

UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNO DE ALMEIDA HUBNER

**FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO E EXTERNO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE: organização do fluxo de atendimento para
melhor atender a demanda.**

JUIZ DE FORA– MINAS GERAIS

2015

BRUNO DE ALMEIDA HUBNER

**FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO E EXTERNO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE: organização do fluxo de atendimento para
melhor atender a demanda.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

JUIZ DE FORA– MINAS GERAIS

2015

BRUNO DE ALMEIDA HUBNER

**FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO E EXTERNO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE: organização do fluxo de atendimento para
melhor atender a demanda.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof^a. Dra Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 11/02/2015

Dedico o presente estudo a toda equipe de saúde da família do Posto Bela Vista/São Geraldo que me receberam bem desde os primeiros dias de trabalho em um PSF, e juntos, desde então temos desempenhado um trabalho humano e dedicado à população por nós acolhidos. E, em especial, a minha orientadora Maria Rizioneide.

RESUMO

O presente trabalho visa melhorar o acolhimento à população atendida pela Unidade Básica de Saúde Bela Vista/São Geraldo em São João Del Rei/MG, da qual fazem parte duas equipes de saúde da família. Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organização do atendimento por meio de uma agenda programada que priorize de fato as necessidades de saúde da população adscrita a unidade básica de saúde Bela Vista. Devido ao atendimento deficitário, alta demanda espontânea, filas de espera, reclamação por parte das equipes e dos usuários foi elaborado, portanto, o projeto de intervenção, por meio de uma agenda programada que priorize de fato as necessidades de saúde da população. Fez-se, para tal, pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde, nas bases de dados da LILACS e da SciELO, com os descritores: qualidade da assistência à saúde, estratégia saúde da família e atenção à saúde. O Plano se pautou no Planejamento Estratégico situacional. Assim, o atendimento passou por várias mudanças, reuniões e discussões até que se chegasse a um modelo de trabalho satisfatório para a equipe e principalmente para a população. A organização do fluxo de atendimentos começou com a marcação prévia da consulta, esta, feita por um profissional às 13 horas do dia anterior. Este profissional estratifica os casos encaixando os pacientes nos horários de acordo com a gravidade, ficando sempre um horário reservado para casos mais urgentes, utilizando também o protocolo de Manchester. As agentes comunitárias de saúde são responsáveis pelas marcações de visitas domiciliares, além de comunicar à população os dias de grupo HIPERDIA. Para embasar a realização do Projeto de Intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema e assim contribuir na organização da proposta.

Descritores: Qualidade da Assistência à saúde. Estratégia saúde da Família. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to better accommodate the population attending the Health Unit Bela Vista / St. Gerard in Sao Joao del Rei / MG, which is composed of two family health teams. Develop an intervention project for the purpose of organization of care through a scheduled daily that prioritizes indeed the health needs of the enrolled population to basic health unit Bela Vista. Due to deficient service, high spontaneous demand, queues, complaint by the teams and users has been developed by our team an intervention project for structuring in order to develop an intervention project with the purpose of organizing the service through a scheduled agenda that prioritizes indeed the health needs of the enrolled population to basic health unit Bela Vista. The service has undergone several changes, meetings and discussions until they reach a satisfactory working model for the team and especially for the population. The organization of care flow began with the appointment of the query, this, done by a professional to 13horas the previous day. This professional stratifies cases fitting patients in time according to the severity, always getting a booked for more urgent cases, also using the Manchester protocol. Community health workers are responsible for home visits markings, and communicate to the public the days of HIPERDIA group. To support the realization of the intervention project was carried out a literature review in order to raise the existing evidence on the subject and thus help in the organization of the proposal.

Keywords: Health care quality. Family health strategy. Health Care.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 16 |
| 3 OBJETIVO | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 19 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 20 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO | 22 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| REFERÊNCIAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município de São João Del Rei

