

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

Priscila Cintra Campos

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO GERAL DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE FLAMENGO

A importância do prontuário para a atenção básica em saúde

BELO HORIZONTE

2020

Priscila Cintra Campos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE FLAMENGO**

A importância do prontuário para a atenção básica em saúde

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 Sonia Faria Mendes
Braga

BELO HORIZONTE

2020

Priscila Cintra Campos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE FLAMENGO**

A importância do prontuário para a atenção básica em saúde

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

Orientadora: Professora Dra. Sonia Faria Mendes Braga

Banca examinadora

Professora: Dra. Sonia Faria Mendes Braga – UFMG

Professora: Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de Julho de 2020.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Flamengo, no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, sobre a questão da organização de trabalho desta unidade. Isto, principalmente em relação aos prontuários médicos, agenda e cadastro de usuários. A desorganização dos prontuários é observada pela alta taxa de perda dos mesmos e o mau estado de conservação. A desvalorização do prontuário também é um problema, observamos falhas na elaboração do documento, gerando dificuldade de comunicação entre os diferentes profissionais que assistem cada paciente, além de infringir o Código de Ética Médica. O prontuário é um documento muito importante, pois, além de ser valioso para os profissionais da saúde e locais onde atuam, é um instrumento valioso para o paciente, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência médica prestada. Além disso, a falta de cadastramento de toda população é um agravante no processo de organização da unidade, uma vez que dificulta a elaboração de ações estratégicas para a população em questão. A metodologia deste trabalho foi orientada através de problemas levantados em reuniões com a equipe e através da pesquisa bibliográfica no intuito de gerar intervenções para a resolutividade das questões discutidas. Com o plano de intervenção, há como objetivo a melhoria da organização através da agenda unificada e organizada, diminuição do extravio de informações confidenciais dos pacientes, acesso dos profissionais a informações sobre consultas anteriores e desenvolvimento de uma equipe mais resolutiva. Desta forma, espera-se firmar o vínculo dos pacientes da área de abrangência com a equipe, a fim de melhorar a assistência em saúde aos pacientes da área de abrangência da Equipe de Saúde do Flamengo.

Palavras-chave: Registros Médicos. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Centros de Saúde. Serviços de Saúde. Medicina Comunitária.

ABSTRACT

This work presents an intervention proposal for the Family Health team of the Basic Health Unit Flamengo, in Ribeirão das Neves city, Minas Gerais, on the issue of the work organization of this unit. This, mainly in relation to medical records, schedule, and user registration. The disorganization of the medical records is observed by the high rate of loss of them and poor state of conservation. The devaluation of the medical record is also a problem, is observed flaws in the elaboration of the document, causing difficulty in communication between the different professionals who assist each patient, in addition to violating the Medical Code of Ethics. The medical record is a very important document, because in addition to being valuable for health professionals and places where they work, it is a valuable instrument for the patient, as well as for teaching, research, censuses, health care proposals public health and to assess the quality of medical care provided. In addition, the lack of registration of the entire population is an aggravating factor in the process of organizing the unit since it makes it difficult to develop strategic actions for the population in question. The methodology of this work was oriented through problems raised in meetings with the team and through bibliographic research to generate interventions to solve the issues discussed. With the intervention plan, there is aim to improve the organization through the unified and organized schedule, decrease the loss of confidential patient information, access of professionals to information about previous consultations and development of a more resolute team. In this way, establish the bond of patients in the coverage area with the team, to improve health care to patients in the coverage area of the Flamengo Health Team.

Keywords: Medical Records. Primary Health Care. Health Education. Health Centers. Health Services. Community Medicine.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cadastro da população da área de abrangência	12
Quadro 2 - Perfil Epidemiológico da População	13
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da UBS Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais	18
Quadro 4 - Identificação dos nós críticos	31
Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema “Falta de organização geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, no município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais	32
Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema “Falta de organização geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais	33
Quadro 7 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema “Falta de organização geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CadSUS	Cadastro Nacional do SUS
CadWeb	Sistema online do Cadastro Nacional do SUS
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIAS	Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
e-SUS AP	e-SUS Atenção Primária
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PAN	Penitenciária Agrícola de Neves
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAR	Pré-natal de Alto Risco
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBR	Unidade Básica de Referência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1.	Aspectos Gerais do município	9
1.2.	Sistema Municipal de saúde	10
1.3.	Aspectos gerais da comunidade	11
1.3.1.	Aspectos socioeconômicos	11
1.3.2.	Aspectos demográficos	12
1.3.3.	Aspectos epidemiológicos.....	13
1.4.	A Unidade Básica de Saúde Flamengo	14
1.5.	A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Flamengo.....	15
1.6.	Funcionamento da Unidade de Saúde	16
1.7.	O dia a dia da equipe Flamengo	16
1.8.	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.9.	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	18
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS.....	20
3.1.	Objetivo geral	20
3.2.	Objetivos específicos.....	20
4	METODOLOGIA	21
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos Gerais do município

Ribeirão das Neves é uma cidade com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 334.858 (IBGE, 2019). Está localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, distante 32km da capital do estado. O município é conhecido como cidade-dormitório devido ao fato de que muitos dos seus moradores trabalham na capital (SILVA, 2014).

Desde a criação da Penitenciária Agrícola de Neves (PAN) houve crescimento populacional devido, principalmente, aos familiares dos detentos que passaram a morar na cidade para ficarem mais perto do local. Tal penitenciária foi construída nos moldes ingleses e se tornou modelo para a recuperação de detentos. Os produtos feitos pelos presidiários eram vendidos em mercados e, logo novas lojas começaram a surgir no seu entorno para comercio dos mesmos (SILVA, 2014).

