

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

GUILHERME TELL BENEVENUTO APOLINÁRIO

ACOLHIMENTO: SISTEMATIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DAS
EQUIPES NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO DO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG.

CONTAGEM - MG
01/2015

GUILHERME TELL BENEVENUTO APOLINÁRIO

ACOLHIMENTO: SISTEMATIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DAS
EQUIPES NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO
DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG.

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

Orientadora: Prof^a Zilda Cristina dos Santos

CONTAGEM- MG
2015

GUILHERME TELL BENEVENUTO APOLINÁRIO

ACOLHIMENTO: SISTEMATIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DAS
EQUIPES NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO
DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG.

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a. Zilda Cristina dos Santos

Examinador 2 – Prof^a. Dr^a Rosimár Alves Querino – UFTM

Aprovado em Contagem, em _____ de 2015.

Dedico esse trabalho a minha família pelo apoio e as minhas queridas filha e mãe pelo amor incondicional. Sem elas nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo carinho, amor e dedicação, à minha mãe, grande companheira e norteadora por toda minha vida, à minha filha por compreender minha ausência, aos meus orientadores do Curso de Especialização pela compreensão e ajuda em tempo oportuno, aos colegas de trabalho da UBS Maria da Conceição, colaboradores nesse projeto e, aos meus amigos médicos do PROVAB.

“Em todas as coisas o sucesso depende de uma preparação prévia, e sem tal preparação o falhanço é certo.”

Confúcio

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição situada na cidade de Contagem-MG, essa caracterizada por uma alta demanda diária com queixas agudas em detrimento a pequena adesão aos grupos operativos e de controle clínico sistemático conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, acarretando sobrecarga para equipe de trabalho e constantes conflitos por atendimento médico e de enfermagem. A comunidade atendida é composta em sua maioria por usuários com baixo grau de instrução, pouco poder aquisitivo, dificuldade de acesso a outros serviços de saúde, e histórico de agressões e ameaças aos integrantes da equipe de saúde. Sua área de abrangência não possui delimitações regulares e está dividida em seis microáreas com características bem distintas. Este projeto de intervenção visa a sistematização do acolhimento a fim de reestruturar a organização local do processo de trabalho em saúde e da agenda médica. A estratégia utilizada foi reuniões em equipe e inserção de protocolos e fluxogramas de atendimento do Ministério da Saúde. Conclui-se que a organização do processo de trabalho a partir da demanda é essencial para a resolutividade do atendimento, e que o envolvimento dos diversos profissionais na reestruturação do processo fortalece o vínculo e colaboração entre a equipe.

Palavras-chave: Acolhimento. Fluxo de Trabalho. Agenda Médica.

ABSTRACT

It is an intervention project developed in the Maria da Conceição Family Health Unit in the city of Contagem, Minas Gerais, this characterized by a high daily demand with acute complaints over the little adherence to the operating groups and systematic clinical examination in accordance with recommended by the Ministry of Health, resulting burden on teamwork and constant conflicts for medical care and nursing. The community served is made up mostly of users with low level of education, little purchasing power, difficult access to other health services, and history of aggressions and threats to members of the health team. Their area, do not have regular boundaries and is divided into six micro-areas with distinct characteristics. This intervention project aims to systematize the host in order to restructure the local organization of health work process and the medical agenda. The strategy was meeting a team and insertion protocols and flow charts call the Ministry of Health. It is concluded that the organization of the work process from demand is essential for the resolution of care, and that the involvement of different professionals in process redesign strengthens the bond and collaboration between staff.

Keywords: Home. Workflow. Medical agenda.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS- Atenção Básica a Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

HIPERDIA- Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Família

PNH- Programa Nacional de Humanização

PROVAB- Programa de Valorização da Atenção Básica

PSE- Programa de Saúde na Escola

PSF- Programa da Saúde da Família

SAS- Secretaria de Atenção a Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL- Sistema de acompanhamento de Pré Natal

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional

SUS- Sistema Único de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coleta de Dados

Tabela 2. Analise de Dados

Tabela 3. Implementações

SUMÁRIO

1 Introdução	11
2 Problema	17
3 Justificativa	18
4 Objetivos	19
4.1 Objetivo geral.....	19
4.2 Objetivos específicos.....	19
5 Revisão de Literatura.....	20
6 Metodologia	23
7 Cronograma	25
8 Recursos necessários	26
9 Resultados esperados	28
10 Considerações finais.....	33
Referências bibliográficas.....	34

1. INTRODUÇÃO

Contagem é um município localizado na região central de Minas Gerais, a 21 km de Belo Horizonte e integra a região Metropolitana da capital. Segundo a estimativa do IBGE 2010, Contagem possui cerca de 608.650 habitantes. A área total do município é de 195.268 km², com uma densidade populacional de 3070,35 hab/km² e taxa de crescimento anual de 1,24% no período 2000-2010 (BRASIL, 2011).