Aspectos históricos

Os primeiros povoadores de São João del Rei foram paulistas, atraídos pelos cascalhos auríferos da bacia do rio das Mortes, que "assoalhavam o caminho trilhado pelos bandeirantes", denunciando os grandes depósitos de ouro da região. Em fins do século XVII, Tomé Portes del Rei, procedente de Taubaté, fixou-se as margens do rio das Mortes, no local a que chamava, por ser passagem de todas as embarcações "Porto Real da Passagem". Nesse local, ainda hoje denominado Porto Real, teve início o primeiro arraial. Em 1702 faleceu Tomé Portes del Rei, a quem fora conferido o direito de cobrança da passagem no Rio das Mortes. Sucedeu-o seu genro Antônio Garcia da Cunha. Até 1703, a importância do povoado decorria de sua situação como ponto de ligação com os Sertões de Caeté e a região das minas do Carmo, Ouro Preto e Sabará. De 1703 a 1704, o português Manuel João de Barcelos descobriu, nas fraldas dos montes, ricas manchas de ouro, e os paulistas Pedro do Rosário e Lourenço da Costa iniciaram os trabalhos de faiscação. Forasteiros e aventureiros começaram a afluir. Nas encostas das serras, atualmente denominadas Senhor do Monte e Mercês, onde ainda há reservas de ouro, surgiu o outro arraial - o do Rio das Mortes - com sua igrejinha (no local denominado Morro da Forca) consagrada a Nossa Senhora do Pilar, originando-se aí São João del Rei. Na guerra entre paulistas e emboabas, ainda no início do século XVIII, foi o arraial do Rio das Mortes fortemente abalado com a morte e o afastamento dos paulistas, aos quais foram usurpadas as minas. Apesar dessas lutas e disputas, a povoação continuou a prosperar.

A construção da estrada de ferro (1878-1881) e a chegada, em 1886, de imigrantes italianos, procedentes de Bolonha e Ferrara, aceleraram o progresso do Município. Esses imigrantes, destinados a agricultura, localizaram-se na Várzea do Marçal, onde formaram as colônias do Marçal, Recondego e Felizardo, e na Fazenda José

Teodoro. Posteriormente, grande número de sírios fixou-se no Município, dedicando-se de preferência ao comércio.

Formação Administrativa e Judiciária

A freguesia de Nossa Senhora do Pilar data de 16 de fevereiro de 1724. O Município foi criado com sede no antigo arraial do Rio das Mortes e território desmembrado do termo da antiga Vila Rica - mais tarde Ouro Preto - a 8 de dezembro de 1713, recebendo o nome de São João del Rei, em homenagem a D. João V. A Lei provincial n.º 93, de 6 de março de 1838, concedeu à sede municipal foros de cidade. Em 1953 perdeu o distrito de Nazareno para formar novo Município. Segundo a divisão administrativa vigente, o Município é composto dos distritos de São João del Rei (sede), Arcângelo, São Gonçalo do Amarante, Emboabas, Rio das Mortes, São Sebastião da Vitória e foram desmembrados os de Cassiterita e Santa Rita, ainda não instalados. A comarca, criada com o nome de Rio das Mortes em 1714, recebeu, por força da Lei estadual número 11, de 13 de novembro de 1891, a denominação de São João del Rei, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013a).

1.2 Descrição do município

1.2.1 Aspectos Geográficos: Caracterização do território.

O município de São João Del Rei possui uma área de 1467,82 km². A população é de 84.469 habitantes segundo o Censo 2010, com uma densidade demográfica de 57,5 hab/Km². Seu ano de instalação foi em 1714, fazendo parte da mesorregião Campo das Vertentes (IBGE, 2013b).

1.3 Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - São João Del Rei é 0,758, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,860, seguida de Renda, com índice de 0,733, e de Educação, com índice de 0,690 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

Quadro 1 - Índice de Desenvolvimento Humano de São João Del Rei pelas dimensões educação, longevidade e renda, 2013.

| IDHM e seus componentes | 1991 | 2010 |
|--|-------------|-------------|
| IDHM Educação | 0,331 | 0,690 |
| % de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo | 29,9 | 57,4 |
| IDHM Longevidade | 0,744 | 0,860 |
| Esperança de vida ao nascer (em anos) | 69,63 | 76,57 |
| IDHM Renda | 0,613 | 0,733 |
| Renda por habitante (em R\$) | 362,32 | 764,74 |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil,2013.

Os principais postos de trabalho da população do município envolvem as atividades principais da cidade, que são agricultura, indústria e comércio. São João Del Rei se destaca em termos de produção agrícola, tendo em vista a enorme área do município. A cidade possui importantes empresas nas áreas de têxteis, metalurgia, alimentícia, entre outras, sendo então um dos principais polos industriais da região. O comércio é um dos grandes geradores de emprego e renda, pois se consolidou como sendo um dos atrativos de São João Del Rei. A cidade possui uma enorme variedade de lojas de vários setores (BRASIL, 2013b).

