

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAR A DEMANDA ESPONTÂNEA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ I EM
CARATINGA – MINAS GERAIS**

IPATINGA/MINAS GERAIS

2019

LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAR A DEMANDA ESPONTÂNEA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ I EM
CARATINGA - 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: Dra. Wania Cristina da Silva

IPATINGA/MINAS GERAIS

2019

LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAR A DEMANDA ESPONTÂNEA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ I EM
CARATINGA - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Dra. Wania Cristina da Silva- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de novembro de 2019.

DEDICATÓRIA

O presente trabalho é dedicado a todos os profissionais atuantes da atenção primária, onde o empenho, o compromisso, o esforço e a dedicação não existem meio termo.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo incentivo;

Aos meus colegas da ESF Santa Cruz I pelo apoio;

À orientadora Wânia Cristina pela dedicação.

“Não me sinto obrigado a acreditar que o mesmo Deus que nos dotou de sentidos, razão e intelecto, pretenda que não os utilizemos”.

(Galileu Galilei)

RESUMO

Procurar entender as dinâmicas que envolvem a demanda espontânea e utilizá-la como recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente é fundamental para que o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico se reverta a tal ponto, que ações multidisciplinares, usuário-centradas e focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser efetivadas. Assim, este trabalho objetivou propor um projeto de intervenção com vistas à criação de um novo modelo de processo de trabalho mediante a organização da demanda espontânea na Estratégia da Saúde de Família Santa Cruz I, Caratinga, Minas Gerais. Este projeto se baseou nos passos do Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Libaray Online (SciELO) e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde, com os descritores: Acolhimento, Estratégia Saúde da Família e Triagem. Espera-se que as ações sugeridas no projeto possibilitem modificações no processo de trabalho com implementação do acolhimento e a escuta qualificada por parte da Equipe de Saúde da Família, a fim de estabelecer um atendimento com acesso de qualidade para todos os cidadãos e proporcionar um ambiente de trabalho saudável.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Triagem.

.ABSTRACT

Trying to understand the dynamics surrounding spontaneous demand and use it as a resource to reorganize the current work process is fundamental for the immediate and physician-centered care model to revert to such an extent that multidisciplinary, user-centered actions and focused on disease prevention and health promotion can be implemented. Thus, this work aimed to propose an intervention project aimed at the creation of a new work process model by organizing the spontaneous demand in the Santa Cruz I Family Health Strategy, Caratinga, Minas Gerais. This project was based on the steps of the Situational Strategic Planning and bibliographic research made in the databases of the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Libray Online (SciELO) and publications of the Federal Government, especially the Ministry of Health, with the descriptors: User Embracement, Family Health Strategy and National Health Programs. The actions suggested in the project are expected to make possible changes in the working process with the implementation of the reception and the qualified listening by the Family Health Team, in order to establish a service with quality access for all citizens and provide an environment healthy work.

Keywords: User Embracement. Family Health Strategy. National Health Programs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santa Cruz I, Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, município de Caratinga, estado de Minas Gerais. **Error! Bookmark not defined.**

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de ações voltadas à promoção, à prevenção e a integralidade da atenção primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais. **Error! Bookmark not defined.**

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Restrita atuação municipal como instância reguladora do processo de organizacional”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais. **Error! Bookmark not defined.**

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência do acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais. **Error! Bookmark not defined.**

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Desconhecimento por parte da população adscrita sobre o que é a atenção básica de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município de Caratinga, estado de Minas Gerais. 36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Santa Cruz.....	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santa Cruz I	15
1.7 O dia a dia da equipe Santa Cruz I	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)...	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo).....	17
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Da criação do Sistema Único de Saúde à Estratégia da Saúde da Família.....	23
5.2 O acolhimento na Estratégia da Saúde da Família	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Caratinga é uma cidade localizada no Vale do Rio Doce e dista a 310 km da capital do estado de Minas Gerais. No censo de 2010, Caratinga tinha 85.239 e estimou para 2019 o total de 92062 habitantes (IBGE,2018).

Caratinga possui uma geografia típica dos Mares de Morros mineiros, isto é, uma área acidentada dos planaltos dissecados e cobertas por florestas estacionais semi-decíduais. Este ambiente geográfico é cortado pelo Rio Caratinga. Nossa cidade, desde os anos de sua fundação até quando foi elevada a cidade, teve um crescimento incipiente e irregular. A construção da Capela de São Batista e a vinda do primeiro religioso, o Padre Maximiano João da Cruz, forma destaques neste período (CARATINGA, 2019).

O desbravamento da região teve início no século XVI, em expedições que seguiam pelos rios Doce e Caratinga à procura de metais preciosos. O desenvolvimento foi intensificado com a chegada da Estrada de Ferro Leopoldina e da BR-116 (Rodovia Rio-Bahia), entre as décadas de 1930 e 40. A cultura do café foi impulsionada na década de 50, com a instalação de um escritório do Instituto Brasileiro do Café, tornando o município um polo da cafeicultura. O cultivo do café, ao lado do comércio, configura-se como principal fonte de renda do município. Porém a área industrial foi desenvolvida no município vizinho, Ipatinga, não tendo até os dias atuais arsenal industrial desenvolvido.

Caratinga é conhecida nacionalmente por suas intervenções culturais, através de grandes nomes em diversas áreas E abriga importantes unidades de conservação ambiental, dentre as quais a Reserva Feliciano Miguel Abdala (RPPN-FMA), que constitui um dos principais remanescentes de Mata Atlântica de Minas Gerais e abriga o Muriqui, o maior mamífero endêmico da América Latina. A reserva é um dos atrativos locais e recebe pesquisadores de outros países para estudos e análise (CARATINGA, 2019).

Conhecida como “Cidade das Palmeiras”, possui em sua praça um coreto de Oscar Niemayer, que junto com vários outros monumentos históricos, tais como o Palácio do Bispo, a Catedral de São João Batista, da década de 1930, e o Colégio Princesa Isabel, fazem dela um conjunto arquitetônico e paisagístico (pois tem ao fundo a Pedra Itaúna), de grande valor histórico e cultural (CARATINGA, 2019).

A cidade conta com equipes artísticas de manifestações culturais populares, dança e capoeira, bandas musicais e associação literária. A Casa Ziraldo de Cultura, inaugurada em novembro de 2009, constitui um acervo do cartunista Ziraldo, nascido na cidade, abrigando também exposições, apresentações artísticas e outras atividades culturais.

Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar. Contudo em fevereiro de 2019 o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, único hospital público da microrregião, fechou, tendo sido a UPA de Caratinga a responsável por tentar suprir as necessidades da microrregião. Com isso, a estratégia de saúde da família está operando sobrecarregada e sem retaguarda suficiente para as demandas do município. Devido grande território, o município conta com 18 equipes da estratégia de saúde da família na zona urbana e 12 equipes na zona rural, cobrindo 80% da população.