A história de Contagem data início do século XVIII, com a instalação de um posto de fiscalização no Sítio de Abóboras, permanecendo somente como uma cidade rural até 1929 quando foi caracterizada por ser uma cidade industrial devido à criação do parque Industrial pelo então governador Israel Pinheiro a fim de superar o atraso econômico gerado após a crise financeira mundial.

Assim a cidade passou a ocupar um lugar central no desenvolvimento mineiro, transformando-se no maior núcleo industrial de Minas Gerais, impulsionados pela instalação da Itaú, no ramo do cimento, e da Magnesita, no ramo de refratários, ao final dos anos 1950; e pela implantação do Centro Industrial de Contagem, mais conhecido pela sigla “CINCO” em 1970.

Uma extensa malha de serviços e equipamentos públicos surgiu em torno dessa base industrial, com destaque para a criação do entreposto das Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S/A (Ceasa-Minas) que, hoje, ocupa o segundo lugar nacional em vendas de hortigranjeiros, e o surgimento do Eldorado, verdadeiro centro comercial da cidade atualmente.

A cidade possui limites geográficos pouco definidos devido ao intenso processo de conturbação com a capital mineira. A economia é baseada na industrial e no comércio. O sistema viário planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga é composto por importantes rodovias como a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), a BR-262 (acesso a Vitória e ao Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e ao Rio de Janeiro).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de Contagem para o ano 2010 foi de 0,756. É importante ressaltar que o IDH Municipal varia de 0 a 1 e são analisados os indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Desse modo, quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município e quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento (BRASIL, 2013).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, 1,15% das pessoas que residem no município são classificados como extremamente pobres, e 4,81% pobres. Para realizar o cálculo da proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foram somadas a renda de todas as pessoas do domicílio, sendo que o total foi dividido pelo número de moradores. Assim, é considerado abaixo da linha da pobreza as famílias que possuem renda per capita até R\$ 140,00 e no caso da extrema pobreza, este valor será inferior a R\$ 70,00 (BRASIL, 2011). Ainda, o rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares (total urbano e rural) é R\$ 908,23 per capita.

A estrutura de saneamento básico do município conta com coleta de lixo urbana e instalação sanitária na maioria das residências. Com relação à situação de saneamento da área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF) Maria da Conceição, 100% das moradias são de tijolos, possuem energia elétrica no domicílio, com coleta urbana para o lixo e abastecimento de água feito pela rede pública (COPASA) e 95,8% (1.299 casas) possui rede de esgoto e 4,2% (58 casas) possui fossa.

Segundo do Censo 2010, a taxa de analfabetismo do município de Contagem é de 3,4% da área urbana e 7,0% na área rural, e a taxa de emprego e principais postos de trabalho estão concentrados no comércio e na indústria.

Contagem conta com uma rede de saúde composta com Hospital e Maternidade, Centros Especializados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde. Essas existem parcialmente desde 1999 e estão inseridas no contexto da Estratégia da Saúde da Família (ESF), onde se enquadra a Equipe 71 da USF Maria da Conceição.

Situada a Rua Pitangui 232, a USF Maria da Conceição funciona em uma casa alugada adaptada para ser uma unidade básica. Existe um projeto de construção de um novo espaço físico para a Unidade. Porém, a USF ainda está funcionando no pequeno espaço físico da Rua Pitangui, com cerca de 100m² de área física. A Unidade possui 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem com banheiro, banheiro coletivo de uso de pacientes e funcionários, recepção adaptada na garagem da casa, sala de acolhimento dividido por armário de medicamentos e insumos com sala de administração, sala de vacinas em uma cozinha improvisada, e despensa que funciona como sala de reunião, sala de atividades dos agentes comunitários de saúde e agentes sanitários de saúde e para lanches e almoço, além de cozinha, não há sala de expurgo, nem local para abrigo de resíduos, o almoxarifado funciona em um cômodo aos fundo da unidade, onde é acondicionado desde insumos a itens alimentícios.

Na USF 71 trabalham 6 agentes comunitários, 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira, 1 auxiliar administrativa e 1 faxineira cumprindo carga horária de 40 horas semanais, e 2 médicos ligados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e que cumprem 32 horas de atividades práticas semanal na unidade e uma carga horária de 8 horas de especialização em Saúde da Família.