A infraestrutura de serviços é adequada, possuindo serviço de tratamento de água e esgoto, luz para toda a população, internet e telefonia em quase todo o território (inclusive na área rural), correios e bancos na área central e em bairros mais afastados.

1.4 Aspectos Demográficos

De acordo com dados do Censo de 2010, a População total do município é de 84.404 habitantes, sendo que 79.790 residem na área urbana e 4.614 na área rural. O

município possui 40.494 homens e 43.910 de mulheres seguindo a tendência da maioria dos municípios de Minas Gerais de predominância de população feminina. A população estimada para 2014 é de 88.902 habitantes. Este fato justifica-se pelo aumento da população estudantil acarretada pela ampliação e criação de cursos novos na Universidade e certamente é um atrativo para migração (IBGE, 2010).

Conta com 33.373 domicílios e uma densidade populacional de 57,67 hab./km². Os três maiores bairros de São João Del Rei, em número de habitantes, são: Matozinhos (20.153hab), Tijuco (15.699hab) e Colônia do Marçal (9.986hab), conforme o Censo de 2010 (BRASIL, 2013b).

Quadro 1 – população do município de São João del Rei referente a 2010 e estimada para 2014 e sua área territorial e densidade demográfica por Km²

| | |
|--|-----------|
| População estimada 2014 | 88.902 |
| População 2010 | 84.469 |
| Área da unidade territorial (km ²) | 1.464,327 |
| Densidade demográfica (hab/km ²) | 57,68 |

1.5 Sistema Local de Saúde

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focada na atenção básica à saúde, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

De acordo com as informações da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais referente ao mês de setembro de 2014, o município de São João Del Rei possui 13 Equipes da Estratégia Saúde da Família cobrindo 53,10% da população (MINAS GERAIS, 2014).

As equipes de saúde da família já cobrem grande parte do município, permitindo a melhora da qualidade de vida das pessoas e das comunidades, diminuindo as demandas para os ambulatórios de especialidades e aos Prontos Socorros, reduzindo as internações hospitalares, melhorando a cobertura do pré-natal em 98% das gestantes, realização do esquema vacinal básico em 98,66% das crianças, taxa de aleitamento materno exclusivo em 81%. Informações essas referentes às áreas cobertas pelas equipes.

O Sistema de Referência e Contra referência encontra-se em processo de implementação. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui diversos serviços com especialidades ambulatoriais à disposição, sendo eles um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com atendimento psiquiátrico, um Centro de Atenção Hematológica, uma Unidade de Fisioterapia, um Núcleo Materno-Infantil com atendimentos de pediatria e ginecologia/obstetrícia, um Núcleo de Saúde Odontológico, uma Policlínica com ambulatório de diversas especialidades e um Núcleo de Medicina Antroposófica.

Quanto à Rede de Média e Alta Complexidade o município conta com dois hospitais da iniciativa privada sem fins lucrativos, o Hospital Nossa Senhora das Mercês e Santa Casa da Misericórdia. O Hospital Nossa Senhora das Mercês possui um Serviço de Traumatologia e Ortopedia em regime de Pronto Atendimento 24 horas, sendo a referência para traumas envolvendo fraturas. Na Santa Casa de Misericórdia, encontram-se os serviços de referência da região em caráter de urgência para Obstetrícia, neonatologia (UTI neonatal), e Cirurgia Geral. A equipe conta com neurologista e neurocirurgião de sobreaviso, portanto atende como referência os casos de traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular encefálico. Ambos os hospitais possuem Unidade de Terapia Intensiva e serviço de radiologia com tomografia computadorizada, ultrassonografia e radiografia.

Em 2011 foi implantada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São João Del Rei, absorvendo assim a demanda de atendimentos excessiva que era realizada nas unidades de alta complexidade, permitindo uma melhor triagem e encaminhamento dos casos necessários. Conta com uma equipe de três médicos por plantão, no momento dispendo de pediatra apenas em alguns dias. A unidade possui dois leitos

vermelhos, equipados com respirador e monitorização cardíaca, permitindo a estabilização dos pacientes mais graves. A unidade é referência não só para o município, mas para a toda região, recebendo pacientes encaminhado de diversas localidades próximas. O médico plantonista da UPA pode encaminhar os pacientes para a alta complexidade através da regulação feita pelo SUS-Fácil, o qual priorizará os hospitais da cidade, porém podendo encaminhar para outros estabelecimentos de fora do município.