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro tem uma população de cerca 8000 habitantes, localizada na periferia de Caratinga, que se formou no entorno da Estrada de Ferro Leopoldina. Hoje, a população empregada vive principalmente como mão de obra nos comércios locais, da colheita de café nos períodos de safra e da economia informal. É grande o número de desempregado no período de entressafra do café. A estrutura de saneamento básico da comunidade funciona, ocorrendo recolhimento de esgoto, coleta de lixo, inclusive coleta seletiva. As moradias são, em sua maioria, de alvenaria, tendo poucas precárias. O analfabetismo é elevado nos maiores de 50 anos. A evasão escolar entre menores de 18 anos ocorre devido gravidez na adolescência e ao uso de drogas.

O bairro conta com investimento público satisfatório, podendo a comunidade contar com escolas, creche, centro de saúde, asilo e a instituição Fundação Cidade dos Meninos (FUCIME) – centro de estudos e profissionalização da comunidade -. As iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e Organizações Não Governamentais (ONGs) são praticamente inexistentes, ocorrendo ações muito isoladas da Associação São Vicente de Paulo, por parte da Igreja Católica, voltados por distribuir roupas e cestas básicas. A população conserva hábitos e costumes em torno das igrejas, seguindo as datas comemorativas e dias santos. No bairro Santa Cruz, trabalham duas equipes de Saúde da Família – Equipe Santa Cruz I e II – e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.3 O sistema municipal de saúde

O financiamento da saúde com base em dados de 2015 foi: Transferências no valor de 65.122.412,77; Recursos próprios igual a 15.385.484,92 e gasto per capita/ano por habitante: equivalente a 187,89 reais.

A Rede de serviços é assim formada:

- Atenção primária: composta por 18 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona urbana e 12 equipes na zona rural, cobrindo 80% da população;
- Atenção especializada: a policlínica de Caratinga dispõem das seguintes especialidades: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, médico dermatologista, médico clínico geral, médico psiquiatra, médico anesthesiologista, médico angiologista, médico nefrologista, médico urologista, médico cardiologista, médico pneumologista, médico neurologista, médico endocrinologista e metabologista e médico ortopedista e traumatologista. As demais especialidades em saúde são oferecidas pelo Consórcio Municipal de Saúde.
- Atenção de urgência e emergência: na data atual apenas a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Caratinga tem realizado o serviço de urgência e emergência em caráter de SUS.
- Atenção hospitalar: na data atual não há atenção hospitalar, desde o fechamento do único hospital público do município o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, em fevereiro de 2019.
- Apoio diagnóstico: ocorre por meio de licitações, estando aptos para prestação de serviços três laboratórios de análises clínicas, dois serviços de radiologia clínica, um serviço de patologia clínica. Referencia-se para outros municípios muitos dos exames de alta complexidade.
- Assistência farmacêutica: o município dispõe da Unidade de Assistência Farmacêutica (UAF), este, um órgão da Secretária Estadual de Saúde. A UAF está vinculada ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, e atua em função dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica/Medicamentos de Alto Custo. Todas as unidades da estratégia da saúde da família dispõem de medicamentos e estes são dispensados sem a presença do farmacêutico.

- Vigilância da saúde: o município dispõe do Departamento de Vigilância Sanitária. Este departamento conta, entre outros, com o auxílio de uma farmacêutica e fiscais sanitários.
- Relação dos pontos de atenção: domicílios (conta com o apoio do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD), unidades básicas de saúde, policlínica municipal, centros de apoio psicossocial, uma unidade de residência terapêutica. No momento atual os atendimentos no ambulatório e pronto atendimento estão sendo realizados pela UPA de Caratinga. Não está ocorrendo atendimento de cirurgia ambulatorial e cirurgias que necessitem de centro cirúrgico, devido fechamento do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora. O serviço de maternidade está sendo realizado momentaneamente pelo Hospital particular CASU. O município não conta atualmente com hospital/dia e nem com unidade de terapia intensiva.
- Relação com outros municípios: o município conta com convênio firmado para tratamento oncológico com os municípios de Ipatinga e Muriaé. Em casos de urgência, e se o município não possuir estrutura física para dar suporte para a terapêutica, alguns casos específicos são encaminhados para os hospitais de Belo Horizonte, como Hospital da Baleia e João XXIII.
- Consórcio e saúde: o município participa do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Econômico e Social do Leste de Minas (CIDES-LESTE).
- Modelo de atenção: atenção básica em saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Santa Cruz

A Unidade de Santa Cruz abriga a equipe Santa Cruz I. Foi inaugurada em 2002 e está situada no centro do bairro, estando em seu entorno escolas, creche, asilo e igrejas. É um prédio próprio da prefeitura, projetada para as duas equipes do Santa Cruz (I e II). Sua área é considerada adequada mesmo com a alta demanda.

A área de recepção é subdividida, ficando um balcão para acolhimento inicial e orientação para acolhimentos subsequentes – retirada do prontuário, atendimento ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), atendimento odontológico e triagem -, assim, em horários de pico de atendimento, não há tumulto na Unidade. Com isso, com a abertura dos portões às 7 horas da manhã, aproximadamente às 07:15 inicia-se o primeiro atendimento médico. Logo, os locais para aguardar atendimento sentado são suficientes, devido bom fluxo

de atendimento. A sala de reuniões localiza-se o segundo andar, e é utilizada pelos agentes comunitários de saúde na maior parte do dia.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos) são realizadas no salão paroquial da Igreja Católica, que fica ao lado do centro de saúde. Não há dificuldade até então para utilizar estas dependências.

A Unidade encontra-se desparelhada, necessitando em todos os setores de algum recurso, fruto de anos de uso constante (durante o período noturno funciona plantão na Unidade de 18:00 às 00:00 horas, que atende todo o município). Portanto, a Unidade não conta com insulina regular, em alguns momentos não há soro fisiológico e scalpe. Não há instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e nem suturas. A falta desses materiais dificulta o trabalho da equipe, já que possui mão de obra qualificada. A coordenação do Programa Saúde da Família (PSF) e o gestor municipal de saúde apenas escutam as requisições da Unidade, mas não agiram até então.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz

A Equipe Santa Cruz I é formada pelos cinco agentes comunitários de saúde (estando uma área descoberta), uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e uma médica da família e comunidade. Infelizmente, a equipe não possui profissionais da saúde bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santa Cruz I

A Unidade Santa Cruz I funciona das 7:00 às 17:00 horas, sendo que, de 11:00 às 13:00 horas encontra-se fechada para horário de almoço. Os agentes comunitários se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo. Algumas vezes, o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro não estão presentes na Unidade, e são os agentes de saúde que realizam o acolhimento. Quando isto ocorre, gera muita confusão com a população e tumultua o atendimento médico, uma vez que este tem que atuar nas funções da equipe de enfermagem e com o médico, simultaneamente.