O principal setor econômico é o de serviços, empregando em 2013 cerca de 3,4% da população geral e 43% da população economicamente ativa. Em termos de atividades culturais, a região é conhecida pelo artesanato e cerâmica locais. O município, inclusive, conta com o trabalho de mulheres artesãs do programa Costura e Arte - Solidariedade e Sustentabilidade (SILVA, 2014).

Na área da saúde, a cidade conta com duas unidades de pronto atendimento, uma referência para serviços especializados, um hospital, um centro de assistência à saúde da mulher, uma Unidade Básica de Referência (UBR) e cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde (UBS). No momento, o município passa por uma crise de desfalque de profissionais devido a transtornos relacionados à verba, principalmente. O município cortou a bonificação por especialidade fazendo com que vários profissionais deixassem o município, principalmente psiquiatras. Além disso, várias unidades, que não abrangidas pelo programa Mais Médicos, estão sem médicos atuando (BRASIL, 2016a).

1.2. Sistema Municipal de saúde

Segundo o IBGE (2016a) o financiamento da saúde no município de Ribeirão das Neves é dividido da seguinte forma:

- Por Transferências: 145.993.463,72
- Por Recursos próprios: 258.654.790,92
- Gasto per capita/ano: 511,00

Segundo relatório de fiscalização de repasses federais de Ribeirão das Neves divulgado em 2016, no que se refere à Execução Financeira da Atenção Básica, foi detectado desvio de objeto na execução dos recursos da conta específica do Bloco de Financiamento da Atenção Básica em Saúde no montante de R\$ 6.688.994,02. Isto, além de contratação irregular por dispensa de licitação fundamentada em urgência sem elementos que caracterizassem situação imprevista ou imprevisível, deficiências estruturais dos imóveis alugados e destinados ao funcionamento das UBS, utilização indevida dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) para custear despesas de moradia, alimentação e transporte aos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, subutilização de franquias contratadas para veículo locado e pagamentos de serviços de manutenção de equipamentos não executados (BRASIL, 2016b).

A rede de serviços do município é dividida em:

- Atenção primária: 55 Unidades Básicas de Saúde, sendo três Unidades de Referência de Saúde da Família.
- Atenção especializada: cinco Centros de consultas especializadas (Saúde da mulher, Saúde do Homem e Especialidades Odontológicas).
- Atenção de urgência e emergência: três Unidades de Pronto Atendimento (Nordeste, Acrizio Menezes, Joanico Cirilo de Abreu).
- Atenção hospitalar: um Hospital Municipal São Judas Tadeu.
- Apoio diagnóstico: um Laboratório Municipal.
- Assistência farmacêutica: seis Farmácias distritais, uma Farmácia hospitalar, quatro Farmácias Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), três

Farmácias Unidades de Pronto-atendimentos (UPA), uma Farmácia de medicamentos especiais, uma Farmácia anexo DST/AIDS.

- Vigilância da saúde: um Centro de controle de zoonose, um centro de testagem e aconselhamento DST/AIDS, um Centro de referência de saúde do trabalhador, um centro de imunizações.
- Relação dos pontos de atenção: relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).
- Relação com outros municípios: principalmente com o Município de Belo Horizonte. Também com Contagem, Esmeraldas, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São José da Lapa.
- Consórcio de saúde: Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde (CIAS).
- Modelo de atenção: Modelo assistencial ambulatorial

Na atenção primária, cada UBS tem em sua área de abrangência, em torno de 5000 habitantes e é composta por sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um médico. Quando não é possível mais realizar o cadastro dos pacientes, devido à lotação da unidade, eles são referenciados à Unidade Básica de Referência (BRASIL, 2016b).

1.3. Aspectos gerais da comunidade

Torna-se necessário conhecer alguns aspectos da comunidade para que se possa pensar em estratégias que sejam viáveis.

1.3.1. Aspectos socioeconômicos

O bairro Flamengo tem em torno de 4412 habitantes e é localizado na região de Justinópolis na cidade de Ribeirão das Neves no estado de Minas Gerais. A população empregada vive basicamente do trabalho do comércio local, apresentando também muitos desempregados (BRASIL, 2016a).

A estrutura do saneamento básico é precária, principalmente, no que se refere ao esgotamento sanitário. As ruas são, em sua maioria, irregulares, com muitos buracos, sem asfalto e muitas sem rede de esgoto. Grande parte delas torna-

se inacessível em épocas de chuva. Embora ocorram muitas reclamações por parte da população, pouco investimento é visto na região.

No bairro constam poucos analfabetos, sendo eles em sua maioria idosos. A população local conta com quatorze escolas, oito supermercados, sete escolas públicas, seis instituições religiosas, quatro farmácias, três bares e diversas lojas de comércio. O hábito cultural é mais relacionado ao da capital do estado, devido principalmente à sua proximidade.

1.3.2. Aspectos demográficos

Quadro 1 - Cadastro da População da Área de Abrangência

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	64	110	174
1-4	46	92	138
5-14	71	144	215
15-19	208	417	625
20-29	250	372	622
30-39	301	347	648
40-49	263	474	737
50-59	251	302	553
60-69	217	320	537
70-79	45	60	105
≥ 80	16	24	40
TOTAL	1732	2662	4394

Fonte: Acervo da UBS Flamengo

1.3.3. Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (eSF) Flamengo por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Quadro 2 - Perfil epidemiológico da população

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	13
Hipertensos	513
Diabéticos	149
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	72
Pessoas que tiveram AVC	35
Pessoas que tiveram infarto	53
Pessoas com doença cardíaca	454
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	102
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	3
Pessoas com câncer	6
Pessoas com sofrimento mental	351
Acamados	14
Fumantes	76
Pessoas que fazem uso de álcool	720
Usuários de drogas	150

Fonte: Acervo da UBS Flamengo

As principais causas de óbito locais são por doenças de origem circulatória como, por exemplo, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que contabilizaram em torno de cento e dezenove óbitos no ano passado.