A população adscrita à USF 71 possui 4.336 habitantes e 1.357 famílias, sendo que somente 721 pessoas (16,6%) são cobertas por plano de saúde e a renda familiar estimada da comunidade varia entre 1 a 2 salários mínimos.

Dos aspectos sociais relevantes, 338 famílias (24,9%) são cadastradas nos Programa Bolsa Família.

Apesar de a maioria das ruas serem pavimentadas, barreiras geográficas como morros das ruas Santa Margarida, Santa Inês, Senhor do Bonfim, rua A, rua B, rua Pitangui e da avenida A, bem como o córrego da avenida A dificultam o acesso da comunidade à unidade.

Dentre as condições crônicas de saúde mais frequentes da população de abrangência da USF 71, destacam-se: 457 pessoas (10,3%) hipertensas, 124 pessoas (2,7%) diabéticos, 77 pessoas (1,7%) com sofrimento mental, 42 pessoas (0,9%) asmáticas, 40 pessoas (0,9%) envolvidas com problemas de alcoolismo e 35 pessoas (0,7%) acamados ou classificados como idosos frágeis. Em torno de 16,9% da população apresenta pelo menos uma condição crônica de saúde, portanto demandando atenção continuada e planejada pela equipe.

No entanto, apenas uma pequena parte da agenda da equipe é destinada a consultas referentes às ações planejadas de demanda estruturada e baseada nos programas de puericultura, pré-natal, saúde mental, hipertensos e diabéticos e as visitas domiciliares. As condições agudas são o foco das atividades da Unidade e a agenda é reservada, na sua maioria, a atendimento de demanda espontânea que visa a “medicalização dos problemas” e a solicitação de exames. A equipe trabalha, portanto, com uma demanda espontânea sobrecarregada e desorganizada, que tenta atender a uma população ainda fortemente influenciada pela cultura curativa em saúde. Além disso, não existe prática de grupos operativos estruturada na Unidade devido a pequena adesão dos usuários.

Todos os usuários são acolhidos pela equipe de enfermagem em período integral de funcionamento da unidade. No acolhimento são orientados e encaminhados à consulta médica ou de enfermagem conforme o caso.

As consultas médicas reserva o período matutino exclusivamente para demandas espontâneas e o período da tarde é reservado para atendimento de pré-natal na segunda-feira, puericultura na terça-feira, hiperdia na quarta-feira e saúde mental na quinta-feira. É reservado sempre vaga à tarde para demanda espontânea. As sextas-feiras são reservadas para estudo, portanto não havendo atendimento médico aos usuários nesse dia.

A consulta de enfermagem mantém agenda igual à agenda médica acrescido de atendimento de exame de prevenção de câncer de colo uterino e de mama na sexta-feira, esses são realizadas exclusivamente pela enfermeira da unidade.

Após elaborar uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional USF Maria da Conceição, observa-se que um dos problemas prioritários da USF 71 está concentrado no seu próprio processo de trabalho em saúde, organizado de forma fragmentada e desarticulada.

Uma das principais causas identificada pela equipe da desorganização do processo de trabalho da Unidade está relacionada ao dimensionamento profissional em detrimento a falta de planejamento urbano no bairro Maria da Conceição.

As constantes mudanças físicas ocorridas na área de abrangência e no tamanho da população adstrita já são contempladas no planejamento em saúde e no processo de trabalho, porém nos últimos anos, a comunidade praticamente dobrou devido à construção de um condomínio Águia Dourada com a finalidade de alocar diversas famílias que habitavam em áreas de risco. Esse aumento substancial da população foi acompanhado especialmente de um aumento da criminalidade e do aumento das demandas em saúde da comunidade. Fato preponderante para o reconhecimento da necessidade de mais um profissional médico na unidade, dividindo-a parcialmente em duas equipes.

O reconhecimento da necessidade em alocar dois médicos para a USF pelo Município não foi, entretanto, acompanhada de um aumento proporcional de recursos humanos e materiais e infraestrutura para saúde local. Não houve, ainda, uma divisão prévia e organizada entre as duas novas equipes de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para a formação de uma nova equipe de PSF.

Cabe ressaltarmos que para formação de uma nova equipe são necessários além do profissional médico, no mínimo, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e, de quatro a seis agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2002).

As duas equipes não tem apresentado equivalência entre os atendimentos oferecidos, o que tem gerado uma organização inadequada das agendas, contribuindo para a construção de um ambiente desfavorável ao usuário, e comprometendo a qualidade de atuação dos profissionais em uma Unidade enquadrada no contexto de Estratégia da Saúde da Família.