São poucas as ações integradas com NASF e outros setores da saúde, estando estas restritas a capacitações oferecidas pela secretária de saúde municipal. Não há atendimento multidisciplinar integrado, logo, cada profissional atua individualmente nas ações de saúde.

1.7 O dia a dia da equipe Santa Cruz I

O horário de atendimento da equipe Santa Cruz I está ocupado, exclusivamente nos períodos da manhã, com o atendimento da demanda espontânea. As consultas agendadas e programadas são realizadas nos períodos da tarde, sendo eles: pré-natal, visita domiciliar, hiperdia e puericultura. Os grupos operacionais têm pouca adesão, mas ainda sim, insiste-se com eles. A maior justificativa da não adesão da comunidade é a longa demora do atendimento, visto a demanda por atendimento de problemas agudos, não sendo possível realizar os atendimentos no horário pré-determinado. As outras justificativas são: ocupações laborais que ocorrem durante o funcionamento da unidade, e a impossibilidade de comparecer nas ações devido cuidados com crianças de colo.

As visitas domiciliares são, em grande maioria, desmarcadas, devido à demanda espontânea que aguarda na unidade antes de iniciar a visita. Ainda ocorrem interrupções nas visitas domiciliares para que a equipe médica retorne para unidade, para atendimento de urgência. Nota-se que para a gestão atual, mantendo o bom atendimento da demanda espontânea e diminuindo o máximo de reclamações na secretária de saúde é suficiente. A equipe é formada em sua maioria por profissionais que atuam, aproximadamente, seis anos nesta unidade, estando estes desmotivados para implementação de projetos, devido às inúmeras falhas nas tentativas anteriores.

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

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência de Santa Cruz I e reunião com a equipe desta unidade, foram identificados os seguintes maiores problemas de saúde:

- I. Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais: nota-se uma questão cultural do tipo dependência em relação ao médico de família, sendo este procurado para todo e qualquer problema, sendo em grande maioria do tipo não emergencial.
- II. Baixa condição socioeconômica-cultural: a população adscrita ao Santa Cruz I é composta, em sua grande maioria, por indivíduos de baixa escolaridade, com medianas estrutura física habitacional e razoáveis condições gerais de vida. Ainda, é mínimo os indivíduos que possuem acesso a plano particular de saúde, recorrendo a

grande maioria da população, aos serviços públicos de saúde, logo, faz-se necessário numerosos recursos para a atenção primária.

- III. Obesidade: a baixa condição socioeconômica-cultural contribui para o cenário de obesidade, devido alimentação pobre em frutas, verduras, legumes e proteínas, e ricas em carboidratos, gorduras saturadas e alimentos processados. Além disso, a pouca adesão populacional para a prática de exercício físico.
- IV. Alta prevalência de doenças de saúde mental – dependências químicas: a baixa condição socioeconômica-cultural, sazonalidade de emprego (safra e entressafra de café) e ausência de planejamento familiar (altos índices de gravidez na adolescência), são os maiores fatores identificados como motivadoras para iniciar o uso e abuso de substâncias psicoativas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santa Cruz I, Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, município de Caratinga, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais	Alta	20	Total	1
Baixa condição socioeconômica-cultural	Alta	2	Parcial	4
Obesidade	Alta	4	Parcial	3
Alta prevalência de doenças de saúde mental – dependências químicas	Alta	4	Parcial	2

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A seguir, discorreremos sobre os principais problemas relacionados à saúde identificados

- Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais.

O nível primário de saúde constitui a primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maioria da população do bairro Santa Cruz. Porém, na ESF Santa Cruz I, acolher todos os usuários tem sido uma tarefa árdua e complexa, pois a garantia de atendimento com qualidade a todos os usuários, em grande parte, não se concretiza.

Desta forma, o cenário é de caos na realidade diária desta equipe:

- Filas infindáveis na busca por atendimento – grande demanda reprimida;
- Profissionais sobrecarregados – mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelece relações frias, desumanizadas e de desinteresse;
- Não priorização dos casos – qualificação inadequada da equipe;

O somatório desses fatores gera a baixa resolutividade e grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais. Logo, o acolhimento e os profissionais que nele atuam, são os principais responsáveis pelo gerenciamento de toda a demanda espontânea que chega ao serviço.

Não há classificação de risco no acolhimento inicial, o atendimento ocorre por ordem de chegada, sendo que todas as vagas são preenchidas na primeira hora de atendimento. Desta forma, atendem-se pacientes sem problemas urgentes que, na verdade, poderiam ter agendado uma consulta posteriormente, se bem orientados. No decorrer do atendimento, aparecem de fato os atendimentos de urgência, que são incluídas no atendimento, independentemente do número de agendamentos. Assim, todo o atendimento da equipe fica sobrecarregado, e isso tem afugentado os poucos que comparecem em consulta agendada, reforçado por grandes atrasos na consulta – as urgências não permitem seguimento da agenda por horário -.

- Alta prevalência de doenças de saúde mental – dependências químicas.

A sazonalidade de emprego (safra e entressafra do café) gera ociosidade, que gera doenças como ansiedade, depressão e dependências químicas. O planejamento familiar é precário na comunidade do Santa Cruz, o que significa que as mulheres continuam gerando filhos na impossibilidade de conferir aos mesmos, uma boa qualidade de vida, desde condições ideais de moradia, quanto educação, alimentação e estrutura de base familiar. Sem planejamento, a incidência de transtornos mentais é grande e a população, atualmente, vê-se à beira do caos devido a elevada incidência do uso de drogas. Desta forma, os transtornos mentais provocados pelo abuso de drogas, geram uma grande procura da UBS, muitas vezes com origem na situação socioeconômica vivida e nas dificuldades familiares enfrentadas no dia a dia.

➤ Obesidade.

A obesidade é um problema de saúde pública da atualidade. Uma alimentação rica em carboidratos, gorduras saturadas e alimentos processados prevalece na mesa dos indivíduos adscritos na ESF Santa Cruz I, ao contrário de frutas, verduras, legumes e proteínas. Além disso, a diária de trabalho exaustiva, que a maioria da população desta área é submetida (baixa escolaridade e qualificação profissional), faz com que os indivíduos tenham cada vez menos tempo e disposição para prática de exercícios físicos, gerando uma comunidade, em sua maioria, sedentária e obesa.

➤ Baixa condição socioeconômica-cultural.