São poucas as doenças notificadas. Dentre elas, as mais notificadas estão relacionadas com a epidemia de dengue.

Já as internações possuem duas origens principais – as do aparelho circulatório e as do respiratório (BRASIL, 2019).

Nos últimos meses, os principais problemas identificados na comunidade, sem contar o surto de dengue, estão relacionados à saúde mental, sendo elas: ansiedade, estresse, pânico e insônia. Observa-se que pacientes com tais diagnósticos, costumam ser pacientes de difícil adesão ao tratamento indicado, trazendo impacto na qualidade de vida desses indivíduos. E, como está em falta o serviço de psiquiatria no município, tais pacientes são de responsabilidade exclusiva da UBS. Além das demandas de origem mental, há também em grandes proporções as de Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

1.4. A Unidade Básica de Saúde Flamengo

A Unidade Básica de Saúde da Equipe do Flamengo foi inaugurada há mais de 10 anos e está localizada perto das principais ruas que dão acesso aos outros bairros e saída para Belo Horizonte. A unidade está situada em uma casa pequena, com rede elétrica precária o que gera inúmeras perdas de equipamentos. O consultório médico é separado da garagem – em uso - através de uma divisória, acarretando certa falta de segurança no local. Além do consultório médico há uma sala para enfermagem, uma para distribuição das medicações e a uma cozinha para os funcionários. Falta na unidade um local para reuniões de grupos, reuniões de equipe e uma área para curativos e vacinas.

Na unidade não há secretária. Tal função é definida semanalmente através de rodízio entre as ACS locais. Estas não concordam com o desvio de função pedido pela Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves, o que acarreta inúmeras discussões entre a equipe, negativa do trabalho por parte de algumas funcionárias e descontentamento. Devido a isso, há descuido em relação à organização de prontuários, agenda médica e de enfermagem, perda de recados e demais tarefas relacionadas à recepção da unidade.

1.5. A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Flamengo

A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Flamengo é composta por um médico generalista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São acolhidas seiscentas e sessenta e duas famílias, que são atendidas na UBS e em visitas domiciliares.

Não há uma recepcionista na UBS. Devido a isso, foi proposto um desvio de cargo por parte da Secretaria Municipal de Saúde do município. Segundo a secretaria, não há recursos disponíveis para este fim. Para tal cargo foi proposto às ACS benefícios para quem se propusesse a ficar como secretária da UBS. Tais como: hora extra diária em caso de rodízio; deixar de ser a ACS de uma determinada área e ficar todos os dias na secretaria. Por não aceitarem a proposta, ocorrem muitas discussões entre a equipe. A maioria não aceita o rodízio. E a insatisfação com o trabalho acaba por interferir nas atividades individuais do cargo legítimo como: cadastramento de novas famílias; atualização de cadastro e visitas domiciliares. Estas só são realizadas pelas ACS quando há uma chamada ativa, ou seja, quando algo acontece que necessita de intervenção imediata da equipe. E isto, foge do princípio da atenção primária que se caracteriza por um conjunto de ações que abrange a promoção da saúde e prevenção de agravos (SHIMAZAKI, 2009).

Além disso, foi criado através da Portaria GM/MS nº 1.412 de 10 de julho de 2013, o e-SUS Atenção Primária (e-SUS AP) que é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar o registro de informações das ações realizadas na Atenção Primária (AP) em nível nacional. Este sistema serve para Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). É formulado para atender às equipes de AB lotadas em UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. É utilizado para inserir os registros clínicos dos atendimentos e as fichas de CDS preenchidas pela equipe em seu processo de trabalho. Para tal, é necessário que o cidadão da comunidade local seja cadastrado e inserido na equipe, o que não está ocorrendo como já relatado (BRASIL, 2020).

1.6. Funcionamento da Unidade de Saúde

O maior espaço de tempo da agenda da equipe Flamengo está ocupado com atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, tais como: pré-natal, puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos. Além disso, a equipe desenvolve várias ações toda semana baseadas em demandas de saúde da comunidade como grupos de hipertensos, saúde mental, nutrição e diabéticos. As reuniões costumam ser todas as semanas e sempre com lotação máxima.

Ainda que a agenda seja fixa em relação aos horários de ocorrência de cada grupo de comorbidades e demandas, a falta de uma pessoa determinada para a secretaria culminou entre horários duplicados e desencontro de informações tanto entre a equipe, quanto entre a equipe e a população. Prontuários e receitas foram perdidos, assim como resultados de exames laboratoriais. Na tentativa de começar a solucionar tais problemas individualmente, a equipe resolveu iniciar por condicionar a troca de prescrições médicas à participação nas reuniões dos grupos de comorbidades, o que provocou questionamentos por parte da população, principalmente a economicamente ativa devido ao horário de atendimento, e piorou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto que gere uma organização por parte da equipe tem sido motivo de alguns conflitos entre seus membros. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um grande desgaste entre os profissionais.

1.7. O dia a dia da equipe Flamengo

A rotina de trabalho da equipe de saúde é focada em realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população em geral, garantindo a integralidade da atenção em saúde. Buscando sempre realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e visando o estabelecimento do vínculo entre paciente e profissional da saúde.

O atendimento é feito tanto de forma agendada quanto por demanda espontânea. Os agendamentos ficam a cargo da enfermeira, normalmente, que é a responsável pela triagem. O acolhimento é feito a qualquer momento do dia da

semana por toda a equipe desde a recepção. O paciente passa pela recepção, em seguida pela técnica de enfermagem que colherá os dados vitais e, após, pela enfermeira que direcionará o paciente ao médico, se for o caso, no momento ou marcará para outro dia.

