

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

Marcos Itaborahy Fagundes Netto

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE
ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO, DORES DO TURVO, MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2020

Marcos Itaborahy Fagundes Netto

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE
ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO, DORES DO TURVO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Kátia
Ferreira Costa Campos

Belo Horizonte

2020

Marcos Itaborahy Fagundes Netto

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE
ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS E PROGRAMADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO, DORES DO TURVO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Kátia Ferreira Costa Campos. Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da UFMG

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de junho de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida. Agradeço aos meus pais e toda minha família, que são meu alicerce e refúgio. Agradeço à minha noiva Paula por todo companheirismo e carinho, que tornam qualquer tarefa menos árdua. Agradeço também a todos os professores que contribuíram de forma imensurável para minha formação acadêmica e profissional, em especial à Professora Kátia, minha orientadora desse trabalho.

Não confunda jamais conhecimento com sabedoria. Um o ajuda a ganhar a vida; o outro, a construir uma vida.

(Sandra Carey)

RESUMO

Este plano de intervenção buscou a organização da agenda de atendimento das demandas espontâneas e programadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Dores do Turvo, Minas Gerais. Objetivo geral: apresentar um plano de intervenção para organização da agenda de atendimento das demandas espontâneas e programadas na UBS Centro de Dores do Turvo, Minas Gerais. Foi realizado levantamento bibliográfico para contextualização teórica e para desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, com a análise da situação da unidade, listagem dos problemas, definição das prioridades, e identificação dos nós críticos passíveis de intervenção. Foi escolhido como problema prioritário a falta de organização da agenda de atendimento, e os nós críticos foram: agenda da equipe desorganizada; uso irracional dos sistemas de saúde e falta de organização dos grupos operativos. Determinou-se três projetos para enfrentamento do problema: mudança da agenda para que haja melhoria do acesso à saúde e estabelecimento de protocolos de estratificação de risco; oferta de educação da população em relação aos serviços de saúde para redução do tempo de espera e melhor funcionalidade do sistema de saúde; e a criação organizada de grupos de apoios frequentes aos usuários com doenças crônicas para melhor controle dos sintomas clínicos e estímulo ao autocuidado. Espera-se que essas ações sejam continuadas a longo prazo para que haja organização do atendimento e melhor qualidade do serviço.

Palavras-Chave: Atendimento Médico. Atenção Primária à Saúde. Agenda Médica. Equipe de Saúde.

ABSTRACT

This intervention plan sought to organize the agenda for meeting spontaneous and programmed demands at the Basic Health Unit (UBS) Centro de Dores do Turvo, Minas Gerais. General objective: to present an intervention plan to organize the agenda for meeting spontaneous and programmed demands at UBS Centro de Dores do Turvo, Minas Gerais. A bibliographic survey was carried out for theoretical contextualization and for the development of the intervention plan, the Situational Strategic Planning was used, with the analysis of the situation of the unit, listing of problems, definition of priorities, and identification of critical nodes subject to intervention. The lack of organization of the service agenda was chosen as a priority problem, and the critical nodes were: disorganized team agenda; irrational use of health systems and lack of organization of operating groups. Three projects were determined to face the problem: changing the agenda to improve access to health and establishing risk stratification protocols; offering education to the population in relation to health services to reduce waiting times and improve the functionality of the health system; and the organized creation of groups of frequent support to users with chronic diseases to better control clinical symptoms and encourage self-care. It is expected that these actions will be continued in the long term so that there is organization of care and better quality of service.

Keywords: Health Care. Primary Health Care. Medical Agenda. Health Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

DE – Demanda Espontânea

DM – Diabetes Mellitus

DP – Demanda Programada

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

VDRL – VenerealDiseaseResearchLaboratory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de Prioridades para os Problemas Identificados no Diagnóstico da comunidade da UBS Centro em Dores do Turvo, MG, 2019. 17

Quadro 2 – Operação sobre o nó crítico " Agenda da equipe desorganizada" relacionado ao problema " Falta de organização da agenda de atendimento ", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dores do Turvo, estado de Minas Gerais. 29

Quadro 3 – Operação sobre o nó crítico "Uso irracional dos sistemas de saúde" relacionado ao problema " Falta de organização da agenda de atendimento ", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dores do Turvo, estado de Minas Gerais. 30