Diante do problema exposto, observa-se que os “nós críticos” situam-se em um contexto político e socioeconômico, frente à falta de planejamento e de compreensão de como se deve articular a USF diante da mudança brusca da sua área de abrangência e do perfil da comunidade assistida. Desta forma, ao observar a necessidade de priorizar a reestruturação do seu processo de trabalho, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento do problema através de uma nova análise do seu próprio diagnóstico situacional.

2. PROBLEMA

O problema a ser enfrentado no PSF Maria da Conceição se resume a melhorar o processo de trabalho da equipe fazendo com que ocorra uma otimização do atendimento a demanda espontânea associada a uma melhora do acolhimento, resultando em uma melhoria na resolutividade dos problemas enfrentados. Logo propõe-se intervir em dois pontos principais: o primeiro se refere ao processo de esclarecimento e educação da população envolvida e, o segundo, interno a unidade, repensando e reconstruindo o processo de trabalho tendo como base os protocolos de acolhimento do Ministério da Saúde e o envolvimento dos integrantes da equipe.

3. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pela necessidade de estruturar de forma clara e protocolada o acolhimento na visão do ESF, na USF Maria da Conceição em suas 6 diferentes microáreas de abrangência. Esse processo, que vai além de uma simples descrição de sua população, é uma importante ferramenta de organização da porta de entrada, do fluxo de atendimentos, assim como do entendimento das necessidades da população e adesão do usuário. Visando principalmente melhorar o processo de trabalho das suas equipes de saúde da família.

Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Contagem existem recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do Projeto de Intervenção.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que visa propor um novo planejamento estratégico do processo de acolhimento da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição, do município de Contagem/MG, a fim de reestruturar seu atual processo de trabalho em saúde de modo a atender a demanda espontânea e enfatizar a demanda programada de acordo com as necessidades locais.

Objetivos específicos

- Estruturar o processo de trabalho da Equipe Saúde da Família Maria da Conceição;
- Trabalhar as diferenças do perfil população entre as 6 microáreas adscrita à USF Maria da Conceição;
- Inserir protocolo de atendimento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a fim de reestruturar a porta de entrada ao usuário;
- Sistematizar o fluxo de atendimento no acolhimento de forma a dar mais segurança aos profissionais que ali se encontram, nas decisões a serem tomadas no mesmo.
- Ampliar a resolutividade mediante as demandas individuais e coletivas dos usuários com ênfase na demanda programada.
- Organização local do processo de trabalho.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia para concretizar os princípios do Sistema único de Saúde (SUS). Esse programa tem foco na família e objetiva viabilizar o acesso à saúde pública com efetividade, tomando como ponto de partida a reorganização da atenção básica, a qual pressupõe a existência de um serviço de referência e contra referência eficiente que assegure e priorize a integralidade das ações de saúde (MEDEIROS et al., 2010).

O PSF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, deve responder por uma população adscrita em torno de três mil pessoas (MEDEIROS et al., 2010).

Têm sido descritos pela literatura internacional as dificuldades de acesso aos serviços de saúde na atenção básica, e a existência de filas para marcação de consultas e atendimento, bem como a viabilização de estratégias para sua superação. Contudo, a implantação de um sistema que aperfeiçoe estas ações requer equilíbrio entre a oferta e a demanda, o desenvolvimento de planos para circunstâncias incomuns, além de sua adequação às práticas da atenção primária a saúde (SILVA et al., 2010).

Para Fracolli e Zoboli (2004) se o “acolher” e o “vincular” entrar em extinção, conseqüentemente não haverá responsabilização e, tampouco, aperfeiçoamento das resolubilidades que impactam com efetividade os processos sociais de produção da saúde e da doença. Neste contexto, os serviços de saúde, dentre eles o PSF, optaram por exigir espaços de acolhimento no seu processo de trabalho.

Acolhimento e acesso se complementam e representam pilares para o desenvolvimento de práticas em serviços de saúde e a busca da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do SUS, a discussão sobre acessibilidade a essas ações e serviços ganhou matizações qualitativas (SOUZA et al., 2008).

Matomoto et al (2009) atenta para relação de poder desigual entre trabalhadores e usuários resultante da burocratização do processo de trabalho, elencando um cardápio

de serviços disponíveis aos usuários. Essa burocratização do modo de produção fere o princípio de integralidade à medida que parcela o atendimento ofertado.

No Brasil, o livre acesso não tem existido como estratégia para facilitar a utilização dos serviços pelos usuários, em virtude da ausência de medidas específicas para organização do acolhimento. Ainda que exista uma expansão do PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família, que tem contribuído para esta finalidade, a universalização da atenção à saúde, que está constitucionalmente assegurada, encontra barreiras organizacionais no acesso aos serviços da rede básica, haja vista que ainda é um problema central para a consolidação do SUS no país (SILVA et al., 2010).