É de extrema importância conhecer os fatores socioeconômicos, sanitários e ambientais que influenciam a saúde da população, investigar os potenciais e as barreiras existentes para os melhoramentos comunitários. As informações sobre a existência, a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços, incluindo: serviços de saúde, serviços ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo, etc) e serviços sociais (creches, escolas e outros). As informações sobre os aspectos sociais focalizam-se nas crenças e valores que podem facilitar ou impedir mudanças de comportamento. Uma análise dos aspectos econômicos busca conhecer a renda, a escolaridade, o perfil de ocupação e as oportunidades econômicas dos vários grupos populacionais. A comunidade adscrita na ESF Santa Cruz I é composta, predominantemente, por famílias inseridas nas baixas classes sociais, vivendo em moradias de precária estrutura física, baixa escolaridade e razoáveis condições gerais de vida. Essa população, considerada de alto risco, utiliza muitos os serviços da UBS. É raro a família que possui plano particular de saúde, têm menor acesso à informação e maior necessidade de recorrer aos serviços públicos. Desta forma, os usuários utilizam em excesso os recursos que a atenção primária oferece, gerando uma saturação da oferta perante o excesso da demanda.

Conforme se observa no Quadro 1, considerando a importância do problema (alta), urgência (maior nota) e capacidade de enfrentamento (total), foi considerado problema prioritário “grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme explicita Santana (2008, p.18)

Procurar entender as dinâmicas que envolvem a demanda espontânea e utilizá-la como recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente é fundamental para que o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico se reverta a tal ponto, que ações multidisciplinares, usuário-centradas e focadas na prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser efetivadas.

A incipiente organização da demanda espontânea sobressai como o fator que causa maiores danos ao adequado funcionamento da atenção primária. Na ESF Santa Cruz I, como o número desses atendimentos é muito elevado, a qualidade do serviço a ser oferecido vem diminuindo paulatinamente, e ações preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção primária, principalmente ações de promoção e prevenção de saúde, estão em segundo plano. Não há classificação de risco e o atendimento ocorre por ordem de chegada, sedo que todas as vagas são preenchidas em menos de uma hora. Desta forma, atendem-se pacientes sem problemas urgentes que, na verdade, poderiam ter agendado uma consulta posteriormente, se bem instruídos.

As tentativas de mudanças no acolhimento e agendamento não são bem aceitas pelos usuários (foram feitas reclamações na secretária de saúde municipal). Muitos não compreendem que a melhor forma de se ter um atendimento de qualidade, é por meio de uma consulta com tempo suficiente para se estabelecer conhecimento geral do paciente e, não, de uma queixa específica. A maioria da população e da coordenação da saúde municipal acredita que a unidade de saúde ideal seria aquela com atendimento de um grande número de pacientes, em um curto período de tempo, apenas recebendo medicações e pedidos de exames.

Desta maneira, torna-se necessário criar meios que possibilitem a organização da demanda espontânea, a fim de estabelecer um atendimento com acesso de qualidade para todos os cidadãos e proporcionar um ambiente de trabalho saudável.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para organização da demanda espontânea na Unidade de saúde Santa Cruz I, Caratinga, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Apresentar os nós críticos da desorganização da demanda espontânea na ESF Santa Cruz I;
- Descrever e identificar as estratégias relacionadas à organização da demanda espontânea.

4 METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), através da estimativa rápida, segundo Faria, Campos e Santos (2018). Foi realizada observação ativa do cotidiano da ESF Santa Cruz I, consulta com informantes-chave: agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem e usuário da unidade, além de revisão da literatura sobre o tema.

Fez-se uma revisão de literatura com artigos científicos publicados entre os anos de 1996 e 2019, tendo como palavras chave: acolhimento, estratégia saúde da família e triagem. Ainda, utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde.

A revisão de literatura embasou a elaboração do plano de ação seguindo o PES (Planejamento Estratégico Situacional).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Da criação do Sistema Único de Saúde à Estratégia da Saúde da Família

O desenho institucional do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro assumiu marcadamente caráter inovador e configurou o Sistema Único de Saúde (SUS). O conjunto de diretrizes que orientou a nova estrutura organizativa, consagrada no texto da Constituição Federal de 1988, estabelece as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantaram o SUS, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde, enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso todos os níveis do sistema e o Estado promovendo e garantindo essa atenção (BRASIL, 1997). Mais tarde, o SUS passa a ser regulamentado pelas Leis 8.080 de 19 setembro e 8.142, de 29 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1996).

No SUS então o atendimento será universal – todos podem utilizar o sistema, de forma gratuita e organizada -, hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades (BRASIL, 1997).

Para concretização e posterior efetividade do SUS como política de saúde no Brasil, fez-se necessárias estratégias para sua consolidação, construção de novos desenhos e arranjos assistenciais. Segundo Santos (2011), entre as propostas com essa preocupação, em 1991, inicia-se o enfoque a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo, através da formulação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

Ainda segundo este autor, o PACS, já vinha sendo desenvolvido desde 1986 no Nordeste (Ceará) e cujas raízes encontram-se nos pressupostos da Medicina Comunitária, e mais especificamente, no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PACS tem como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbi-mortalidade infantil na região nordeste do Brasil desenvolvendo atividades relacionadas à prevenção e à educação em saúde, principalmente, em municípios de baixa densidade populacional (SANTOS, 2011).

Dando continuidade ao propósito de consolidação do SUS, em 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, que segundo Vasconcelos (1998), o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS, na municipalização, integralidade e participação da comunidade” (VASCONCELOS, 1998).

Com relação aos mecanismos, para impulsionar a sua execução, destacam-se: a Norma Operacional Básica de 1996, que valoriza o incremento de cobertura pelo PSF com maior incentivo financeiro aos municípios para tal, e o “Projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS”, que contemplou o Programa como prioridade de investimento (BRASIL, 1996).

O PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce das doenças, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1996).

Para Oliveira e Colvero (2001), a partir de então a família é eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde e passa a ser responsabilidade da equipe. Cabe à equipe de saúde perceber a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivamente, tendo sempre em vista os indivíduos como cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto socio familiar (OLIVEIRA; COLVERO, 2001).

Conforme Santana (2008), o PSF permitiu descentralização e municipalização dos serviços de saúde, sendo então, estratégia fundamental para ações inovadoras e para configuração de um Sistema Único e Descentralizado, capaz de permitir a expressão das diversidades regionais na Atenção à Saúde no Brasil. Não obstante, o PSF reorganiza a oferta de serviços de saúde, reorientando o modelo assistencial vigente, predominantemente, hospitalocêntrico e curativo, centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação no contexto social (SANTANA, 2008).