Quadro 4 – Operação sobre o nó crítico " Falta de organização dos grupos operativos" relacionado ao problema "Falta de organização da agenda de atendimento", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dores do Turvo, estado de Minas Gerais. 31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Aspectos gerais do município	10
1.2	Aspectos da comunidade	12
1.3	O sistema municipal de saúde.....	11
1.4	A Unidade Básica de Saúde Centro	14
1.5	A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Centro	14
1.6	O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Centro	15
1.7	O dia a dia da equipe Centro	15
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.9	Priorização dos problemas – A seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)	17
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivos Específicos	20
4	METODOLOGIA.....	21
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1	Estratégia Saúde da Família	22
5.2	Atenção Primária à Saúde.....	23
5.3	Organização de Demanda na Estratégia Saúde da Família.....	24
5.3.1	Demanda Espontânea	26
5.3.2	Demanda Programada	27
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
6.1	Descrição do problema selecionado.....	28
6.2	Explicação do problema	28
6.3	Seleção de nós críticos.....	29
6.4	Desenho das Operações	Erro! Indicador não definido.
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de **Dores do Turvo** é um município brasileiro do estado de Minas Gerais com uma área de 231 km², sua população estimada em 2015 era de 4.462 habitantes, em contrapartida 4492 habitantes no último censo em 2010. Sua economia está baseada na agricultura e na pecuária leiteira e com divulgação desta economia, a cidade realiza um evento pecuário na última semana do mês de agosto. O município foi emancipado em 1954 e seu primeiro Prefeito foi **Vicente Martins Moreira**. Todos os anos celebra o jubileu de Nossa Senhora das Dores no período de 5 a 15 de setembro (IBGE, 2019).

Em 1773, **Maria Lopes** doou um a gleba de terras para a construção de um arraial, que recebeu o nome de **Nossa Senhora das Dores do Turvo**, em homenagem à santa de sua devoção e ao pequeno rio Turvo, que banha a região. Em 1873 é dada a primeira provisão para a construção da capela. Depois de diversas mudanças de sede da freguesia de **Dores do Turvo** para **Conceição do Turvo**, e vice-versa, cria-se, definitivamente, em 1873, a freguesia de **Dores do Turvo**, cujos habitantes se dedicavam, principalmente, às atividades agropecuárias. Como distrito, **Dores do Turvo** pertenceu aos municípios de **Piranga**, **Alto Rio Doce** e **Senador Firmino**, até sua emancipação em 1954. O distrito foi criado em 01/07/1830 pelo **leilão nº 472** e o município em 12 de dezembro de 1953 pelo **leilão nº 1.039** e sua instalação se deu em 01/01/1954 (IBGE, 2019).

Ainda, de acordo com publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade tem a data comemorativa de seu aniversário em 01 de janeiro. Em 1975 foi realizado o 1º Jubileu de Nossa Senhora das Dores, organizado pelo saudoso **Padre Nelson Marotta**, que havia assumido a paróquia no ano anterior. A partir de então, o Jubileu de Nossa Senhora das Dores tornou-se tradição e é assistido com entusiasmo não somente pela população local, como também por visitantes dos municípios vizinhos.

Dores do Turvo está situada na Zona da Mata de Minas Gerais, na Região de Saúde de Ubá. Está integrada ao sistema rodoviário nacional através da Rodovia MG-280, que liga a Ubá e se localiza a 323 km de Belo Horizonte. Limita-se com os municípios de Alto Rio Doce, Brás Pires, Rio Pomba, Senador Firmino, Silveirânia, Tocantins e Ubá (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na Atenção Primária à Saúde (APS), Dorés do Turvo utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma que a ESF oferece cobertura para 100% da população. A APS de Dorés do Turvo tem como objetivo fortalecer cada vez mais a Atenção Básica através de todas as ações que lhes são pertinentes, dando ênfase às situações de riscos e vulnerabilidade. Serviços mais complexos como oncologia, reumatologia, hematologia, mastologia, ortopedia, doenças infecto parasitárias e neurologia, por exemplo, são referenciados para Juiz de Fora, Ubá, Belo Horizonte e Muriaé.

No município há dois laboratórios de análises clínicas e os exames mais complexos são encaminhados para o município de Ubá. Existem critérios definidos para solicitação de exames de apoio diagnóstico, que são controlados e regulados no município, que conta com uma central de regulação para encaminhamento e internação, consultas especializadas e exames.

Acerca da assistência farmacêutica, há uma farmácia (Farmácia de Minas) na qual o município dispensa os medicamentos de acordo com a lista do estado, e também outros adquiridos através de recursos próprios do município. Há regularidade no fornecimento de medicamentos de uso contínuo para os portadores de patologias crônicas, como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doenças Cardiovasculares.

Quanto à vigilância em saúde, visando a integralidade do cuidado, insere-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. Sobre a política nacional de Vigilância em Saúde, há a Programação das

Ações de Vigilância em Saúde, que contemplam a pactuação de indicadores no âmbito da Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Promoção de Saúde, Situação de Saúde, Vigilância Sanitária, entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

No município são desenvolvidas ações de notificação dos casos de sífilis em gestantes, com realização de teste rápido para sífilis nesta população e também o teste rápido de toxoplasmose. Em breve, os testes rápidos de Aids, Sífilis, e Hepatite serão realizados na unidade, de acordo com a disponibilização de insumos feitas pelo Estado.

É realizada a vacinação das crianças menores de cinco anos na campanha anual contra poliomielite. Na campanha instalam-se postos volantes, além do fixo, para vacinação. Mas, devido a extensão da zona rural e a proximidade dos vilarejos a outros municípios, que leva a população a procurá-los, há dificuldades no cumprimento das metas pactuadas. Há vacinação dos idosos na campanha anual contra a influenza, vacinação contra rubéola de 12 a 39 anos, contra sarampo, rubéola e caxumba (tríplice viral) ao primeiro ano de idade e contra hepatite B de 1 a 19 anos.