As visitas domiciliares são feitas uma vez por semana. São realizadas pela médica local e/ou enfermeira e uma ACS.

1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A equipe de Saúde da Família Flamengo realiza periodicamente reuniões para discussão de assuntos diversos, como os principais problemas identificados no território e na comunidade, além de problemas internos, como organização nos setores. É um espaço aberto a reclamações e sugestões de melhorias. Durante essas reuniões, por meio de observação e conversa com informantes da comunidade, a equipe destacou alguns problemas em ordem de importância e capacidade de enfrentamento:

- Falta de organização geral
- Atendimento Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)
- Falta de laboratório
- Falta de medicamentos
- Falta de especialistas
- Falta de insumos básicos

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

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde da UBS Flamengo, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Falta de organização geral	Alta	10	Total	1
Atendimento PNAR	Alta	10	Parcial	2
Falta de laboratório	Alta	3	Parcial	3
Falta de medicamentos	Alta	3	Parcial	4
Falta de especialistas	Alta	3	Parcial	5
Falta de insumos básicos	Alta	1	Parcial	6

Fonte: Autoria Própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Dentre os problemas levantados, há alguns onde o poder de resolutividade e governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los por envolver outras instâncias públicas.

A priorização dos problemas é importante na medida em que possibilita à equipe a percepção de qual é o problema de maior importância e sobre qual ela terá maior capacidade de enfrentamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A falta de organização geral, no momento, é um dos problemas que mais merece atenção, tanto pela perda de documentos importantes (prontuários, receitas e pedidos de exames), quanto pela desorganização de agendamentos, falta de cadastro de usuários e de acompanhamento adequado de pacientes mais fragilizados.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela desorganização geral na Unidade Básica de Saúde Flamengo, observada, rotineiramente, pelo alto número de perdas de prontuários, receitas e pedidos de exames, agendamentos duplicados, baixo índice de cadastro dos usuários e, conseqüentemente, piora na qualidade do acompanhamento pela equipe aos pacientes da área de abrangência.

Além dos problemas de organização, há desvalorização do prontuário como um documento: mau preenchimento pela equipe - falta de registros, letra ilegível, folhas soltas e fora de ordem. Tal desvalorização gera uma série de problemas como extravio e informações desencontradas, além de impedir o seguimento adequado da consulta, uma vez que não possui o relato médico das consultas anteriores. E, Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) N°1.638/2002, o prontuário médico é um documento valioso para o paciente e compete à instituição de saúde onde ele se encontra o dever de guarda do prontuário visando manter a qualidade e preservação das informações nele contidas.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção capaz de colaborar para a organização geral da Unidade Básica de Saúde Flamengo, com ênfase na importância do prontuário para a atenção básica em saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Redução da quantidade de agendamentos duplos, de informações erradas ao paciente, assim como o tempo de espera na unidade.
- Reduzir o extravio de informações confidenciais dos pacientes.
- Permitir acesso dos profissionais a informações sobre consultas anteriores e conduta.
- Desenvolver uma equipe mais resolutiva, que reconheça as dificuldades e ajude a solucioná-las.
- Firmar o vínculo dos pacientes da área de abrangência com a equipe.

4 METODOLOGIA

Após observação e reunião com a equipe, foi realizado o levantamento dos problemas da UBS Flamengo e selecionado aquele com maior potencial de resolubilidade: a falta de organização geral. Para que este problema fosse solucionado, era necessário, inicialmente cadastrar todos pacientes da área de abrangência, separar prontuários por famílias e ruas e cadastrar todos no Sistema online do Cadastro Nacional do SUS (CadWeb), além de conversar com a equipe sobre o que seria possível fazer, para que houvesse alguém responsável pela secretaria, o que no momento é de grande importância e urgência quanto à organização dos prontuários.

Fez-se necessário também elaborar estratégias para armazenamento dos documentos impressos e escritos, além de conscientização pela equipe de sua importância.

Foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto e posterior reunião da equipe, tanto para apresentar o problema e a intervenção, como para organizar o processo de trabalho de modo que pudéssemos atuar de forma articulada na intervenção proposta. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Para a realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): registros médicos; atenção primária à saúde; educação em saúde; centros de saúde; serviços de saúde e medicina comunitária.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada através de unidades de saúde de um sistema. É entendida também como espaço onde há o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados (SHIMAZAKI, 2009).

No entanto, “existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado” (LAVRAS, 2011, p.868). Em seu estudo, Lavras (2011) evidencia dois importantes marcos na história da Atenção Primária: O Relatório de Dawson e a Declaração de Alma-Ata.

O Relatório de Dawson, elaborado em 1920, propôs a APS como forma de organização de sistemas nacionais de saúde. Em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade e sob uma base geográfica definida. De acordo com este relatório, os centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como porta de entrada, além de serem vinculados a serviços das atenções secundárias e terciárias (LAVRAS, 2011; PORTELA, 2017).

Após o Relatório citado, houve durante a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde" em 1978, outro importante e conhecido marco histórico - A Declaração de Alma-Ata, que diz:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

A Declaração de Alma-Ata afirmou, mediante sua criação, que os cuidados primários da saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo mundo para um processo continuado da assistência à Saúde. Naquele momento, a saúde foi

defendida pela OMS como "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade" (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Lavras (2011) também destaca as reformas ocorridas no âmbito Europeu orientadas pela APS e sua importância. As funções da APS, adotadas pelo Observatório Europeu se baseiam nestas práticas: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade.

Segundo Sala et al. (2008, 2011) a Atenção Primária no Brasil se desenvolveu baseada em dois modelos teóricos: Programação em Saúde (Atenção Programática) nos anos 70, e Programa de Saúde da Família nos anos 90.