A cidade conta ainda com uma unidade de atendimento do SAMU, composta por uma USA (ambulância com suporte avançado) e duas USB (suporte básico). Atende a todo o município.

No que diz respeito aos recursos humanos em saúde a Secretaria Municipal de Saúde conta com 323 servidores concursados, 31 comissionados, 15 servidores estáveis, 36 contratados por prazo determinado e 180 servidores de seleção pública, totalizando 585 profissionais regidos por regime estatutário. Há ainda, Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), 199 profissionais atuando no SUS de forma autônoma, e 1224 profissionais com vínculo empregatício. Há uma estimativa de que atuem no município 98 dentistas e 167 médicos.

O município de São João Del Rei é habilitado na Gestão Plena no Sistema Municipal de Saúde. É também o município polo microrregional, onde está instalada a Gerência Regional de Saúde de São João Del Rei, da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.

A cidade conta com várias unidades de saúde tradicionais e com mais de 10 unidades que fazem parte do PSF.

Na área da saúde observa-se uma divisão importante, com 28 estabelecimentos de saúde privados, 28 estabelecimentos municipais, e somente dois estabelecimentos estaduais. Dentre esses a cidade possui o SAMU, a UPA 24h, a Santa Casa de Misericórdia (que faz somente atendimento particular), o Hospital Municipal Geral, várias clinicas particulares especializadas (algumas com convenio com o SUS), 22 estabelecimentos privados de Saúde com apoio à diagnose e terapia, oito estabelecimentos privados/SUS de Saúde com apoio à diagnose e terapia, cinco

estabelecimentos públicos de Saúde com apoio à diagnose e terapia, 25 estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em especialidades básicas, 11 estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em outras especialidades, sete estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento odontológico com dentista, 252 leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde privado/SUS, 254 leitos para internação em Estabelecimentos de saúde privado, 10 estabelecimentos de Saúde total privado/SUS, 25 estabelecimentos privados de Saúde, oito estabelecimentos privados/SUS de Saúde, 30 estabelecimentos públicos de Saúde. Todos os bairros possuem cobertura de Unidades Básicas de Saúde, e mesmo que um pouco distante de sua moradia a população toda está coberta e possui uma unidade de referência.

1.6 Situação Educacional

O município apresenta uma boa estrutura educacional. As escolas estão divididas por todo o território do município, não havendo nenhuma área descoberta. A região é provida de 34 creches, 46 entidades para ensino Fundamental e 14 para o Ensino Médio, além de possuir Faculdades Particulares, a Universidade Federal de São João Del Rei e Institutos Técnicos Profissionalizantes como SESI/SENAI.

.

1.7 A Unidade de Saúde da Família Bela Vista

A Unidade de Saúde da Família Bela Vista está localizada à Rua Carmelo Cardoso, 61, bairro São Geraldo, em área urbana, situada a 2,5Km do centro da cidade. Fazem parte da área da sua área de abrangência os bairros: Bela Vista, Dom Bosco, São Dimas e Cidade Nova. A área de abrangência da equipe Bela Vista é dividida em seis microáreas. No total são 980 famílias perfazendo uma população de 3.355 habitantes residentes no território da unidade.

A UBS Bela Vista está situada na região mais alta do bairro, de difícil acesso devido à inclinação do morro. A estrutura física divide espaço entre duas equipes de saúde, São Geraldo e Bela Vista. Seu funcionamento é de segunda a sexta de 7h as 17horas.

Por se tratar de um bairro perto do centro, residencial, as atividades laborais restringem-se a poucas padarias e bares, pois a maioria da população trabalha em outros bairros do município nos diversos setores.

A população do bairro Bela Vista, assim como o resto do município, enfrenta problemas sociais graves, principalmente envolvendo o uso de drogas e a violência.

Destaca-se o uso de drogas por parte dos jovens, principalmente a cocaína, o crack e a maconha. Outro agravo de saúde importante no bairro é a alta incidência de pacientes hipertensos, diabéticos e obesos.