1.3 Aspectos da comunidade

Dores do Turvo apresenta uma população estimada de 4.462 habitantes, com densidade demográfica de 19,3 hab/km², constituída em sua maioria por adultos na faixa etária de 20 a 59 anos (IBGE, 2019). A tabela 01 apresenta a distribuição da população por sexo e faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição da população de Dores do Turvo, Minas Gerais, por faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	109	104	213
5 a 9	171	186	357
10 a 14	207	214	421
15 a 19	226	202	428
20 a 29	296	286	582
30 a 39	319	292	611
40 a 49	332	298	630

50a59	278	230	508
60a69	190	199	389
70a79	121	96	217
80e+	48	58	106
Ignorada	-	-	-
Total	2.297	2.165	4.462

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB(2019).

O município é predominantemente rural, com apenas 45,5% da população na zona urbana, distribuídos em dois bairros. Há no município quatro campos de futebol, um ginásio poliesportivo e um clube recreativo, uma escola estadual que abrange o ensino fundamental e médio, quatro escolas municipais sendo duas rurais que possuem apenas o ensino fundamental. Possui também uma creche (em construção) e não há escola do setor privado.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, as principais causas de morte no município de Dorés do Turvo foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Pode-se verificar ainda que a faixa etária mais acometida foi a de idosos (acima de 60 anos).

Não há registros de tétano neonatal, sífilis congênita no município no último ano em doença transmissível e de notificação compulsória, assim como registro de internação por diarreia em crianças menores de um a cinco anos.

Na tabela 2 segue a dados sobre o total de pacientes atendidos na UBD Centro.

Tabela 2 - Total de pacientes atendidos na UBS Centro, em Dorés do Turvo, Minas Gerais, distribuídos por condição de saúde.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO (Nº)
Gestantes	280
Hipertensos	968
Diabéticos	575
Pessoas com doenças respiratórias (asma, Distúrbio Pulmonar Obstrutivo Crônico, enfisema, outras)	1130
Pessoas que tiveram doença do aparelho circulatório	1020
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	145
Pessoas com hanseníase	Sem registros
Pessoas com tuberculose	Sem registros
Pessoas com câncer	227
Pessoas com sofrimento mental	75
Acamados	22

Fonte: Dados da Unidade Básica de Saúde (2019).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Centro

A UBS Centro está localizada na zona urbana do município e conta com sede própria e implantada integralmente seguindo as regulamentações do Ministério da Saúde. Nela estão localizadas duas equipes ESF; urbana, composta por um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários da saúde (ACS), e a rural, composta de uma médica, uma enfermeira, e seis ACS.

Além das equipes ESF há também um bioquímico, dois fisioterapeutas, um dentista, dois agentes de combate às endemias, um fiscal sanitário, a Equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), composta por um assistente social, um educador físico, um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista, e os seguintes profissionais de apoio: um auxiliar de serviços gerais, três auxiliares administrativos, um Coordenador de Atenção Primária à Saúde.

Devido à grande extensão territorial do município, foi detectada a necessidade de algumas unidades de apoio nas seguintes comunidades rurais: Caramonas, São Cristóvão, Macuco e Boa Esperança. A unidade de apoio de Caramonas funciona de segunda a sexta-feira de 7:00 horas às 16:00 horas, com uma médica, uma dentista, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais.

1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Centro

A equipe de saúde é composta por dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, doze ACS, um cirurgião-dentista, a equipe do NASF (com um nutricionista, um assistente social, um fisioterapeuta, um profissional de educação física, um psicólogo, dois médicos do ambulatório, um fisioterapeuta), um bioquímico, um auxiliar de laboratório, um cirurgião-dentista do ambulatório, um auxiliar de fisioterapia, dois farmacêuticos, um auxiliar de farmácia, um fiscal sanitário, quatro técnicas de enfermagem, duas enfermeiras do pronto atendimento e os seguintes servidores de apoio administrativo: um responsável pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD), um auxiliar administrativo e um recepcionista.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Centro

A UBS Centro Dores do Turvo presta assistência de 7:00 horas às 16:00 horas, tendo os profissionais jornada de trabalho semanal de 40 horas, exceto a equipe NASF, com jornada de 20 horas semanais. A agenda de atendimento é dividida da seguinte forma: terça, quarta, quinta e sexta pela manhã atendimentos em demanda espontânea e agendada. No período da tarde, na terça ocorrem as consultas agendadas do grupo de hipertensão e diabetes, na quarta o atendimento agendado em saúde mental, na quinta a puericultura, e na sexta o pré-natal. O acolhimento e a triagem é realizado pela enfermeira da equipe, em algumas ocasiões também consulta de enfermagem. A agenda de educação em saúde é dividida entre ações nas escolas, no grupo de apoio à terceira idade, grupo de saúde mental, grupo de gestantes, e no grupo de usuários de álcool e drogas.