Posteriormente, através da Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006), o programa de saúde da família passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo os dados do SIAB, de junho de 2019 do Ministério da Saúde, há um total de 43.021 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo 63,70% da população, o que corresponde a aproximadamente 132, 9 milhões de pessoas. Comparando com os dados de mesmo período em 2008, observa-se um aumento na cobertura de 91 milhões de pessoas. Logo a ESF este em funcionamento em quase todo o território nacional e em acentuada expansão.

Segundo Araújo (2017) e Santos (2011), a ESF tem como objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial e procura aproximar o serviço de saúde da comunidade, de forma a torna-lo mais humanizado e acolhedor. A ESF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade

entre profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (SANTOS, 2011).

Dito isso, para Souza (2006), o acolhimento é apresentado como a possibilidade de universalizar o acesso, transformar os serviços de saúde da atenção básica como a porta de entrada a todos os usuários que dela necessitarem, possibilitado a reorganização do sistema de saúde.

5.2 O acolhimento na Estratégia da Saúde da Família

Conforme Souza e Rodrigues (2006) entende-se como acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, como também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população, tendo em vista que muitos trabalhadores denominam de acolhimento a demanda espontânea do usuário à unidade.

Para Araújo (2017) e Santana (2008), a demanda espontânea diferencia da demanda programada porque a primeira representa necessidade auto percebida pelo usuário, geralmente, de resolução imediata, o que confere sua busca ao serviço de saúde. Por sua vez, na prática diária dos profissionais, segunda configura um atendimento agendado, seja pelo intuito do próprio usuário ou pela concretização da busca ativa do funcionário em relação ao paciente.

Segundo Feijó (2013) e ainda para Santana (2008) a busca ativa pressupõe um prévio diagnóstico individual (ou coletivo) referente a um problema de saúde que precisa ser evitado ou tratado. Por essa razão, a demanda programada, via de regra, advém de um rastreamento epidemiológico, por meio do qual, identificam-se os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que interferem no perfil de morbimortalidade da região, devendo, pois, serem acompanhados (FEIJÓ, 2013) (SANTANA, 2008).

É fundamental, conforme Pinheiro (2001), que haja a integração das demandas programada e espontânea para que as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser elaboradas e realizadas. A necessidade de articulação entre uma e outra é necessária, para que a demanda espontânea seja aproveitada na aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco à saúde, assim como para o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Pra que ocorra essa integração, faz necessário à participação de todos os componentes da equipe de saúde, não sendo, portanto atribuição restrita a apenas um profissional. Doria e Polidoro (2004) ressaltam a necessidade da união de todos, independentemente de seus

vínculos profissionais, além da participação efetiva do gerente, conselho gestor e da comunidade (DORIA; PALIDORO, 2004).

Segundo Guisardi e Francolli (2005) reserva-se ao acolhimento a função de servir de instrumento para mudar o processo de trabalho em saúde, por meio da qualificação da escuta e do comprometer-se com a resolutividade dos problemas da população (GUISARDI; FRANCOLLI, 2005). Pinheiro (2001) reconhece no acolhimento sua potencialidade para reorganizar os serviços de saúde, uma vez que o indivíduo passa a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

Conforme Ribeiro et al. (2006) acolher tem como objetivo “orientar o fluxo de demanda, sem risco de descrédito frente à comunidade, devido a atendimentos negligenciados”. Assim, o acolhimento é capaz de processar atitudes e comportamentos inadequados da população em relação ao serviço de saúde, na medida em que transforma a conduta e a responde ao seu emissor de forma organizada, atenuada e clara; na medida em que troca uma postura de indiferença por uma atitude de solidariedade.

Contudo, ainda que ele consista numa tecnologia para mudar o processo de trabalho em saúde, procurando qualificar a escuta e comprometerem-se com a resolutividade dos problemas da população, algumas dificuldades na sua operacionalização têm sido apontadas por Aguiar (1998) e Francolli (2005), tais como: falta de recursos humanos para operacionalizá-lo, excesso de demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, sobrecarga do trabalho do enfermeiro, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada (AGUIAR, 1998; FRANCOLLI, 2005).

Enquanto esses problemas persistirem, dificilmente o acolhimento alcançará todo seu potencial para promover transformações nos processos de trabalho estabelecidos às unidades de saúde, mesmo que elas sejam estruturadas conforme as orientações da estratégia saúde da família.

Para Feijó (2013) e Santana (2008), considerando que grande parte dos profissionais de saúde estão habituados a desenvolver suas ações isoladamente, tendo como parâmetro o modelo médico de resolutividade imediata, é esperado que todo o tipo de qualificação profissional seja oferecido ao corpo de recursos humanos de uma instituição. Ênfase deve ser dada aos aspectos multiprofissionais e humanizados de se desenvolver assistência, porém, tão relevante quanto, é reforçar prática e teoricamente todos os conceitos e as relações causais que envolvem a necessidade de se reorganizar a Atenção Primária à Saúde, pois, dificilmente,

ensina-se a uma pessoa como se comprometer com algo que não pertence ao seu rol de valores ou entendimento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Uma vez discutidos os maiores problemas de saúde da área de abrangência, em comum acordo, a equipe do ESF Santa Cruz I elegeu como prioridade número 1 o grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais.

A Atenção Primária à Saúde traz em seus fundamentos, a proposta de reorganizar as práticas assistenciais em saúde e trouxe como desafio a construção de uma lógica de práticas de cuidado que se contrapõem ao modelo biomédico, ou seja, traz como premissa uma concepção ampliada do processo saúde-doença, definindo o homem como um ser social inserido em uma dimensão histórica, social e relacional, capaz de construir seu meio e suas relações. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa contribuir para essa reorientação do modelo assistencial e procura aproximar o serviço de saúde da comunidade. O ESF constitui um importante veículo para a organização da atenção primária à saúde e busca desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

Contudo, no ESF Santa Cruz I no município de Caratinga, a ESF vem atuando prioritariamente como modelo tradicional centralizado na doença, atendo-se a ações curativas e uso de medicina de alto custo (grande número de encaminhamentos para especialidades). Logo, a equipe desta ESF identifica como problema prioritário o não funcionamento dos programas de promoção e prevenção da saúde, devido sobrecarga nos atendimentos denominadas demandas espontâneas (indivíduo que comparece a unidade inesperadamente, seja por problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde). Ainda, a equipe desta unidade relata que tal problema não ocorre apenas nesta equipe (informações de pessoas que já atuaram em mais de uma ESF no município), mas em todo o município, desta forma, identifica-se que há, também, a necessidade de reorganização da prática gerencial - gestores e gerentes municipais.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O nível primário de saúde constitui a primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maioria da população do bairro Santa Cruz. Porém, na ESF Santa Cruz I, acolher todos esses usuários tem sido uma tarefa árdua e complexa, pois a garantia de atendimento com qualidade a todos os usuários, em grande parte, não se concretiza.