A demanda ao serviço de saúde pela população se dá por demanda espontânea o que de certa forma desorganiza o atendimento e a oferta de atividades promocionais de vigilância à saúde.

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica à Saúde, proclamada pelo Ministério da Saúde, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais da população, identificadas por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da atenção à saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007).

Neste sentido, propõe-se elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar o fluxo de atendimento interno e externo à unidade com vista a qualificar o atendimento ofertado a população visando um melhor acolhimento.

2 JUSTIFICATIVA

A rede de atenção da atenção básica tem por finalidade melhorar o desempenho da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir a oferta de procedimentos aos usuários com maior critério de necessidade. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos da rede básica à especialistas poderiam, com certeza, ser resolvidos nas Unidade Básicas de Saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004)

Portanto, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione de forma eficiente, sem desperdício de recursos, a estratégia saúde da família torna-se extremamente importante, uma vez que é o primeiro contato do usuário com a rede de serviços de saúde.

A proposição do SUS é organizar em cada nível de governo, a rede de atenção à saúde que garanta o acesso universal e igualitário dentro de uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção. A primeira delas que se pode destacar é a transferência aos municípios da responsabilidade da oferta de serviços básicos de saúde, de forma planejada e organizada com vistas a uma melhor assistência à população adscrita. A reestruturação da oferta inicia pela atenção primária á saúde tendo como referencia as equipes de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo ela considerada como a porta de entrada para o sistema(SANTOS; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

E para que todos tenham acesso ao sistema de saúde, inclusive às especialidades, torna-se necessário que seja possível acolher com qualidade toda a população e cadastrá-la no sistema.

A população da área de abrangência da UBS Bela Vista tem uma cultura enraizada no atendimento apenas de demanda espontânea. Essa característica foi observada no estudo de Nora; Junges (2013), no qual se percebeu que a prática desenvolvida

nos serviços de saúde é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, proporcionando a perpetuação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa e focado na queixa do usuário.

Esta população que atuo possui uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e esteve nos últimos anos utilizando o serviço prestado pela unidade da mesma maneira, ou seja, procurando o atendimento apenas quando precisam de algo, seja uma receita, seja uma consulta ou um atendimento de emergência. Forma esta que dificulta a abordagem de aspectos como, a má alimentação, a excessiva utilização de produtos industrializados, o uso de açúcar refinado e gordura saturada, importantes no desencadeamento da síndrome metabólica, caracterizada pela dislipidemia, hipertensão e intolerância a carboidratos.

Esses agravos podem ser minimizados se toda essa população conseguisse um atendimento humanitário e de fácil acesso nas unidades básicas de saúde.

O estudo de Trad e Rocha (2014) identificou que o acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito.

Nesse sentido, as pesquisas descrevem dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde devido à grande demanda predominantemente espontânea, causando sofrimento aos profissionais e usuários (NORA; JUNGES, 2013).

Este trabalho se justifica, portanto pela insatisfação dos pacientes em relação ao funcionamento da unidade, do trabalho desempenhado pela equipe, com a dificuldade para conseguir uma consulta, bem como o stress gerado principalmente das Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por lidar diretamente com o público nas suas áreas de atuação.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de organizar o atendimento por meio de uma agenda programada que priorize de fato as necessidades de saúde da população adscrita da unidade básica de saúde Bela Vista.

3.2 Específicos

Organizar o atendimento diminuindo o tempo de espera e dificuldade para conseguir atendimento.

Facilitar o trabalho do médico e da equipe.

Organizar os tipos de consultas marcadas no momento do agendamento.

4 METODOLOGIA

Foi trabalhada nas seguintes etapas:

- Diagnóstico situacional onde foram identificados os principais problemas de saúde do território da unidade. O diagnóstico foi feito por meio do método do Planejamento Estratégico Situacional destacando os problemas relevantes, os “nós críticos” e as intervenções necessárias para ajudar na solução dos problemas de maior relevância.
- Revisão bibliográfica para levantar as evidências já existentes sobre o problema priorizado. A busca se processou por meio da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde nos bancos de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e nos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

A busca nos bancos de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:

- Qualidade da Assistência à saúde;
- Estratégia saúde da Família;
- Atenção à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c) define que o atendimento a demanda espontânea envolve ações que necessitam ser realizadas em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Ressalta também que o processo de trabalho da equipe de saúde precisa ser organizado para ser resolutivo nos aspectos do cuidado e das condutas aplicadas.