1.7 O dia a dia da equipe Centro

A maior parte da agenda da ESF é preenchida pelos atendimentos de demanda espontânea, já que no município a UBS é a principal referência para assistência à saúde. Estamos em processo de reestruturação da agenda com o propósito de dar ênfase aos grupos operacionais, às estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças. Por ser uma cidade pequena, do interior e de essência rural encontramos muitas barreiras por parte da gestão municipal, por grande parte da população e também por uma pequena parcela da equipe.

Tem-se conseguido migrar para o modelo de gestão colegiada, o que tem trazido muitos benefícios em relação ao aprendizado mútuo entre os integrantes da equipe, assim como dando mais voz a cada um dos profissionais, independente do cargo.

Espera-se conseguir adequar de forma progressiva e continuada cada vez mais aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para que seja possível oferecer um serviço de Atenção Primária à Saúde de mais qualidade, com maior resolutividade e consequentemente desafogando o sistema.

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

A estimativa rápida refere-se aos principais problemas de saúde do território. Para tanto, foi utilizada como estratégia a reunião com a equipe de saúde.

A partir dos dados levantados, constatou-se que na UBS Centro existe um alto número de pacientes que necessitam tratamento contínuo, por apresentarem doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, que não são tratadas e podem evoluir para grandes complicações. Por serem muitos usuários com essas condições, muitas vezes a atenção da equipe de saúde é insuficiente e com isso, o abandono do tratamento tende a ser frequente. Outro problema é a demora de gestantes em iniciar o pré-natal, o que pode ser um risco, principalmente ao se considerar a presença de comorbidades e a faixa etária desse gestante. Tem-se ainda o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, principalmente entre os idosos e a desorganização da agenda de atendimento o que afeta o bom funcionamento do serviço, impedindo a oferta de uma atenção integral e acolhedora, que de certa forma, interfere em todos os processos dentro da unidade.

1.9 Priorização dos problemas – A seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

Frente a essa lista de problema e considerando a realidade do serviço na UBS em questão, são apresentados os problemas por ordem de prioridade, no Quadro 1.

Quadro 1—Classificação de Prioridades para os Problemas Identificados no Diagnóstico da comunidade da UBS Centro em Dores do Turvo, MG, 2019

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção
Falta de organização da agenda de atendimento	Alta	10	Parcial	1º
Alto número de pacientes com doenças crônicas	Alta	5	Parcial	2º
Abandono de tratamento	Alta	5	Parcial	3º
Pré-natal tardio	Alta	5	Parcial	4º
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	5º

Fonte: Elaborado pelo autor de acordo com os dados da UBS Centro (2019).

*Alta, Média ou Baixa** Total de pontos distribuídos até 30*** Total, Parcial ou Fora

Embora todos os problemas listados necessitem de intervenção, foi possível perceber, de acordo com a realidade da UBS, que a organização da agenda é a prioridade, uma vez que sem isso todo o fluxo de serviço fica comprometido, não há oferta de atenção integral, o acolhimento é insuficiente e o acompanhamento do usuário é prejudicado, colaborando para abandono do tratamento, descontrole clínico, utilização de receitas vencidas e acompanhamento tardio.

2 JUSTIFICATIVA

A desorganização da agenda de atendimentos é uma realidade nesta unidade e que pode ser evidenciada tanto pelo serviço que se mostra “lento e obstruído”, quanto pelas longas filas para atendimento e principalmente, pela insatisfação dos usuários que expõe queixas frequentes. Com isso, compreende-se que, não havendo organização do atendimento todo o restante do serviço fica comprometido, não permitindo um bom acolhimento, uma atenção integral ao usuário, um acompanhamento contínuo das condições, e assim, a promoção da saúde e a qualidade do serviço prestado ficam comprometidos.

Nesse sentido, relata-se a importância de organizar agenda para que haja melhora no fluxo do serviço, e de forma geral, melhor assistência prestada aos usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Apresentar um plano de intervenção para organização da agenda de atendimento das demandas espontâneas e programadas na UBS Centro de Dores do Turvo, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Elaborar um novo formato de agenda para a UBS.

Capacitar a equipe para melhor atendimento.

Educar a população para uso racional do serviço de saúde.

Criar grupos de apoio para os usuários com doenças crônicas.

Estimular os usuários para o autocuidado e adesão ao tratamento.

Promover melhora do serviço prestado.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), segundo publicação de Faria, Campos e Santos (2018). De acordo com o método PES, foram definidos os passos que constam neste referido plano, com a análise da situação da unidade, listagem dos problemas, definição das prioridades, e identificação dos nós críticos passíveis de intervenção. Foram definidos, em seguida, o projeto a ser desenvolvido sobre cada um dos nós, bem como os recursos necessários, os recursos críticos, os resultados e produtos esperados, os atores responsáveis, os prazos para desenvolvimento e as ações estratégicas.

