitação dos usuários</p>
Recursos críticos	Político: aceitação dos usuários
Controle dos recursos críticos	Usuários: motivação contrária
Ações estratégicas	<p>Apresentar o projeto “Água mole em pedra dura tanto bate até que fura”</p> <p>Campanha educativa na rádio local diariamente</p> <p>Capacitar recursos humanos para explicar à população sobre acolhimento</p> <p>Incentivar o agente comunitário de saúde a divulgar a implantação e benefícios do acolhimento através das visitas domiciliares</p> <p>Realizar pesquisa de satisfação</p>
Prazo	Prazo para implantação do plano em 1 ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Após seis meses de implantação da intervenção do acolhimento, será realizada a pesquisa de satisfação do usuário (apêndice C). Após análise das respostas será verificada a manutenção ou readequação das ações.

Fonte: Autoria Própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que, com a implantação da intervenção, haja integração da equipe à atividade, humanização da assistência prestada e melhora do vínculo com responsabilização tanto pela equipe, quanto pela população adscrita.

Espera-se também que a implementação do acolhimento na equipe Balneário promova maior satisfação do paciente que foi acolhido e do profissional que foi capaz de identificar as necessidades do usuário, melhorando assim a qualidade da assistência prestada na unidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento a Demanda Espontânea**. Série A, n. 28, v. 1, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília - DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**: formação e intervenção. Brasília - DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, v. 141, n. 32, seção 1, p. 37-41, 2004.

BODENHEIMER T, PHAM HH. Atenção Primária: Problemas Atuais e Soluções Propostas. **Health Affairs**. 2010. Acesso em 27 de abril de 2019; 29(5):799-805. Disponível em <: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0026>>

CAMPOS GWS, Carpintero MC, Bueno JMS. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Campinas; 2001.

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

CASTRO, A.J.R.; SHIMAZAKI, M.E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: editora Gutemberg, 240p, 2006.

COELHO, Márcia O.; JORGE, Maria S. B.; ARAÚJO, Maria E. *O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde*. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.33, n. 3, p. 440-453, 2009.

CONTAGEM. **História de Contagem**. Acesso em Janeiro de 2018. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br>>

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

KONTOPANTELIS E, Roland M, Reeves D. Experiência do paciente de acesso à atenção primária: identificação de preditores em uma pesquisa nacional de pacientes. **BMC Family Practice**. 2010 Acesso em 27 de abril de 2019; 11:61. Disponível em <: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-61>>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**, Contagem, 2009. Acesso em junho 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama**, Contagem, 2010. Acesso em junho 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama,**
Contagem, 2014. Acesso em junho 2019. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama,**
Contagem, 2015. Acesso em junho 2019. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama,**
Contagem, 2016. Acesso em junho 2019. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama,**
Contagem, 2017. Acesso em junho 2019. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

_____. **Panorama,**
Contagem, 2018. Acesso em junho 2019. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>

MAYEMA MA. O contexto dos serviços de saúde. In: Mayeama MA. (org). **A construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo do trabalho em saúde do município de Bombinhas.** Bombinhas, SC: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007.

NERY AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev enferm UERJ.** 2011;19(3):397-402.

OLIVEIRA LML, Tunini ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista APS** v.11(4):362-73. 2008. Acesso em 27 de abril de 2019. Disponível em:
<<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/394>>

SÁ, Ludmylla. Minas Gerais, junho 2015. **Contagem tem forte caráter fabril, mas também vê aumento de empreendimentos residenciais.** Seção Residencial e Industrial. Acesso em: 28 nov. 2018 Disponível em
<https://estadodeminas.lugarcerto.com.br/app/noticia/noticias/2015/06/29/interna_noticias,48852/contagem-tem-forte-carater-fabril-mas-tambem-ve-aumento-de-empreendim.shtml>

SANTOS IMV, SANTOS AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev Salud Pública.** 2011; 13(4):703-16. Acesso em 27 de abril de 2019. Disponível em <: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000400015>>