O primeiro modelo originou-se da atuação da Saúde Pública que foi concretizada em quatro fases:

[...] a primeira, de priorização do Saneamento do Meio através de obras de engenharia sanitária e normas de controle sobre a população; a segunda, das Campanhas Sanitárias, "programas verticais" voltados para o controle das grandes epidemias; a terceira, da Educação em Saúde e Prevenção, incentivando a saúde materno-infantil e a criação dos primeiros centros de saúde por influência da Fundação Rockefeller, representada no Brasil por Paula Souza; e, a quarta, de Integração dos Serviços de Saúde Pública com os serviços de assistência médica, incentivada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nos anos 60 (SALA et al., 2008, 2011).

As secretarias de saúde nos anos 70, mediante a atuação da saúde pública, foram incentivadas a reorganizar seus serviços através da ação programática, o que culminou em diversos programas voltados para uma população específica, como: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental e saúde (SALA et al., 2008, 2011).

Sala et al. (2008, 2011) afirma que baseado nesta perspectiva, incentivou-se a constituição da ação dos serviços em uma base territorial, abrangendo o acompanhamento familiar dos moradores do determinado território, assim como ações em saúde voltadas à eles.

Consolidado pelo Ministério da Saúde em 1995, o Programa de Saúde da Família (PSF) procurou substituir as práticas convencionais da Atenção Primária, orientada pelos princípios da Vigilância em Saúde, através do incentivo ao trabalho

com o território pelas Unidades da Saúde da Família. Estas passariam a ser responsáveis pelo cadastramento prévio das famílias no seu território, bem como a instalação destas em unidades básicas de saúde (SALA et al., 2008, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.14), as Equipes de Saúde da Família deveriam:

- Conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais são responsáveis;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- Prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde;
- Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados;
- Desenvolver processos educativos em saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

A Atenção Básica (AB) está inserida na valorização da atenção primária à saúde. Ela se caracteriza por um conjunto de ações em saúde que abrangem a promoção à saúde visando a prevenção de agravos (VICENTE et al., 2008, p.362).

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe que a Atenção Básica seja a porta de entrada preferencial do sistema de saúde pública do Brasil, por meio das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde realiza vários programas com a missão de trazer a saúde para perto do cidadão e ensinar ao profissional a especialização necessária, a fim de que possa exercer seu trabalho com mais qualidade. Nesses programas devem ser observados os princípios básicos que regem a organização de um serviço de saúde, dentre eles o planejamento (BRASIL, 2011).

A estruturação de um serviço ocorre a partir do diagnóstico da realidade e de um planejamento adequado, considerando-se todas as variáveis possíveis. A identificação e a análise do contexto da atenção à saúde e respectivos problemas podem subsidiar e qualificar as decisões e ações dos profissionais de saúde e gestores, de modo que haja participação, no intuito de alcançar metas com resolutividade, efetividade, considerando-se as vantagens e desvantagens para todos os envolvidos (KUREGANT, 2005 *apud* VICENTE et al., 2008, p.362).

Devido à importância desse planejamento, mediante a gestão de uma UBS, é necessário se atentar para sua organização e sua política de atendimento aos

usuários. Assim como esclarecer sobre a organização e o atendimento ou cuidado prestado de uma UBS, segundo seus funcionários e usuários, bem como obter sugestões para melhoria da gestão da unidade (VICENTE et al., 2008).

“Falar de uma estratégia de mudança nesses modelos assistenciais remete a pensar em trabalho e em trabalho na saúde” (REIS et al., 2007, p.656).

Tal como os modelos assistenciais, o trabalho em saúde também se modifica conforme os processos produtivos. No processo de trabalho, os elementos envolvidos são referentes ao objeto de trabalho, que pode ser um corpo, uma família, dentre outros. A prática a ser determinada durante o processo, será direcionada conforme o objeto escolhido (REIS et al., 2007, p.657).

Durante o processo de trabalho, segundo Franco e Merhy (2003) *apud* Reis et al (2007), é possível identificar os instrumentos necessários para sua produção. Baseado nisto, para desenvolver o PSF é necessário “produzir saúde” considerando cada família e seu modo de vida. Para tal devemos tomar como instrumento o diálogo e a escuta para estabelecimento de vínculo, o acolhimento. E a partir deste, produzir conhecimento acerca da cultura popular, da educação e do meio ao qual o cidadão está inserido, a fim de propor uma prática em saúde de forma integral.

Tal acolhimento na UBS, assim como uma escuta qualificada, são o que mantêm a unidade de saúde permeável a todos usuários. Estabelecendo, desta forma, o vínculo do cidadão com o estabelecimento e com a equipe local. Com isso, como resultado da produção de cuidados, há a autonomização de cada indivíduo culminando na melhoria das condições de vida de forma individual (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991).

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, logo ela deve ser garantida ao cidadão de forma que o acesso seja universal e igualitário a todos os serviços relacionados à sua produção (BRASIL, 1988).

Partindo dessa lógica, Mendes e Santos (2018) propuseram que “o prontuário é um documento fundamental para garantir a assistência integral e continuada ao paciente”. Ele é construído através de informações registradas pela equipe de saúde, seja ela multiprofissional ou não. Com isso, pode-se esperar que haja registros sobre o aspecto geral de saúde do paciente. Desde aspectos físicos a mentais. Através dele é possível haver interlocução entre os membros da equipe para gerar uma estratégia em saúde direcionada e individual.

Vários autores relatam seu significado e importância convergindo para uma mesma linha de pensamento e de forma complementar:

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1.638 de 2002 em seu Art. 1º, define o prontuário médico como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

Para o Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria nº 40, de 30 de dezembro de 1992 o prontuário é:

Todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente e os documentos relacionados a essa assistência (BRASIL, 1992).