Como forma de enriquecer o trabalho foi feita revisão bibliográfica sobre o tema para discutir o que a literatura traz sobre o assunto, compondo assim a contextualização teórica sobre o tema. Para isso, buscou-se nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), artigos dos últimos dez anos, através das palavras chave: Atendimento Médico, Atenção Primária à Saúde, Agenda Médica, Equipe de Saúde, consideradas descritores em ciências da saúde. Foram utilizados também documentos do Ministério da Saúde e os dados da própria unidade, para construção da análise situacional.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Até a década de 80 prevalecia no Brasil uma visão individual e curativa de assistência à saúde, com uma estrutura privada sólida que dificultava o acesso da população ao serviço de saúde. Em 1991 foi criado, visando reduzir essa grande dificuldade de acesso, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que teve resultados importantes, alcançando mais de 100 milhões de pessoas e sendo considerado o maior programa de Atenção Primária. Apesar disso, no ano de 1993 ainda havia no Brasil mais de mil municípios sem médicos disponíveis para atendimento da população. Diante dessa situação, e com o impacto positivo do PACS, o modelo de Saúde da Família pôde então ser implantado no país (BRASIL, 2010 a).

Assim, em dezembro de 1993 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), o qual alterou a “visão biomédica curativa para uma visão holística antropológica, na qual o paciente é considerado como um todo e não como uma patologia que necessita de tratamento, seja ele curativo ou paliativo” (JORGE; GUIMARÃES, 2014, p.114). Nesse programa a assistência à saúde se altera, deixando de focar na emergência para priorizar a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Em 2006, foram necessárias algumas mudanças, e então o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo maior acesso do cidadão, efetivando os princípios e diretrizes desse sistema, e, com o apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), tem buscado aperfeiçoar e ampliar a gestão da saúde, construindo redes de atenção e cuidado (FIGUEIREDO, 2012).

A grande inovação dessa Estratégia é a atuação de uma equipe multiprofissional como porta de entrada no serviço de saúde, contando com médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares de enfermagem, e os integrados ao NASF, como nutricionistas, psicólogos e dentistas, empenhados em assistir e

acompanhar a comunidade visando promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2011).

Além do trabalho em equipe, a ESF requer a adscrição do território, e a família como cerne das ações de saúde. Com isso, passa a considerar quais fatores de risco a comunidade está exposta, suas particularidades, vivências e culturas, e sobretudo, o vínculo entre equipe de saúde e usuários do serviço, tomando a família como base para uma abordagem mais efetiva nessa assistência. Por meio dela toda a população deve receber uma atenção pautada no acolhimento, na humanização, na resolutividade dos problemas e na facilidade de acesso, priorizando a proteção e promoção da saúde (JORGE; GUIMARÃES, 2014).

Nesse novo modelo a atenção à saúde passou a ser acessível a todos, menos onerosa e de maior qualidade, e se estabelece com base em três requisitos: orientação voltada para a família, orientação voltada para a comunidade e adequação às características culturais dessa comunidade (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Com base em dois objetivos principais – melhorar a saúde de toda a população e fornecer recursos de maneira equânime – a ESF tem se expandido no país e colaborado significativamente para o controle de doenças e prevenção do estado de saúde, reduzindo assim as taxas de morbidade e mortalidade, bem como de hospitalizações por doenças crônicas (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Por meio da ESF a população tem tido acesso à consultas médicas, exames, medicamentos, cuidado com a saúde bucal, atenção à saúde mental, pré-natal, estímulo ao autocuidado, ao tratamento proposto e à adoção de hábitos saudáveis. O indivíduo é levado a se tornar corresponsável por seu estado de saúde, e com vistas na atuação multiprofissional, é assistido de forma ampla e integral, considerando suas particularidades, e sempre buscando trazê-lo para perto da equipe de saúde, a fim de que possa ser acompanhado continuamente, mesmo quando em quadro de saúde estável, priorizando sempre a promoção da saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

5.2 Atenção Primária à Saúde

Nesse contexto de assistência à saúde, tem-se estabelecida a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada um eixo articulador no SUS que se caracteriza por ser porta de entrada da comunidade nos serviços de saúde, a qual prioriza não apenas o tratamento, mas o cuidado, a prevenção e o controle, sendo o primeiro contato do indivíduo, no qual se faz possível atender até 90% das condições de saúde da população (OMS, 2019).

A APS se fundamenta na Política Nacional de Atenção Básica e é considerada uma estratégia dentro da organização do SUS, tendo como características a integralidade, o vínculo do profissional de saúde com o usuário já no primeiro contato, e a continuidade do cuidado, além de ser focada na família e na comunidade, considerando suas atribuições culturais. Nela se insere a equipe de saúde, a qual desenvolve ações voltadas para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, de maneira multiprofissional e acolhedora, utilizando a educação em saúde como ferramenta principal para esse fim (BRASIL, 2015).

Tem como funções principais: atender os mais distintos problemas de saúde da população, buscando solucionar a maioria desses; direcionar os usuários aos pontos específicos de atenção, organizando os fluxos e os contra fluxos de indivíduos; e a responsabilização pela condição de saúde do usuário, independente do estágio. Cabe mencionar que, em vista da sobrecarga de doenças crônicas na atualidade, a APS tem como função também estabelecer medidas de gestão clínica e patológica a fim de controlar esses agravos (SHIMAZAKI, 2009).