Desta forma, o cenário é de caos na realidade diária desta equipe:

- Filas infundáveis na busca por atendimento – grande demanda reprimida;
- Profissionais sobrecarregados – mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelece relações frias, desumanizadas e de desinteresse;
- Não priorização dos casos – qualificação inadequada da equipe;

O somatório desses fatores gera a baixa resolutividade e grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais. Logo, o acolhimento e os profissionais que nele atuam, são os principais responsáveis pelo gerenciamento de toda a demanda espontânea que chega ao serviço.

Não há classificação de risco no acolhimento inicial, o atendimento ocorre por ordem de chegada, sendo que todas as vagas são preenchidas na primeira hora de atendimento. Desta forma, atendem-se pacientes sem problemas urgentes que, na verdade, poderiam ter agendado uma consulta posteriormente, se bem orientados. No decorrer do atendimento, aparecem de fato os atendimentos de urgência, que são incluídas no atendimento, independentemente do número de agendamentos. Assim, todo o atendimento da equipe fica sobrecarregado, e isso tem afugentado os poucos que comparecem em consulta agendada, reforçado por grandes atrasos na consulta – as urgências não permitem seguimento da agenda por horário -.

A redução do número de vagas para demanda espontânea não foi aprovada pelos gestores – coordenação do ESF e secretário de saúde –, quando proposto no início de janeiro 2019 pela médica da equipe que iniciara suas atividades em dezembro de 2018 pelo programa Mais Médicos. Esta profissional sentiu-se sobrecarregada logo nos primeiros dias de atendimento, devido ao não funcionamento correto das demandas programadas e consequentemente, dos programas como hiperdia, puericultura, pré-natal e saúde mental. A gestão alegou que a redução no número das vagas para demanda espontânea gerariam reclamações com a gerência, recepção e com a equipe de enfermagem. Conclui-se que a gestão não compreende qual a melhor forma de se ter um atendimento de qualidade e que as ações da ESF devem ser voltadas para promoção e promoção da saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A proposta de implantar o acolhimento traz consigo alterações significativas, entre outras, a do processo de trabalho. É nesse cenário modificado que o processo de trabalho centrado no interesse do usuário é o fator norteador das práticas assistenciais, pois o modelo curativista e biomédico, focado em fluxo unidirecional, é rompido, dando lugar às várias intervenções multiprofissionais, aumentando o acesso dos usuários a outros saberes primordiais da área da saúde, o que desencadeia a valorização da equipe multiprofissional. Sendo assim, nem todos que estão na fila são agendados para a consulta médica, apenas os que dela necessitam.

Como consequência da valorização de outros saberes, surge a necessidade de capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da família, exigida por esta nova dinâmica do processo de trabalho.

Desta forma, propõe-se a reflexão crítica do processo de trabalho e saúde, apontando a necessidade de redirecionar a centralidade do saber médico na determinação dos processos de trabalho em saúde. Fazendo-se abandonar o paradigma flexneriano, que traz como características um trabalho individual, isolado, centrado no médico, com escassa preocupação em relação à promoção, à prevenção ou à integralidade da atenção e também restrita atuação do Estado ou outra instância como reguladora do processo de organização. Tais mudanças significativas no sistema de saúde, não são possíveis, caso não haja uma participação efetiva de todos os profissionais do setor da saúde para a reorganização dos serviços.

Assim, faz-se necessário a organização das ações do ESF, a fim de se estabelecer um atendimento com acesso de qualidade para os usuários voltados para o preenchimento dos requisitos dos fundamentos da atenção primária e do SUS. Portanto, identificam-se como nós críticos do crescente número de atendimento por demanda espontânea os seguintes pontos:

- Falta de ações voltadas para à promoção, à prevenção e à integralidade da atenção primária em saúde;
- Restrita atuação municipal como instância reguladora do processo de organizacional;
- Ausência do acolhimento e classificação de risco;
- Desconhecimento por parte da população adscrita sobre o que é a atenção básica de saúde;

Falta de ações voltadas para à promoção, à prevenção e à integralidade da atenção primária em saúde:

Para Souza et al. (2012), a integralidade envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de

agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais. Por conseguinte, compreende-se a integralidade como um dos pilares da atenção primária, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação de saúde do indivíduo e suas famílias.

Para tornar realidade o atendimento integral, trabalhar em equipe constitui-se um exercício imprescindível, que deve partir da formação acadêmica do profissional em saúde, com estratégias voltadas, principalmente, para o diálogo, o cuidado, o acolhimento, o vínculo e atividades transdisciplinares. Conforme Souza et al. (2012) um profissional que compreende a prática da integralidade não se detém a uma assistência meramente curativa, mas visa conhecer os possíveis fatores de risco e agir preventivamente, segundo os princípios da educação em saúde, defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compreenda de forma ampliada os problemas de saúde e que possam intervir efetivamente, reconhecendo no indivíduo um sujeito biopsicossocial.

Restrita atuação municipal como instância reguladora do processo de organizacional

Para Vanderlei (2005, p.22), a escolha do gerente para o sistema de saúde municipal, não leva em consideração a sua formação profissional, a sua capacidade técnica, é na verdade, ligado a uma escolha autoritária, baseado em critérios de “confiança” ou de subordinação política. Esse perfil de gerente não se enquadra na ação gerencial, visto que, ele tem um papel importante na efetiva implantação do modelo assistencial, cujos procedimentos estão centrados nos usuários e “não como produtores de procedimentos”.

Ainda segundo Vanderlei (2005), a incompreensão da gerência, enquanto instrumento necessário pra a reorganização dos serviços e saúde e, conseqüentemente para a reorientação do modelo assistencial, deve-se compreender a prática dos gestores e dos gerentes municipais, enquanto protagonistas da estratégia da ESF.

Desta forma, para Vanderlei (2005) os serviços de saúde podem estabelecer suas normas administrativas e padrões de funcionamento, mas, ao mesmo tempo, não podem estar formalizados demais. Os componentes integrantes da atenção em saúde precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Logo, necessita conceber organizações descentralizadas e flexíveis, isto é, com a capacidade autônoma de tomar decisões rápidas em função dos seus problemas próprios e das peculiaridades do seu ambiente.

Ausência do acolhimento e classificação de risco:

Para Beck e Minuzi (2008) o acolhimento é compreendido como a forma humanizada, respeitosa, comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, e um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população, tendo em vista que muitos trabalhadores denominam de acolhimento a demanda espontânea do usuário à unidade. E ainda, o acolhimento também é um instrumento fundamental para operacionalizar a acessibilidade.