Segundo Nogueira (2005), o prontuário médico possui caráter legal e sigiloso. É constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência prestada a ele.

Conforme a portaria nº3.390 publicada pelo Ministério da saúde em 30 de dezembro de 2013, o prontuário faz parte de um “conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde”. Neste documento, devem constar informações mínimas necessárias que permitam a equipe identificar os riscos não somente individuais, como também os riscos coletivos (BRASIL, 2013).

A importância desse documento fez com que fosse criado o Artigo 69 do Código de Ética Médica, que diz:

(...) documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002, p.185).

A produção do prontuário deve seguir regras específicas a ela para não infringir o código de ética médica. Segundo o CREMESP (2020), as anotações nele contidas devem ser feitas com letra legível, a fim de repassar toda a informação prestada de forma clara e identificar quem foi o responsável pela sua confecção. O

órgão ainda enfatiza que o médico tem por obrigação carimbar e assinar ou escrever seu nome completo seguido de sua inscrição no CRM após cada gravação feita por ele no documento.

Segundo Thofehrn e Lima (2006, p.2), “o prontuário deve ser compreendido por outros profissionais para que seja possível dar continuidade ao tratamento de um paciente e sua legibilidade”. Pelo seu caráter legal, o prontuário médico pode ser utilizado pelos interessados como meio de prova legítima de serviços prestados até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça. Competindo ao médico, em seu consultório, e à direção local da unidade de saúde, a responsabilidade de guarda deste documento (CREMESP, 2020).

O CREMESP (2020) afirma se tratar de um documento de grande valia tanto para os profissionais, quanto para os locais onde atuam. Além disso, é um instrumento importante para a geração de propostas de assistência à saúde de forma individual e coletiva, além de serem utilizados em estudos, censos e na avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Porém, apesar de constituir infração ao CEM e ser um instrumento valioso na avaliação da assistência à saúde, o preenchimento incorreto e a desvalorização deste documento ainda são frequentemente observados na prática clínica.

Considerando que a qualidade dos registros efetuados seja reflexo da qualidade da assistência prestada, foi realizado um estudo por Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008, S180) com o objetivo de contribuir para a avaliação da Atenção Básica e qualidade dos cuidados prestados. Neste estudo, usou-se como referência a qualidade dos prontuários dos pacientes. Realizado em 2004, o estudo utilizou registros dos atendimentos médicos em quatro municípios acima de cem mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro. Verificou-se em todos os prontuários “a completitude de atributos relativos à identificação dos usuários atendidos”, mobiliário adequado do setor dos registros, assim como características do processo de atendimento como: peso, pressão arterial, colpocitologia e glicemia. Os achados apontaram para uma prática clínica e do cuidado prestado precários em todos os municípios estudados, independente das características de cada município. Corroborando assim, com o fato de que apesar do prontuário médico ser um documento de suma importância para a assistência à saúde, ainda há sua

desvalorização por parte dos profissionais envolvidos em sua confecção e/ou manuseio.

Mendes e Santos (2018) enfatizaram em seu estudo a mudança dentro dos programas nacionais de saúde para melhoria da gestão dos serviços. Segundo eles, o Ministério da Saúde (MS) oficializou em 2004 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Este foi tido como uma evolução frente ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). O PNASS separa a organização dos serviços em blocos que seguem um padrão de conformidade. São eles: Bloco I – Gestão Organizacional; Bloco II – Apoio Técnico e Logístico e Bloco III – Gestão da Atenção à saúde. A gestão de prontuários, segundo o PNASS, deve contemplar critérios que estejam dentro dos padrões apresentados. Um dos critérios é relacionado à gestão organizacional desses documentos. Os itens relacionados a ele são:

- 1) sistematização dos registros de atendimentos, evolução e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes;
- 2) segurança do armazenamento e alocação dos prontuários, até mesmo os de arquivo morto; o bom estado de conservação, organização e acessibilidade, observando o fluxo dos prontuários e a garantia da confiabilidade das informações contidas neste documento;
- 3) verificação, por meio de documento, das ações da comissão de revisão de prontuários e/ou óbito, quando existir. Nota-se, assim, que o PNASS não faz exigências quanto a um protocolo a ser seguido, contudo, o serviço de saúde deve atender aos padrões e critérios estabelecidos. (NOGUEIRA, 2011*apud* MENDES; SANTOS, 2018).

Para que ocorra o devido armazenamento e organização dos prontuários, dentro dos critérios apresentados, as práticas arquivistas são essenciais. A gestão organizacional deste documento quando é aplicada possibilita a comunicação entre membros da equipe e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, assim como torna eficiente e ágil o acesso e a recuperação da informação contida nesses documentos (PINTO; FARIAS; MENEZES, 2012).

Leite e Souza (2016) afirmam que a gestão organizacional dos prontuários, se for bem aplicada, vai garantir uma eficiência no funcionamento das instituições de saúde. Podem favorecer o desenvolvimento das atividades cotidianas além de tornar a tomada de decisão mais precisa em relação à necessidade de cada paciente. Isto faz com que a eficácia dessa gestão, no quesito saúde, seja ainda mais otimizada, pois “uma decisão baseada em dados incorretos pode gerar risco à vida humana” .

Apesar de toda a importância já mencionada sobre os prontuários, o caráter informativo desses documentos ainda é pouco reconhecido. Por muito tempo, esses documentos permaneceram tanto no campo da saúde, quanto em outras áreas, sem a valorização adequada (PINTO; FARIAS; MENESES, 2012, p.458).