A APS colabora para que a sociedade civil tenha acesso aos serviços de saúde como um dos meios para atingir a qualidade de vida. Além de facilitar o acesso, tem responsabilidade de fornecer um serviço de qualidade, promover, controlar, tratar e reabilitar as mais diversas condições de saúde, mostrando-se significativamente eficaz no controle de doenças, na prevenção de riscos à saúde e na redução dos gastos com a saúde, uma vez que reduz hospitalizações (OMS, 2019).

5.3 Organização de Demanda na Estratégia Saúde da Família

A ESF, por ser porta de entrada da comunidade aos serviços de assistência à saúde, acaba se estabelecendo como um espaço em que a população toma como referência para buscar a solução para suas necessidades, e, apesar da maioria dos indivíduos ainda procurarem o serviço com vistas em consultas e medicamentos, a atenção necessária a esse público deve considerar as queixas não verbalizadas e a forma como o meio social e familiar influenciam nas expressões de sinais e sintomas (SANTOS; PENNA, 2013).

Com base nisso, é importante que a equipe de saúde forneça atenção e cuidado de forma integral, ao contrário de se limitar apenas à intervenções clínicas, laboratoriais e farmacológicas, voltando-se para o cuidado da população. Esse deve ser focado no sujeito, alvo central e responsável pela sua condição de saúde, priorizando o alívio dos agravos e a busca pela saúde e qualidade de vida (SANTOS; PENNA, 2013).

Assim, a atenção básica prioriza oferecer à comunidade um cuidado integral e multiprofissional, considerando as individualidades de cada usuário e promovendo sua responsabilidade na preservação da saúde. Entretanto, essa realidade tem sido um desafio dentro de uma demanda organizada, principalmente ao se pensar na necessidade de atender tantos usuários e tantas condições sem afetar a qualidade desse atendimento, sem reduzir essas condições a simples receituários, e na importância de se ter uma equipe de saúde totalmente preparada para atuar nesse meio (SANTOS; PENNA, 2013).

As demandas na APS são, em grande parte para atendimento médico e realização de exames, mas é função da equipe de saúde se empenhar em mudar essa realidade e considerar todos os aspectos da vida do usuário, em todas as dimensões, de forma a organizar a demanda de atendimento para que seja possível ouvir, acolher, acompanhar as condições de saúde, estimular o autocuidado, estabelecer vínculo com o sujeito e garantir que seus anseios sejam supridos (PINTO *et al.*, 2017).

No entanto, muitas vezes essa atenção é insatisfatória e a qualidade da assistência prestada é prejudicada. Assim, alguns fatores impactam de forma significativa a

organização do processo de trabalho da equipe de saúde, a saber: a precária comunicação entre os membros da equipe, a falta de escuta adequada, a falta de acolhimento, o excesso de demanda e a exigência de uma média de atendimentos prestados, bem como a falta de preparo e de sensibilidade da equipe (COSTA *et al.*, 2013).

A escuta adequada e o acolhimento eficazes são requisitos na APS e devem ser priorizados em meio aos atendimentos das demandas, independente de haver necessidade de referência para outros níveis, sem qualquer tipo de restrição ou limitação, devendo ser parte integrante da agenda de cada profissional envolvido no atendimento. Assim, para que haja organização na demanda de atendimento esses dois fatores devem ser colocados em prática, bem como a estratificação de risco por meio de escalas e protocolos, a articulação com demais níveis, a educação permanente da equipe de saúde, e a participação de toda a equipe na construção da agenda de atendimento (COSTA *et al.*, 2013).

A organização do processo de trabalho da equipe é primordial para que o acesso ao atendimento clínico seja facilitado, as grandes filas de espera sejam reduzidas, as demandas espontâneas se atenham apenas a urgências e a emergências, os requisitos da ESF sejam atendidos com ênfase na proteção e promoção da saúde e, não menos importante, para que a equipe de saúde trabalhe motivada, sem sobrecarga de atendimentos, e assim não haja prejuízo na assistência prestada aos usuários (CAMARGO *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2007).

5.3.1 Demanda Espontânea

Demanda Espontânea (DE) é aquela em que o indivíduo procura a unidade de saúde espontânea e inesperadamente, em busca da solução de algum problema agudo ou por qualquer outro motivo que julgar ser passível de solução nesse ambiente. Embora se fundamente no modelo clássico de atenção à saúde, a DE deve ser considerada na ESF, mesmo em face da visão de assistência pautada na proteção e promoção da saúde, característica dessa Estratégia (BRASIL, 2010 b).

A DE dentro da ESF deve ser atendida com acolhimento, ou seja, a equipe de saúde deve receber o usuário sem distinção ou preconceitos, colocando-se no lugar desse, sabendo ouvir suas necessidades, e buscando solucionar suas questões com empatia, cuidado e humanização, sendo uma ferramenta indispensável na organização do processo de trabalho e na garantia da assistência integral, equânime, resolutiva e humanizada (GUERRERO *et al.*, 2013).