Um bom acolhimento, para Beck e Minuzi. (2008), integra as demandas programadas e espontâneas, proporcionado à elaboração e realização do desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Contudo, ainda que ele consista numa tecnologia para mudar o processo de trabalho em saúde, procurando qualificar a escuta e comprometer-se com a resolutividade dos problemas da população, algumas dificuldades na sua operacionalização são identificar no ESF Santa Cruz I, tais como: alta demanda, sobrecarga de trabalho da equipe, dificuldade de adesão dos usuários aos horários de atendimento da equipe, horário do acolhimento visto como fardo pelos profissionais, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões.

Enquanto esses problemas persistirem, dificilmente o acolhimento alcançará seu potencial para promover transformações nos processos de trabalho estabelecidos nas unidades de saúde, mesmo que elas sejam estruturas conforme as orientações da estratégia da saúde da família.

Com isso, considerando-se que grande parte dos profissionais estão habituados a desenvolver suas ações isoladamente, tendo como parâmetro o modelo médico de resolutividade imediata, propõem-se que a qualificação de profissionais seja oferecida à equipe da unidade através da educação continuada. Ênfase deve ser dada aos aspectos multiprofissionais e humanizados de se desenvolver assistência, porém, tão relevante quanto, é reforçar prática e teoricamente todos os conceitos e as relações causais que envolvem a necessidade de se reorganizar a atenção primária à saúde, pois, dificilmente, ensina-se a uma pessoa como se comprometer com algo que não pertence ao seu rol de valores ou entendimento.

Desconhecimento por parte da população adscrita sobre o que é a atenção básica de saúde:

Uma dos fatores contribuintes para a desorganização do atendimento na ESF é a falta de informação dos usuários sobre os serviços de atenção primária, que desconhecem qual o fluxo ou a unidade que devem procurar de acordo com suas necessidades, segundo Doria e Polidoro (2004). A desinformação do usuário é apontada como consequência da inexistência

de divulgação adequada nos serviços primários e da falta de oportunidade ou interesse da população em assistir às palestras educativas ofertadas na ESF (DORIA; POLIDORO, 2004).

Ressalta-se o papel dos profissionais de atuam na ESF de informar, de forma clara e acessível, a respeito da hierarquização da rede de saúde, explicando as opções de procedimentos que o serviço tem a oferecer. Percebe-se que muitas das expectativas dos usuários quanto à ESF estão além do rol de atividades a serem ofertadas na APS, e ainda não está claro para a população o processo de descentralização da rede de serviços.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de ações voltadas à promoção, à prevenção e a integralidade da atenção primária”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de ações voltadas à promoção, à prevenção e a integralidade da atenção primária.
Operação (operações)	Implementar Educação Permanente em Saúde (EPS) no ESF Santa Cruz I, tendo como base a Portaria nº 1996/2007 (Política Nacional para a EPS).
Projeto	Capacitação permanente da equipe Santa Cruz I
Resultados esperados	- Ação de educação permanente em saúde para a equipe implantada e em funcionamento. - Pessoas compreendendo e participando ativamente das ações de prevenção, promoção.
Produtos esperados	- Reuniões mensais volta à educação permanente; - Implementar atendimento integral (diálogo, cuidado, acolhimento, vínculo e atividades transdisciplinares).
Recursos necessários	Político: adesão de toda a equipe Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Financeiro: aquisição de materiais para leitura e discussão Organizacional: horário comum liberado para participação das reuniões mensais da educação permanente e qualificação profissional;
Recursos críticos	Organizacional: autorização e participação da gerência municipal de saúde, conjuntamente com a participação de todos os integrantes da equipe de ESF em horário comum.

	Político: adesão dos gestores;
Controle dos recursos críticos	• Atores que controlam: secretaria de saúde municipal e ator que planeja. • Motivação dos atores: ○ Secretaria de saúde municipal: indiferente; ○ Ator que planeja: favorável.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto `para pessoas que poderão e deverão “comprar” a ideia de implantação da EP.
Plano operativo - Prazo	180 dias
Plano operativo - Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenador da ESF, coordenador da unidade de saúde onde está inserido a equipe de ESF, toda a equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde).
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões e atividades mensais em reunião de equipe, além de reunião bimestral na educação permanente continuada.
Análise da viabilidade do plano e gestão do plano	- Coordenador da ESF: Favorável. - Coordenador da unidade de saúde onde está inserido a equipe de ESF: Favorável. - Equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde): Favorável

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Restrita atuação municipal como instância reguladora do processo de organizacional”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Restrita atuação municipal como instância reguladora do processo organizacional.
Operação (operações)	Incorporar na coordenação municipal de Caratinga, especialista em gestão da atenção primária na saúde.
Projeto	Gerindo com sabedoria

Resultados esperados	- Ampliar a participação da equipe no processo de tomada de decisão; - Organizar o processo de trabalho.
Produtos esperados	- Contratação de coordenador com experiência em gestão da saúde primária; - Reuniões de equipe para a tomada de decisão trimestralmente.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; Financeiro: liberação de verba para contratação de coordenador com qualificação para gerir a atenção primária de saúde; Organizacional: organização de reuniões com os gestores e acolhimento do novo membro da coordenação da ESF; Político: indicação de coordenador com experiência em gestão de atenção primária.
Recursos críticos	Organizacional: autorização e participação da gerência municipal; Financeiro: liberação orçamentária pra contratação do coordenador em atenção primária de saúde.
Controle dos recursos críticos	• Atores que controlam: secretaria de saúde municipal e prefeito municipal. • Motivação dos atores: ○ Secretaria de saúde municipal: indiferente; ○ Prefeito municipal: indiferente.
Ações estratégicas	Apresentar projeto.
Plano Operativo - Prazo	90 dias
Plano Operativo - Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Secretário de saúde municipal e coordenador da ESF municipal.
Processo de monitoramento e	Inicialmente quinzenalmente, por 2 meses, em reunião de equipe e coordenação da ESF, e posteriormente bimensalmente, para discussão

avaliação das ações	das ações e avaliação das mudanças propostas.
Análise da viabilidade do plano e gestão do plano	- Secretário de saúde municipal: Indiferente - Coordenador da ESF municipal: Indiferente

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Ausência do acolhimento e classificação de risco”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência do acolhimento e classificação de risco.
Operação (operações)	Implementar Educação Permanente em Saúde (EPS) no ESF Santa Cruz I, tendo como base a Portaria nº 1996/2007 (Política Nacional para a EPS).
Projeto	Capacitação permanente da equipe Santa Cruz I
Resultados esperados	- Implantar ação de educação permanente em saúde para a equipe; - Eliminar o atendimento por ordem de chegada e equidade de atendimento;
Produtos esperados	- Reuniões mensais volta à educação permanente; - Definição de ações de acolhimento e atenção a serem executadas pelos membros da equipe.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Financeiro: previsto na Portaria nº 1996/2007 (Política Nacional para a EPS); Organizativo: horário comum liberado para participação das reuniões mensais da educação permanente e qualificação profissional;
Recursos críticos	Organizacional: autorização e participação da gerência municipal de saúde, conjuntamente com a participação de todos os integrantes da equipe de ESF em horário comum. Político: adesão dos gestores;