A organização do acolhimento ocorre muito antes do encontro trabalhador/usuário com a preparação do espaço físico adequado, concepção da finalidade e circunstância que acontece o acolhimento, bem como da concretização do acolhimento (MATIMOTO, 2009).

A qualidade e a satisfação dos usuários estão relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, bem como uma abordagem acolhedora, que assegure a continuidade da atenção. A qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário, essenciais no processo de mudança do trabalho em saúde (MEDEIROS et al., 2010; RIBEIRO, ROCHA e JORGE, 2010).

Para estabelecer esta mudança na atenção primária à saúde, é necessária a criação de vínculo entre os profissionais e usuários, através de uma postura acolhedora, que garanta seus direitos, bem como de seus familiares (RIBEIRO, ROCHA e JORGE, 2010).

Considerando isso, Coelho e Jorge (2009) afirmam que as ações de saúde também devem ser norteadas pelos princípios da humanização do cuidado. Para que as ações de saúde sejam acolhedoras, ágeis e resolutivas é primordial recursos tecnológicos, acesso, acolhimento e vínculo, proporcionando o estabelecimento de uma relação cuidadosa entre usuários e trabalhadores.

Estudos vêm demonstrando a importância de um atendimento humanizado na área da saúde, que viabilize tanto os cuidados relativos ao tratamento específico quanto as características sociais e psicológicas dos pacientes (CRUZ, 2010).

Diante do exposto, dentre as novas medidas de atenção aos usuários propostos na Política Nacional de Humanização (PNH), ganha destaque o acolhimento, que objetiva a busca constante para reconhecer as necessidades dos usuários e como

satisfazê-las, procurando atender a todos que buscamos serviços de saúde, avigorando o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade (TESSER, POLI, NETO e CAMPOS, 2010).

O acolhimento e o vínculo dependem concomitantemente do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento organiza o acesso através da oferta de serviços, levando a ações mais adequadas, o que contribui para o usuário satisfeito. Vale ressaltar que o vínculo entre profissional e usuário estimula a autonomia e a cidadania (SCHIMITH e LIMA, 2004).

6. METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo o enfrentamento dos problemas frente à falta de planejamento e de compreensão de como se deve articular a USF diante da mudança brusca da sua área de abrangência e do perfil da comunidade assistida propondo um plano de ação intervindo no processo de trabalho em saúde da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição, no Município de Contagem/MG.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do Sistema de Informação da atenção Básica(SIAB), do site eletrônico do Programa HiperDia, site eletrônico do Departamento de Informação do SUS (DATASUS), dentre outros. Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: acolhimento; demanda espontânea; processo de trabalho em saúde. O período de busca foi de publicações foi de 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Para a elaboração do Plano de Intervenção aplicamos os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

Sendo assim, os dados coletados na realização do diagnóstico situacional subsidiaram a construção do plano de ação, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo.

a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);

b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);

c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);

d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas);

f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

7. CRONOGRAMA

Atividades		Meses									
		02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Coleta de dados		x	x								
Análise de dados				x	x						
Elaboração de ações de estratégicas						x					
Ações estratégicas	Proposta de continuidade pela equipe após saída do médico										
Cognitivas: introdução de discussão de casos semanais	Manter discussões de casos e educação permanente						x	x	x	x	x
Organizacionais: mudanças em agendas e processo de trabalho	Conforme demanda e mudança de escala profissional						x				
Organizacionais: divisão de médicos por microárea	Manter divisão						x				
Políticas: pesagem dos alunos em Escola Municipal	Participar ativamente do PSE							x			
Políticas: participação da saúde bucal em campanha de vacina	Participar de campanha de vacina influenza prevista em mês de abril.										x
Financeiras: construção de nova USF em andamento	Não depende da equipe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Fonte: O autor

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Desenho das operações:

O projeto de intervenção proposto será realizado na Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição, localizada da Rua Pitangui 232, no bairro Maria da Conceição, em Contagem, região Metropolitana de Belo Horizonte, MG.

A USF em questão oferece atendimento em 6 microáreas:

- Microárea 1: Avenida A, Rua B, Rua D, Rua E, Rua F
- Microárea 2: Rua A, Rua C, Rua Pitangui
- Microárea 3: Rua Cambuquira, Rua Cristo Rei, Rua São Sebastião, Rua Senhor do Bonfim
- Microárea 4: Rua Bernardo Monteiro, Rua Esmeralda, Rua Pará de Minas
- Microárea 5: Conjunto Águia Dourada
- Microárea 6: Rua Diamantina, Rua Santa Inês, Rua Santa Margarida, Rua Santo Amaro

A coleta de dados será realizada através de observação de campo e entrevistas direcionadas a funcionários e usuários (atores sociais). Será proposto que cada entrevistado sugira uma das estratégias de melhoria para a USF.