É importante que o acolhimento da DE ocorra na APS porque boa parte dos casos conseguem ser solucionados pela ESF; a realização de uma escuta adequada das queixas desses indivíduos torna-se possível estabelecer vínculo efetivo entre equipe e usuário de saúde; e, faz-se possível criar estratégias viáveis para a promoção da saúde e para a melhor qualidade da assistência oferecida (BRASIL, 2010 b).

Apesar disso, a prioridade da ESF deve ser a organização do serviço para ações que visem prevenir problemas de saúde da população, reduzir hospitalizações e atendimentos ambulatoriais de emergência e que busquem envolver a população no autocuidado para promoção da saúde (DUCAN, 2004). De acordo com Costa *et al.* (2013, p.71) “o atendimento com ênfase na livre demanda contraria o objetivo da proposta saúde da família, de reorientar o modelo de saúde na perspectiva da construção coletiva.” Para os autores, quando o serviço prioriza a DE, as ações de assistência à saúde focadas na família, e os principais atributos da ESF são prejudicados ou inviabilizados.

5.3.2 Demanda Programada

A Demanda Programada (DP) caracteriza-se pelo agendamento prévio resultante de um acompanhamento e ações antecedentes à consulta, focadas na prevenção, base da APS (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006).

Para que os objetivos da APS sejam atendidos é necessário que haja equilíbrio entre DE e DP. A DE sempre ocorrerá, independente de qualquer ação, uma vez que a agudização dos sintomas das doenças crônicas ou condições inesperadas como cefaleia, fraturas, febre em crianças, entre outros, são comuns e inevitáveis. O

que se espera é que a equipe de saúde esteja pronta para acolher essas condições, rápida e resolutamente, contudo, sem prejuízo da qualidade (MENDES, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Há dificuldade na aquisição de senhas para o atendimento, podendo chegar a mais de três horas, a estratificação de risco na maioria das vezes não ocorre, não há grupos operativos de apoio aos pacientes com doenças crônicas, os retornos das consultas são demorados ou muitas vezes, não são marcados por indisponibilidade de horários, além disso, as visitas domiciliares são bastante restritas, e as consultas de gestantes e de outras comorbidades, que não sejam diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, acabam ficando por último no agendamento. Há, portanto, uma desorganização do atendimento de todo o processo de trabalho da equipe, o que dificulta a qualidade do serviço.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

A falta de organização no atendimento é um problema que chama a atenção pois é algo que afeta todo o funcionamento da unidade e que atinge negativamente a oferta de uma atenção integral, priorizada como um dos pilares do SUS, aos usuários. Há frequentes queixas pela demora do atendimento, pela dificuldade de marcação de exames, ou ainda, pela falta de horários disponíveis para atender a demanda. Além disso, um fator muito importante a se considerar é a dificuldade de acompanhamento da situação da saúde dos usuários, principalmente frente à presença de doenças crônicas, as quais necessitam de acompanhamento e cuidado contínuos. Sem organização dos atendimentos o serviço fica acumulado, não há tempo suficiente para acompanhar os pacientes, não há disponibilidade de realizar grupos de apoio,

as visitas domiciliares tornam-se inviáveis e, com tudo isso, a qualidade do atendimento e o acolhimento dos pacientes ficam comprometidos.

6.3 Seleção de nós críticos (quinto passo)

Diante dessa realidade, o problema destacado como prioritário foi “Falta de organização da agenda de atendimento”, e com base nisso foram determinados três nós críticos desse problema, os quais serão alvos da intervenção. Os nós críticos são descritos em seguida.

- Agenda da equipe desorganizada.
- Uso irracional dos sistemas de saúde.
- Falta de organização dos grupos operativos.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os Quadros 2, 3 e 4 a seguir, representam os desenhos das operações propostas que compõem o Plano de Intervenção da UBS Centro de Dores do Turvo, MG.

Quadro 2–Operação sobre o nó crítico " Agenda da equipe desorganizada" relacionado ao problema " Falta de organização da agenda de atendimento ", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dores do Turvo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Agenda da equipe desorganizada
Operação	<i>“Colocando em ordem!”</i>
Projeto	Mudança da agenda para que haja melhoria do acesso à saúde, prevenção de doenças e promoção à saúde de qualidade. Estabelecer protocolos de estratificação de risco.
Resultados esperados	Abordagem completa das condições crônicas com tentativa de prevenção de doenças. Atendimento organizado de acordo com a estratificação / priorização das condições.

Produtos esperados	Serviço de saúde mais organizado, melhor qualidade de atendimento e atenção à saúde
Recursos necessários	Político: Envolvimento da gestão Cognitivo: Instruções sobre a importância dessa ação e envolvimento da equipe. Capacitação da equipe para organização das demandas espontânea e programada. Infraestrutura – organização dos fluxos e salas de atendimento.
Recursos críticos	Político – envolvimento da gestão
Controle dos recursos críticos	Gestão da UBS, Secretaria de Saúde. Apresentar o projeto e mostrar as vantagens dessa nova agenda tanto para o serviço prestado pela equipe, quanto para os usuários que o receberão
Ações estratégicas	Início do Projeto: Julho de 2019. Previsão para implantação completa da nova agenda: Setembro de 2019. Médico
Prazo	Verificar o funcionamento da agenda, avaliando se o fluxo de atendimento está adequado e organizado.