No acolhimento do usuário é fundamental a escuta das queixas e demandas e, conseqüentemente, melhorar a resolutividade e ao mesmo tempo priorizar o atendimento dos casos (BRASIL, 2013c).

Estudos indicam que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O acolhimento, além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos pontos de atenção à saúde na rede, compete às equipes de saúde das unidades básica de saúde a responsabilidade sobre o cuidado e ainda deve ser gestora do projeto terapêutico do usuário, sendo, portanto, dever da equipe de saúde acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004)

O acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando as relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, com responsabilização e compromisso com a resolutividade. Deve ser realizado por todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Em outra perspectiva, o acolhimento apresenta-se fundamentado no modelo clínico-biomédico, sendo o atendimento baseado no modelo queixa-conduta e não como forma de triagem (FRANCOLLI; ZOBOLI, 2004).

A desorganização do fluxo de atendimento prejudica os usuários e dificulta o trabalho da equipe, porque falta tempo para atender toda demanda, e impossibilita a realização de outras atividades de promoção de saúde.

A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, no estabelecimento de vínculo com o usuário, no significado expresso da relação profissional/usuário, que são definidos no sentido de atuar sobre os problemas que afligem a população (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004)

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento do projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES seguindo os seguintes passos:

6.1 Identificação e Priorização dos problemas

A partir da análise dos dados coletados e leitura apurada das informações obtidas foi possível a elaboração de uma lista, citando os principais problemas identificados. Foi identificado que a porcentagem de abastecimento de água em São João Del Rei é de 84% e a taxa de recolhimento de esgoto por rede pública é de 80,6% são bastante significativas. Muitas áreas do município ainda estão descobertas em relação a estes serviços, principalmente nas áreas mais carentes e as áreas rurais.

Outro aspecto importante observado é que a taxa de escolarização da população de São João Del Rei é de 67,86% e a incidência da pobreza é de 27,04 %. Isso nos mostra que o índice de analfabetos ainda é significativo e a pobreza também é um fator importante e que influencia na manutenção da saúde e da qualidade de vida de uma boa parte da população. A falta de educação formal e o analfabetismo dificultam o entendimento pelos pacientes às orientações dadas pelos profissionais de saúde, e muitas vezes não compreendem a importância de muitas medidas colocadas em prática pela equipe e por isso não aderem aos tratamentos oferecidos.

Outro dado interessante é que a cidade conta apenas com a UPA 24h para os atendimentos de urgência/emergência pelo SUS, e infelizmente observa-se na prática que, este serviço se encontra sobrecarregado e não consegue atender toda a demanda da população. Durante as conversas com os pacientes verificou-se que estes temem necessitar de atendimento na unidade e não serem contemplados, e reclamam da má qualidade de atendimento e a longa espera pela consulta médica.

Esses foram os principais problemas relacionados à saúde encontrados através da leitura e análise de dados fornecidos sobre a região. Outros problemas são detectados no nosso dia a dia, através do relato dos pacientes durante o

atendimento médico, das visitas domiciliares e das conversas com os ACS e profissionais de saúde da ESF, a saber:

- O número de tabagistas atendidos no consultório é ainda significativo e o grupo antitabagismo recentemente implantado ainda é deficitário e mal estruturado.
- O alto índice de pacientes com problemas sociais e familiares e que fazem uso de medicações ansiolíticas e antidepressivas, como os benzodiazepínicos, muitas vezes usados de maneira incorreta e desnecessária e sem acompanhamento médico e psicológico, é um grande e difícil problema a ser vencido.
- Número reduzido de pessoas que realizam atividade física rotineiramente, e não há incentivo formal à iniciação e manutenção de uma vida mais saudável pela prática de esportes, seja através da criação de grupos de caminhadas e ginásticas ou da oferta de lugares ideais para realização de atividade física.
- Erros alimentares são crescentes e a obesidade tem se tornado um problema de saúde considerável. Falta orientação quanto à necessidade de uma boa alimentação e como esta medida preventiva pode influenciar na saúde mental e física do indivíduo.
- O número de atendimento aos pacientes adolescentes é baixo e esta faixa etária é consideravelmente descoberta, não havendo nenhum tipo de programa voltado para a orientação quanto aos principais dilemas vivenciados nessa fase da vida.