Desta forma, buscar-se-á compreender a área de abrangência da USF através da coleta das características demográficas, epidemiológicas e sociais da população de cada microárea; e compreender a estruturação da USF através da análise do trabalho oferecido pela Unidade à sua comunidade, comparação da organização do atendimento oferecido por cada equipe e entendimento de como é organizada a agenda de trabalho dos profissionais.

Identificação dos recursos críticos

Os “Nós” críticos selecionados foram:

- Desarticulação entre o planejamento em saúde bairro Maria da Conceição e o planejamento urbano;
- Aumento significativo da população com a inauguração do condomínio Águia Dourada com 15 blocos e 240 apartamento, albergando 240 famílias e 1345 pessoas e, acompanhada de um aumento da criminalidade e da demanda em saúde da comunidade;

- Divisão das microáreas sem levar em conta as diferentes características demográficas, epidemiológicas e sociais;
- Carência de recursos humanos e materiais;
- Falta de planejamento para a formação de uma nova equipe de PSF de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Carência de recursos financeiros e intelectuais da população adscrita; Desarticulação entre os diversos serviços de saúde e sociais;
- Despreparo profissional no enfrentamento e manejo de usuários com risco social e com risco para agressão;
- Infraestrutura inadequada para realizar atividades e práticas integrativas; Distância física das residências para usuários das ruas Cristo Rei, Senhor do Bonfim, São Sebastião, Cambuquira e quarteirão da rua Pará de Minas entre Cristo Rei e Cambuquira e, quarteirão da rua Bernardo Monteiro entre Cristo Rei e Cambuquira(onde está localizado o condomínio Águia Dourada), além de morros acidentados e íngremes nas ruas Pitangui, Avenida A, rua Santa Margarida.

Diante dos “nós” críticos selecionados, identifica-se como recursos críticos:

Cognitivo: conhecimento sobre a realidade local e sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Organizacional: Organização e adequação das equipes e suas agendas.

Político: Mobilização social frente às questões da violência através da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde; articulação intersetorial (ex. setores de segurança e educação).

Financeiro: Aumento de recursos financeiros para a reestruturação de uma nova equipe de PSF e de seus serviços prestados à comunidade.

Análise da viabilidade do plano:

O plano de ação foi viável na saúde da USF Maria da Conceição pela participação dos diversos atores sociais envolvidos, os quais se mobilizaram desde o levantamento dos dados, que foram analisados e comparados com a literatura e com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, até as estratégias já implementadas e, comprometeram-se na implementação das demais ações apontadas aqui nesse trabalho.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados foram divididos em etapas para melhor visualização e compreensão do trabalho elaborado.

9.1 Coleta de dados e mobilização da equipe de saúde

Tabela 1. COLETA DE DADOS

Operação	Resultados esperados	Produtos obtidos	Ações estratégicas	Responsável
Apresentação do projeto a equipe	Compreensão do projeto de intervenção pelos membros da equipe. Cooperação e envolvimento da equipe.	Cooperação e envolvimento da equipe.	Explicação do projeto à equipe e suas melhorias ao processo de trabalho.	O Autor
Mapeamento de dados	Conhecer as características delimitações da área da abrangência e de cada microárea.	Construção do diagnóstico situacional e desenho das operações.	Analisar as produções mensais, as fichas A e B, consolidado anual e em saúde do trabalhador, fichas de Hiperdia, Sisvan e sis prenatal.	O Autor
Compreensão do processo de trabalho	Compreender a estrutura do processo de trabalho. Avaliar a organização do acolhimento, agendamento e direcionamento das demandas clínicas e de enfermagem.	Organização e adequação o acolhimento em período integral. Programação dos atendimentos dos grupos prioritários.	Discutir a organização do processo de trabalho da equipe. Estabelecer reuniões quinzenais para discussão das práticas locais.	Equipe
Entrevistas individuais aos profissionais	Compreender as características e visões singulares do processo de trabalho	Delimitação minuciosa do perfil dos trabalhadores e processo de trabalho.	Observação dos objetivos, características e atribuições das atividades individuais	Equipe
Compreensão das demandas apresentadas no acolhimento	Identificar a demanda dos usuários.	Perfil populacional. Levantamento das demandas mais comuns e incomuns. Compreensão dos tipos de demandas e o modo como são tratadas pela equipe.	Levantamento e observação das demandas relatadas em prontuários. Discussão com a equipe. Análise do livro de registro do acolhimento e do livro de registro da recepção.	Equipe