Controle dos recursos críticos	• Atores que controlam: secretaria de saúde municipal e ator que planeja. • Motivação dos atores: ○ Secretaria de saúde municipal: indiferente; ○ Ator que planeja: favorável.
Ações estratégicas	Não é necessária.
Plano Operativo - Prazo	180 dias
Plano Operativo - Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenador da ESF, coordenador da unidade de saúde onde está inserido a equipe de ESF, toda a equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde).
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões e atividades mensais em reunião de equipe, além de reunião bimestral na educação permanente continuada.
Análise da viabilidade do plano e gestão do plano	- Coordenador da ESF: Favorável. - Coordenador da unidade de saúde onde está inserido a equipe de ESF: Favorável. - Equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde): Favorável

Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Desconhecimento por parte da população adscrita sobre o que é a atenção básica de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz I, do município Caratinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Desconhecimento por parte da população adscrita sobre o que é a atenção básica de saúde.
Operação (operações)	Orientar sobre as atribuições e funções de atenção básica na saúde da comunidade.
Projeto	Grupo operativo para a comunidade tendo como tema central – o que é atenção básica na saúde.
Resultados esperados	- Compreensão do funcionamento da unidade de saúde (demanda espontânea, agendamentos, programas de promoção e prevenção à

	saúde); - Melhoria da satisfação e qualidade de saúde;
Produtos esperados	- Maior participação nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde;
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; Financeiro: aporte orçamentário por parte da gestão para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes; Organizativo: elaboração de cartazes e panfletos.
Recursos críticos	Financeiro: aporte orçamentário por parte da gestão para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes;
Controle dos recursos críticos	• Atores que controlam: secretaria de saúde municipal e coordenador da ESF. • Motivação dos atores: ○ Secretaria de saúde municipal: indiferente; ○ Coordenador da ESF: favorável.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto.
Prazo	180 dias
Plano Operativo - Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenador da ESF, toda a equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde).
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões avaliativas das atividades comunitárias, mensalmente em reunião de equipe.
Análise da viabilidade do plano e gestão do plano	- Coordenador da ESF: Favorável. - Equipe do ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde): Favorável

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de iniciar este estudo, percebia-se que era grande a resistência dos profissionais de saúde da ESF Santa Cruz I em fazer o acolhimento. Nesta unidade é comum utilizar o termo acolhimento como atendimento à demanda espontânea, ou seja, o processo pelo qual o usuário percorre para acessar o serviço, geralmente, quando não tem consulta médica marcada.

A prática do acolhimento tem potencial para modificar o processo de trabalho, orientar a população no que trata o fluxo de atendimento, identificar as demandas implícitas e explícitas dos usuários, além de garantir a autonomia, o respeito e o vínculo entre o profissional e a comunidade.

Logo, compreendeu-se que a organização dos serviços, bem como o vínculo e compromisso profissional com sua clientela tem mais chances de serem bem sucedidos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. D. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: novo paradigma?** Rio de Janeiro. 1998. 163f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: < <https://teses.iciict.fiocruz.br/pdf/aguiardsm.pdf> > Acessado em 25 set 2019.

ARAÚJO, P. O. ASSIS, M. M. A. Organização da Demanda e Oferta de Serviços na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde.Com**, Feira de Santa, 2017. p. 994-1002. Disponível em: < <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/3611/2986> > Acessado em 29 nov 2019.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 nov 1996. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> > Acessado em 25 set 2019.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acessado em 30 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mar 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf > Acessado em 30 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acessado em: 06 jun 2019.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde.Santa Maria**, v. 34a, n 1-2, p. 37-43, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/download/6496/3948>. Acessado em 15 maio 2019.

CARATINGA. Prefeitura Municipal de Caratinga. **História**, 2019. Disponível em: www.caratinga.mg.gov.br. Acesso em 10 de out de 2019.

DORIA, S. C. B; POLIDORO, M. A. Implementação do acolhimento resolutivo na unidade básica de saúde da família e pronto atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo. In: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 2004, Brasília. **Trabalhos premiados**, p. 76-86.

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

FEIJÓ, T. **O acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho: uma análise em duas unidades de atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro com modelos distintos de atenção.** 2013. Dissertação (Mestrado Multiprofissional em Atenção Primária Com Ênfase em Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. 119f. Disponível em: <

<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3720> > Acessado em 28 de nov de 2019.

GUISARDI, P. J; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. In: Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos, Rio de Janeiro. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf> > Acessado em 25 set 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -**IBGE cidades**, 2018 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/caratinga/panorama>. Acessado em 06 maio 2019.

OLIVEIRA, M. A. F; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, p. 198-201.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 65-112.

RIBEIRO, M. T. A.M.; *et al.* Acolhimento Virtual – melhor acessibilidade à estratégia de saúde da família. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/06/2006. P. 243.

SANTANA, M. L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de Pindamonhangaba, Taubaté/SP**. 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Taubaté, São Paulo, 2008. 208f. Disponível em: < http://www.ppga.com.br/mestrado/2008/santana_milena_lopes.pdf > Acessado em 03 jun 2019.

SANTOS, T.S. **Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Educação) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. 133f. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-22102013-153951/publico/ELLEN_TAHAN_SANTOS_mestrado.pdf > Acesso em 30 out 2019.

SEVERO, S. B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, June 2010 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080 > Acessado em: 25 set 2019.

SOUZA, M. P. D.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção, Desenvolvimento e Prática do acolhimento de profissionais inseridos no PSF. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8, e Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. **Anais** de 15 a 18/6/2006. p. 167-168. Disponível em: <

<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/2073>>
Acessado em: 06 jun 2019.

SOUZA, M. C. *et.al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O mundo da Saúde** São Paulo, v.012, n. 3, p.452-46, 2012
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_saude_olhar_equipe.pdf>
Acessado em: 30 out 2019.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
Acessado em: 30 out 2019

SOUZA, W.G. et al. **Caratinga 170 Anos: Múltiplos Olhares**. Caratinga: Editora FUNEC, 2018.

VANDERLEI, M. I. G. O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão, Ribeirão Preto/SP. 2005. 223 f. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
Disponível em: <
www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde...090041/.../VANDERLEI_MIG.pdf>
Acessado em 03 jun 2019.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 155-172