Para que ocorra mudança neste cenário, é necessário que haja qualificação da equipe local de forma a proporcionar condições favoráveis para facilitar a continuidade do tratamento ao paciente, assim como, admitir a investigação e a pesquisa científica, oferecer às instituições de saúde os dados necessários para a avaliação da qualidade da assistência, e, sobretudo, subsidiar as atividades de planejamento das ações de saúde e a aplicação de recursos (NOGUEIRA, 2011*apud* MENDES; SANTOS, 2018).

A melhoria da qualidade do registro em saúde é necessária para uma adequada atenção à saúde capaz de aproximar-se da integralidade do cuidado, com equidade e acesso universal (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “A falta de organização geral e dos prontuários na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como: “nós críticos”, operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tema escolhido foi a falta de organização geral e dos prontuários na Equipe de Saúde da Família Flamengo. As questões levantadas mais relevantes para escolha do tema são: dificuldade de localização de prontuários e seu alto índice de perda, assim como o de exames e receitas; preenchimento inadequado e não valorização do prontuário como documento; agendamentos duplicados e falta de cadastro da população local.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A desorganização é evidenciada diariamente. Durante as consultas percebem-se prontuários de pacientes diferentes grampeados juntos, ocorrem extravios de prontuários sendo necessário iniciar novamente o mesmo, dados incompletos dos pacientes com letra ilegível, folhas fora de ordem cronológica, soltas e até mesmo rasgadas e prontuários guardados fora da ordem em envelopes que não pertencem à determinada família.

A falta de cadastramento de toda a população da área de abrangência contribui para desorganização, observam-se muitos prontuários avulsos. Além disso, o não cadastramento tem aumentado a demora das consultas, pois para que elas ocorram, cada usuário tem que ter o número de cadastro. Caso o paciente não

o tenha em mãos, é necessário encontrar no e-sus o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pelo seu Cadastro Nacional do SUS (CadSUS) e vinculá-lo à equipe pelo mesmo sistema. Isto gera um atraso na consulta, tal como o agendamento duplicado.

Além das consequências já mencionadas, cabe ressaltar também: perda de prontuários; dificuldade de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde que assistem a um determinado paciente e perda do suporte da área administrativa da unidade nos aspectos legais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir da explicação e descrição do problema, passa-se para a identificação dos nós críticos que são explicados por Faria. Campos e Santos (2018, p.60) como “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Os autores ainda acrescentam que é possível uma equipe intervir em um nó crítico que está dentro da sua governabilidade. Sendo assim, foi realizada uma análise das principais causas consideradas mais importantes na origem do problema, selecionadas aquelas que precisam e possuem total possibilidade de enfrentamento.

Quadro 4 - Identificação dos nós críticos

Nós Críticos	Justificativa
Organização de prontuários	Dificuldade na aceitação de modificação da rotina
Agenda médica unificada	Necessidade de recursos materiais que a unidade não dispõe no momento.
Falhas no processo de trabalho da equipe	Falta de qualificação e capacitação da em promoção da educação em saúde.

Fonte: Autoria Própria

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

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta De Organização Geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Organização de prontuários
6º passo: operação (operações)	Guardar os prontuários após cada atendimento feito pela equipe no envelope destinado à família referente ao determinado paciente.
6º passo: projeto	“Organização do dia”
6º passo: resultados esperados	Prontuários organizados por família
6º passo: produtos esperados	Reduzir o extravio de informações confidenciais dos pacientes. Reduzir informações desencontradas. Permitir acesso a informações sobre consultas anteriores e conduta.
6º passo: recursos necessários	Financeiro: Compra de envelopes, armários e divisórias Político: Mobilização da equipe
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: Não há recursos financeiros para a compra de materiais. Político: A participação e pró atividade da equipe ainda são precárias
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar o projeto para os gestores de forma a tentar conseguir os recursos financeiros necessários ou o próprio envio dos materiais. Realizar reunião de capacitação com a equipe enfatizando a importância dos prontuários como documento.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, enfermeiro, ACS – 2 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Através de reuniões para obter informações de melhoria com todos os profissionais que fazem parte da UBS. Anotar cada intercorrência que ocorrer em relação aos prontuários e informar.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de organização geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Agenda médica unificada
6º passo: operação (operações)	Unificar a agenda no sistema para uma via única de informação
6º passo: projeto	“Agenda médica unificada”
6º passo: resultados esperados	Organização da agenda médica
6º passo: produtos esperados	Redução da quantidade de agendamentos duplos, de informações erradas ao paciente, assim como o tempo de espera na unidade
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Capacitação para manipular agenda pelo sistema e-sus Financeiro: Compra de computador para a recepção Político: Mobilização da equipe
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais não capacitados Financeiro: Falta de recursos para a compra de computadores Político: Não há um profissional estabelecido para ficar na recepção
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Capacitação da equipe para digitar as informações de forma correta no e-sus por profissionais já qualificados para tal. Apresentar o projeto para os gestores de forma a tentar conseguir os recursos financeiros necessários ou o próprio envio do equipamento Realizar reunião de capacitação com a equipe enfatizando a rotina ideal de uma UBS e a importância de haver um profissional único para a união de informações
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, enfermeiro, ACS – 2 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Através de reuniões para obter informações de melhoria com todos os profissionais que fazem parte da UBS.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de Organização geral na Equipe de Saúde da Família Flamengo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Flamengo, do município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falhas no processo de trabalho da equipe
6º passo: operação (operações)	Reuniões de equipe para conscientização do trabalho em grupo e importância da organização para a promoção em saúde.
6º passo: projeto	“Mobilizar, Organizar e Resolver”
6º passo: resultados esperados	Organização da agenda médica
6º passo: produtos esperados	Uma equipe mais resolutiva, que reconheça as dificuldades e ajude a solucioná-las para o benefício da população local.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Saber orientar e abordar. Político: Mobilização da equipe
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Participação da equipe
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Relembrar fatos ocorridos e visualizar os possíveis benefícios Realizar Capacitação da equipe Discutir os resultados esperados.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, enfermeiro, ACS – 2 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Através de reuniões periódicas para discussão entre os profissionais das melhorias feitas e do que ainda é necessário realizar.