Fonte: Autor (2019).

Quadro 3–Operação sobre o nó crítico "Uso irracional dos sistemas de saúde" relacionado ao problema " Falta de organização da agenda de atendimento ", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dolores do Turvo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Uso irracional dos sistemas de saúde
Operação	<i>"Como usar?"</i>
Projeto	Oferecer educação da população em relação aos serviços de saúde, para que sejam conscientizados sobre seus direitos e deveres no serviço de APS
Resultados esperados	Redução do tempo de espera e melhor funcionalidade do sistema de saúde
Produtos esperados	Sistema de saúde organizado e integralizado
Recursos necessários	Cognitivo: Para realizar capacitação da equipe e ações educativas para os usuários.

	Material: Recursos audiovisuais para fazer capacitação em formato de aula dialogada com a equipe.
Recursos críticos	Material – aquisição de materiais audiovisuais
Controle dos recursos críticos	Gestão da UBS, Secretaria de Saúde. Adesão da equipe
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com o gestor e equipe da unidade.
Prazo	Início do Projeto: Julho de 2019. Palestras mensais para os usuários Duração: 03 Meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Marcos
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Comparar a demanda de atendimento antes e depois da ação.

Fonte: Autor (2019).

Quadro 4– Operação sobre o nó crítico " Falta de organização dos grupos operativos" relacionado ao problema "Falta de organização da agenda de atendimento", na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Dores do Turvo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de organização dos grupos operativos
Operação	<i>"Vamos apoiar!"</i>
Projeto	Criação organizada de grupos de apoios frequentes aos usuários com doenças crônicas
Resultados esperados	Melhor controle dos sintomas clínicos e estímulo a adesão ao tratamento e ao autocuidado
Produtos esperados	Promoção da saúde e redução de gastos com complicações
Recursos necessários	Estrutural: Local para realizar os encontros do grupo Cognitivo: Capacitação da equipe em educação em saúde Material: Recursos audiovisuais para realização de atividades voltadas para o grupo
Recursos críticos	Material – aquisição de materiais audiovisuais
Controle dos recursos críticos	Gestão da UBS, Secretaria de Saúde.

Ações estratégicas	Estimular a motivação da equipe. Contar com a atuação de uma equipe multiprofissional (NASF) durante esses encontros, e contar com a presença de familiares para que possam se envolver nesse cuidado, como forma de incentivo ao usuário.
Prazo	Início do Projeto: Julho de 2019. Encontros semanais. Duração: sem data prevista para encerrar.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Marcos
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento dos parâmetros clínicos dos usuários (peso corporal, pressão arterial e glicemia)

Fonte: Autor (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de intervenção permitiu compreender melhor as necessidades mais urgentes da UBS Centro, em Dores do Turvo, Minas Gerais, que mostrou-se com processo de serviço desorganizado, o qual estava afetando a qualidade da assistência prestada.

Pôde-se perceber, com base no levantamento bibliográfico e em meio as ações estabelecidas por esta intervenção, que para que os princípios da ESF sejam alcançados se faz necessário um equilíbrio entre demanda espontânea e programada, e que a equipe de saúde deve se empenhar, de forma conjunta, a receber essas demandas organizando-as com base nos critérios de estratificação, e, sobretudo, fornecendo a cada pessoa que procura o serviço um atendimento acolhedor. Aliás, um acolhimento real é o fundamento de todo o serviço, tanto para o usuário, visando vínculo, adesão e promoção da saúde, quanto para o profissional, que passa a se comprometer com a qualidade do serviço e, com a organização do atendimento, tende a trabalhar com mais motivação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS**. (Séria A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n.28). Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010 b. 298p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso: 22 de dez. de 2019.

CAMARGO, K. R. J. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.3, p.58-68, 2008.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 13 de Jun. de 2019.

COSTA, S. M. et al. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Arq Odontol.**, v.49, n.2, p.66-74, 2013.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNASUS UNIFESP, 2012. 12p. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf Acesso: 22 de dez. de 2019.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora. **Revista Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p. 83-97, 2006.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, v.22, n.1, p.132-140, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, **Biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**.2019.Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais> Acesso: 20 de Jun. de 2019.

JORGE, J. C.; GUIMARÃES, C. M. Estratégia Saúde da Família: A enfermagem e o cuidar humanizado. **Estudos**, v.41, p.113-124, out. 2014.

MANCINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v.42, n.1, p.18-37, set. 2018.

MENDES, E. V. **Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS.**Folha Informativa – Atenção primária à saúde**. OPAS Brasil, Janeiro de 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843 Acesso: 23 de dez. de 2019.

PINTO, A. G. A. et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n.5, p.970-977, 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1903-1913, 2018.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, v.11, n.2, p.655-666, 2007.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários.**Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.1, p.149-156, 2013.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**.In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 8p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf> Acesso: 22 dez. 2019.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA.SIAB, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def> Acesso: 20 de Jun. de 2019.