Delimitação de fluxos e serviços de saúde do município	Identificar a rede de saúde do município.	Otimização da resolução e encaminhamentos das demandas com responsabilização e respaldo técnico.	Conhecer os diversos serviços e suas atribuições e atividades competentes. Analisar os protocolos de fluxos municipais. Participação ativa em cursos e treinamentos ofertados pela rede. Discussão de casos com os diversos profissionais do NASF.	Equipe. NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
Delimitar a rede de apoio intersetorial	Identificar a rede de apoio Intersetorial	Levantamento das condições referentes a segurança, educação e infraestrutura na área de abrangência.	Discussão dos temas pela equipe, e vivências relatada pelos Agentes Comunitários de saúde.	Equipe.

Fonte: Autor

Logo após a explanação do projeto de trabalho a equipe, esta se mostrou receptiva às mudanças que culminassem em melhoria do processo de trabalho que se apresentava desorganizado e conflituoso.

As características da área de abrangência bem como as particularidades de cada microárea foram obtidas e delimitadas a partir das informações exposta pela a equipe e através das cópias dos dados que alimentam os diversos sistemas de informações da Atenção Básicas: produções mensais de cada trabalhador, ficha A e B, consolidado anual e em saúde do trabalhador, ficha de Hipertensão (utilizada no cadastro e monitoramento dos hipertensos e diabéticos), Sisvan Web (utilizada no cadastro e monitoramento do peso prioritariamente das crianças, gestantes e idosos) e sis prenatal (utilizada no cadastro e monitoramento de gestantes e puérperas).

O delineamento e compreensão do processo de trabalho foram obtidos através da análise sistemática e minuciosa das agendas, do livro de registro de atividades de enfermagem, do livro de registro da recepção, do livro de registro do acolhimento, dos fluxos assistenciais utilizados na rede de saúde local e seu sistema de referência e contra referência e, através das entrevistas individuais aos profissionais da equipe.

O delineamento do processo de trabalho a partir das discussões das demandas mais comuns existente na área de abrangência resultou na adequação do acolhimento e direcionamento responsável dos usuários.

O levantamento da Rede SUS existente no município e intersetorial local proporcionaram a compreensão das particularidades que caracterizavam a demanda resultando na otimização no atendimento.

9.2 Análises dos Dados

Tabela 2. ANALISE DE DADOS

Operação	Resultados esperados	Produtos obtidos	Ações estratégicas	Responsável
Revisão de literatura sobre Acolhimento, demanda espontânea; processo de trabalho em saúde cadernos de Atenção à Saúde preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).	Compreender as diversas ferramentas de trabalho sugeridas pelo MS. Ampliação do entendimento das atribuições e competências do PSF.	Análise da realidade local e suas práticas e compará-las a luz do que é preconizado pelo MS.	Discutir com as equipe as práticas locais e reajustes necessários. Propor estratégias de organização dos serviços de modo integral com base nos dados e na literatura analisada.	Equipe

Fonte: Autor

A segunda etapa desse trabalho tratou de analisar a dados obtidos na coleta de dados a luz da Literatura, tendo como vertentes a Revisão de Literatura nos Bancos de Dados em Saúde e Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

9.3 Implementação

Os nós críticos surgiram com o levantamento, desmembramento e análise dos dados coletados e foram agrupados em cognitivos, organizacionais, políticos e financeiros.

Tabela 3. IMPLEMENTAÇÕES

Nó crítico	Ações estratégicas	Resultados esperados	Resultados obtidos	Responsável
Cognitivos	Discussão da prática local em saúde em reuniões com a equipe. Educação continuada, participação em cursos e capacitações.	Embasamento teórico literário nas práticas em saúde.	Discussão de casos pela equipe. Participação ativa da equipe na obtenção e compartilhamento do conhecimento.	Equipe
Organizacional	Adequação das agendas; adequação do	Otimização do atendimento.	Agendas reorganizadas; fluxo	Equipe,

	número de pessoas e famílias por microárea; Discutir o processo de trabalho com equipe.	Fluxo de atendimento do usuário na unidade	de atendimento do usuário definido e pactuado com a equipe, Microáreas redefinidas. Divisão dos usuários por médico da equipe por microárea: 1, 2 e 3 com um médico e 4, 5 e 6 com outro médico. Realização de grupos operativos.	
Político	Compreender o funcionamento e ações dos diversos setores em saúde e intersetorial e promover a articulação entre eles.	Articulação e adequação entre a rede SUS e as demandas de sua população.	Contato com escola municipal através do Programa Saúde na Escola (PSE). Articulação com a Guarda Municipal viabilizando maior segurança à equipe. Participação da Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde do Idoso em campanhas de Vacinas. Reestruturação do conselho de saúde local.	Equipe, Gestores em Saúde.
Financeiro	Divisão Da área de abrangência em dois PSF; Alocação de recursos humanos e matérias; adequação do local de trabalho	Adequação de recursos físicos, humanos e materiais.	Unidade de atendimento em construção. Projeto municipal articulado pela Secretária de Atenção à Saúde (SAS) de divisão da equipe em duas.	Gestores em Saúde.