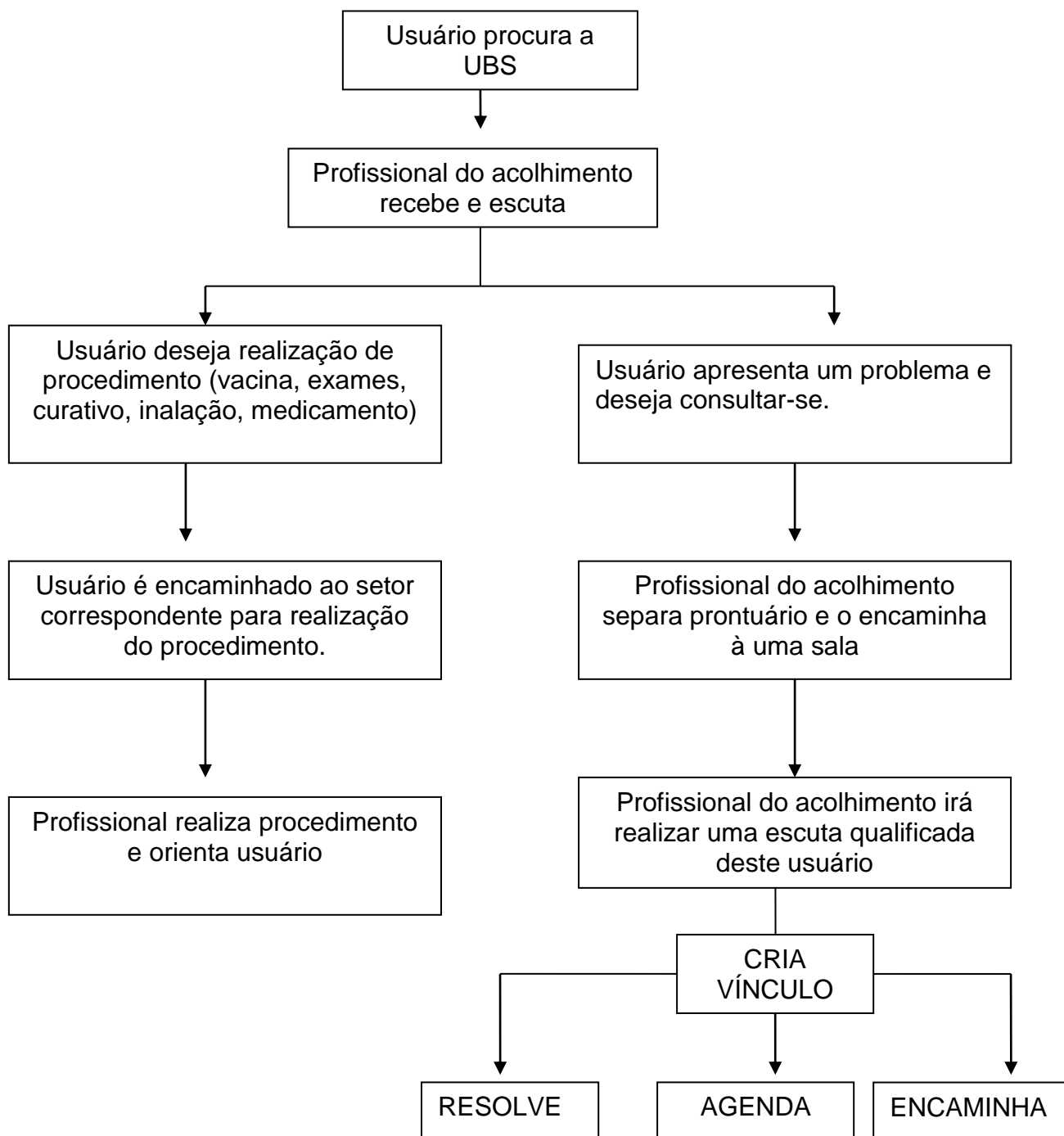
SCHOLZE AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia . Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 2014;9(31):219-26. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)637](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)637)>

URBANO GB. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

YARNALL KS, Ostbye T, KM Krause, Pollak KI, Gradison M, Michener JL . Médicos de família como líderes de equipe: “tempo” para compartilhar o cuidado. **Prev Dis crônico** . 2009; 6 (2): 1 – 6.

ANEXO 1

Fluxograma do Acolhimento (CASTRO e SHIMAZAKI, 2006)



ANEXO 2

Protocolo do acolhimento

Anotar sempre no prontuário:

- 1- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: nome, sexo e idade;
- 2- QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO: O QUÊ motiva o paciente a procurar atendimento (transcrever com as próprias palavras da pessoa). HÁ QUANTO TEMPO está com essa queixa?
- 3- QUESTÕES ASSOCIADAS: É a primeira vez que ocorre? Tomou algum medicamento? Verificar sintomas associados. Numerar episódios. Possui alguma outra condição mórbida?
- 4- AVALIAÇÃO GERAL: Avaliar com atenção e cuidado
 - a. Estado Geral: bom, regular ou ruim.
 - b. Estado de consciência: sem alteração, confuso, acelerado ou letárgico.
 - c. Verificar sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória. Se necessário, glicemia capilar, saturação O₂, temperatura axilar, peso e altura/comprimento.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- Pesar as crianças e anotar no gráfico de desenvolvimento sempre; se abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90, sempre será avaliada por enfermeiro ou médico;
- Crianças menores de 03 meses, desnutridas, com baixo peso ao nascer ou prematuras sempre serão avaliadas pelo enfermeiro ou médico;
- Verificar a situação vacinal de TODAS as crianças e gestantes. Também questionar todos os usuários sobre a situação vacinal.
- Crianças ou adultos faltosos aos grupos e/ou programas, que não serão encaixados para atendimento no mesmo dia ou agendados para data posterior, anotar e encaminhar prontuário para enfermeira.

ANEXO 3

Pesquisa de satisfação ao usuário

- 1- Quantos anos você tem? Quantos anos você tem?
 - a) Entre 18 e 29 anos
 - b) Entre 30 e 49 anos
 - c) Entre 50 a 65 anos
 - d) Mais de 65 anos
- 2- Qual seu nível de escolaridade?
 - a) Não alfabetizada
 - b) Alfabetizada
 - c) 1º Grau Completo
 - d) 2º Grau Completo
 - e) Nível Superior
- 3- Há quanto tempo você frequenta o posto de saúde?
 - a) Menos de um ano
 - b) Entre um ano e quatro anos
 - c) Mais de cinco anos
- 4- Sua família frequenta a unidade de saúde?
 - a) Sim
 - b) Não
- 5- Quando você chega à unidade você é primeiro atendido (a) por qual funcionário?
 - a) Recepcionista
 - b) Técnica de Enfermagem
 - c) Enfermeira
 - d) Médica
- 6- Você sabe o que é acolhimento?
 - a) Sim
 - b) Não
- 7- Como você considera o atendimento na unidade de saúde?
 - a) Bom
 - b) Regular

- c) Ruim
- 8- Quando você traz o seu problema à unidade os funcionários conseguem resolver?
- a) Sim
 - b) Às vezes
 - c) Não
- 9- O que é acolhimento para você?
- a) Não sei
 - b) Algo que resolve o meu problema
 - c) Gostaria que houvesse uma palestra explicando.
- 10- O agente comunitário de saúde falou sobre acolhimento quando fez a visita domiciliar?
- a) Sim
 - b) Não
 - c) Não recebi visita do agente comunitário de saúde
 - d) Não tenho agente comunitário de saúde