Fonte: Autoria Própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se mediante a temática discutida, que a organização geral de uma Unidade Básica de Saúde é necessária para que bons resultados sejam alcançados, uma vez que interfere, em vários aspectos, no cotidiano da unidade local. Ela é primordial para o bom acompanhamento dos pacientes da área de abrangência local por promover uma correta divisão de tarefas, a guarda adequada de prontuários e, com isso, um cuidado direcionado a cada paciente.

A falta dessa organização foi percebida na unidade de saúde pela alta rotatividade dos funcionários na secretaria da unidade, pelos agendamentos duplicados e, principalmente, através da perda de prontuários e do seu precário estado de conservação. Tornando este documento, devido à sua importância, o principal elemento deste trabalho.

Com base na revisão bibliográfica feita, ficou evidente que os prontuários médicos são elementos importantes para o funcionamento das rotinas de uma unidade de saúde e que, para isso, é necessária a adoção de práticas arquivísticas para sua conservação, além da capacitação dos profissionais para a utilização desses documentos de forma eletrônica.

O projeto de intervenção proposto objetivou uma diminuição do extravio de informações confidenciais dos pacientes e, mediante isso, o acesso dos profissionais a informações sobre consultas anteriores permitindo o desenvolvimento de uma equipe mais resolutiva.

A Equipe de Saúde da Família Flamengo necessita aprimorar o básico organizacional para que, a partir desta base, possa se desenvolver e conquistar a experiência necessária para adaptar o processo de trabalho às necessidades da comunidade e à falta de recursos, proporcionando assim, a melhor assistência possível no contexto no qual está inserida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, 2016c. Disponível em: < <http://decs.bvs.br> >. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988, 292 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, 2016a. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> >. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção básica. Brasília: **Ministério da saúde**, 2020. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/> > Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html >. Acesso em: 30 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do Sus**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimg.def> >. Acesso em: 03 jul.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria GM/MS nº 1.412 de 10 de julho de 2013 - **e-SUS Atenção Primária. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, 2020. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/esus/perguntasfrequentes> >. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 40, de 30 de dezembro de 1992**. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/> > Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Sumário Executivo Ribeirão das Neves/MG. **Programa de Fiscalização em Entes Federativos**. Distrito Federal: Secretaria Federal de Controle Interno, 2016b.169 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1605/2000**. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2000/1605> >. Acesso em 15 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1931/2009**. Aprova o código de ética médica. 2009. Disponível em: < sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931 >. Acesso em: 15 jun. 2020.

CREMESP. **Prontuário e Segredo Médico**. Disponível em: < <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=57> >

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEITE, J.R.; SOUZA, A.C.M. **Práticas Arquivistas no Contexto de Prontuários Médicos**: um estudo em unidade de saúde da família. Paraíba: Archeion Online, 2016.

MENDES, M. A. D. L.; SANTOS, S. Organização dos Prontuários dos Pacientes em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, Maceió, v.1, n.3, p.710-720, abr.2018.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n.33, p.83-9,1991.

NOGUEIRA, J. S. **A importância do prontuário**. 2011. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnico em Registro de Informações em Saúde-Escola GHC) – Unisepe Educacional, Porto Alegre, 2011.

NOGUEIRA, C. S. **Prontuário médico**, 2005. Disponível em: <<http://www.medicinaoral.org/wp-content/uploads/2011/05/prontuario-medico.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PINTO, V.B.; FARIAS, K.M.; MENESES, B.C. **Epistemologia do registro e da organização do conhecimento no contexto da saúde: o caso do registro do paciente**. 20 Años del Capítulo Español de ISKO. Actas del X Congreso ISKO Capítulo Español, Ferrol,2011. Disponível em: <http://www.iskoiberico.org/wp-content/uploads/2014/09/455-470_Bentes-Pinto.pdf> Acesso em: 20 abr.2020.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.255-276, 2017.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 1978.

REIS, M. A. S.; FORTUNA C. M.; OLIVEIRA C. T.; M. C. DURANTE. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface** Ribeirão preto, v. 11, n. 23, p. 655-666, Set. 2007.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; S, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária em saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, Jun. 2011.

SALA, A. et al. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da Saúde de São Paulo**. São Paulo: CNPq, 2008.

SEGRE, M.; FERRAZ, M.C. O Conceito de Saúde. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.5, p.538-542,1997.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. **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. p. 10-16.

SILVA, O. H. R. **Ribeirão das Neves: Um Espaço Segregado na Região Metropolitana de Belo Horizonte**. 55f. Monografia (Graduação em Geografia). Faculdade de Geografia. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2014.

THOFEHRN, C.; LIMA, W. C. **Prontuário Eletrônico do Paciente – A Importância da Clareza da Informação**. Santa Catarina, 2006. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8f9e/654a9b23aac546fff2c418e55e11d688cf07.pdf>
> Acesso em: 25 jun. 2020.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em Saúde: Avaliação da Qualidade do Prontuário do Paciente na Atenção Básica. Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p. s173-s182, 2008.

VICENTE, F. R.; CAMPREGHER, G.; ALACOQUE LORENZINI ERDMANN, A. L.; GONÇALVES, L. H. G. Organização e Atendimento de uma Unidade Básica de Saúde: significados para usuários/famíliares e funcionários. **Cogitare Enfermagem**, Timbó, v. 3, n. 13, p. 361-366, Set. 2008.