Fonte: Autor

A partir do nó crítico cognitivo foram implementadas discussões de casos com a equipe nas reuniões. Nas discussões das práticas locais com a equipe e suas respectivas adequações utilizaram-se o preconizado pela literatura como embasamento teórico.

Como instrumento da educação continuada foi proposta uma revisão teórica das principais atividades exercidas pela equipe e conceitos fundamentais do PSF e compartilhamento do conhecimento e atualizações em cursos e capacitações.

Em detrimento a organização local as mudanças na agenda e no processo de trabalho ocorreram conforme as dificuldades foram sendo apresentada a equipe.

A divisão médica por microárea permitiu a continuidade do cuidado e estabelecimento do vínculo médico e a população conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A articulação com outros setores propicia um atendimento holístico e integrativo. Destacamos as relações intersetoriais que já existiam no município, mas que não eram efetivas na Unidade em estudo. Contato com escola municipal alocada na área de abrangência através do Programa Saúde na Escola (PSE). Articulação com a Guarda Municipal viabilizando maior segurança à equipe. Participação da Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde do Idoso em dia estratégico das campanhas de Vacinas. Reestruturação do conselho de saúde local.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização do acolhimento e a reestruturação e a organização local do processo de trabalho em saúde gerou um bem estar em toda a equipe, refletindo positivamente tanto na equipe quanto no atendimento aos usuários.

Observou-se que situações cotidianas, que antes eram conflituosas, após a reestruturação do processo de trabalho passaram a se desenrolar naturalmente, sem grandes intervenções.

As discussões de casos e participação dos trabalhadores na construção e implementação do projeto propiciou o fortalecimento do vínculo entre a equipe a medida que o conhecimento e colaboração de cada personagem foi de suma importância para o sucesso do projeto.

As alterações no processo de trabalho resultaram em um atendimento a comunidade mais ágil, efetivo e resolutivo. Fato que pode ser comprovado na fala dos usuários no acolhimento e nas demandas reincidentes de determinados usuários que aos poucos foram sendo resolvidas ou amenizadas.

As agendas dos profissionais foram aos poucos se adequando as demandas dos usuários, permitindo a equipe um agendamento responsável e colaborativo à medida que as ações de agendamento podiam ser questionadas e reavaliadas.

Conclui-se nesse trabalho que a resolutividade do atendimento médico não se resume ao seu saber biomédico apenas, mas permeia ações coletivas em saúde e intersetoriais, onde a organização e estrutura do processo de trabalho a partir da demanda são essenciais para qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional para 2013. Brasília: IBGE, 2011.

Brasil. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil. Brasília: IPEA, 2013.

Caderno de Atenção Básica número 28 – Volume 2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acessado em 10 ago.2014

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA H. P. de; SANTOS, M. A. Dos _Planejamentos e avaliação das ações em saúde. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. 110p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 15 maio de 2014.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo no atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14 (Supl.1):1523-1531.

CRUZ, Sirlaine Vieira da Cruz. O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação. Acta Fisiatr. 2010; 17(3): 122 – 125. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=48. Acesso em 20 de jun. de 2014.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúdeda Família. Ver Esc Enferm USP 2004; 38 (2):143-151.

MATIMOTO et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem vol 17 nº6 Ribeirão Preto nov./dec. 2009.

MEDEIROS et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Revista de Saúde Pública, vol.12, n.3, Bogotá, Jun. 2010. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-573979>, acesso em 20de jun de 2011.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; JORGE, Maria Letícia Ramos-. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre

a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Caderno de Saúde Pública vol.26 no. 12. Rio de Janeiro, Dec. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-571484>, acesso em 20 de jun. de 2014.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública v.20 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2004. Disponível em: acesso em 15 de mai. de 2014.

SILVA et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica de Salvador, 2005-2008. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. vol.10 supl.1 Recife Nov. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-574848>, acesso em 20 de jun de 2014.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et.al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública v.24 supl.1 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: acesso em 15 de mai. de 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO Paulo Poli; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro nov. 2010. Disponível em: acesso em 15 de mai. de 2014.