Outro problema frequentemente enfrentado pela ESF é a falta de alguns especialistas na rede, sem os quais não há como resolver determinados agravos de saúde da população. Um grande exemplo é a doença arterial periférica e a insuficiência venosa crônica. Muitos pacientes com ulceração crônica de MMII são atendidos e necessitam de abordagem cirúrgica, mas permanecem anos convivendo com o problema por falta de material humano e recursos para a resolução do problema.

Dessa forma foi criada uma lista dos principais problemas vivenciados pela comunidade do território da UBS:

- Analfabetismo e pobreza em algumas regiões
- Falta de unidade para atendimento de urgência/emergência pelo SUS
- Alto índice de uso de drogas ilícitas e álcool
- Alto índice de tabagismo
- Falta de orientação contraceptiva e sobre planejamento familiar
- Uso abusivo e inadequado de medicações psicotrópicas
- Sedentarismo e falta de grupos e recursos de apoio e incentivo a realização de atividade física
- Erros alimentares e obesidade
- Baixa cobertura e acesso aos adolescentes
- Dificuldade de acompanhamento dos idosos e negligência familiar
- Falta de especialidades médicas na rede

Todos os problemas citados são considerados de extrema importância, mas através de discussão com a equipe de saúde foi avaliado como sendo medidas de ordem prioritárias aquelas que em mais curto prazo apresentassem alguma melhoria e ainda que estejam sob a governança do trabalho da equipe. Por isso o problema abaixo foi considerado como prioridade:

- Cultura local que só procura atendimento quando precisa.
- Fila de espera e grande demanda espontânea.

6.2 Caracterização do Problema Principal

O “nó crítico” que precisa de uma intervenção imediata em minha UBS, se refere ao fluxo dos atendimentos e principalmente na mudança da cultura local. Falta organização de fluxo interno e externo. Os pacientes estão acostumados a chegar à unidade às 4 horas da manhã para conseguir um atendimento. Dessa forma, ficam horas no frio, em um bairro violento, sem medicação e café da manhã para muitas vezes só conseguir ser atendido às 11 horas da manhã. Isso prejudica o controle dos

diabéticos e hipertensos que não usam a medicação corretamente pela questão da fila de espera. A demanda é grande e isso gera muitas reclamações e dificuldades para o atendimento.

Portanto, a proposta de ação é criar um fluxo de atendimento estratificado de acordo com a demanda, ou seja, organizar o tipo de consulta através de agendamento prévio, de acordo com o protocolo de Manchester, feito pelo agendamento da demanda programada, e pela escuta qualificada.

O bom acolhimento da população é o objetivo da intervenção, para que se melhore o processo de trabalho de toda equipe e possamos atender a toda demanda com qualidade.

Para isso, utilizamos de reuniões semanais com toda a equipe, discutimos os horários e organizamos uma agenda semanal de atendimento. Dessa forma, o paciente precisaria comparecer a unidade em um determinado horário, para que fosse feito um primeiro atendimento com a enfermeira da equipe. Primeiramente, começamos com os agendamentos às 8hs, porém não obtivemos sucesso, pois a população continuava a criar filas para marcação, e muitas pessoas reclamaram do horário. Outras reuniões foram feitas e as reclamações apresentadas pelas ACS a nossa equipe. Fizemos então mudanças no horário da marcação de consultas, estabelecendo como todo dia às 13hs. Dessa forma, conseguimos atender melhor a maior parte da população.

Resolvido o problema da fila de espera e da grande demanda espontânea, todo o processo de trabalho evoluiu na unidade, uma vez que separamos todos os horários de atendimentos conforme apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 – Agendamento programado

| Horário | 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira |
|--------------------|---|---|--|--|--|
| 7:00 as 12:00h | 10 consultas atendimento de rotina mais 2 vagas para urgência | 10 consultas atendimento de rotina mais 2 vagas para urgência | 10 consultas atendiment o de rotina mais 2 vagas para urgência | Grupo HIPERDIA | Não tem atendimento do médico do PROVAB- disponibilidade para Educação Permanente. |
| 13:00 as 16:00h | Atendimento de retorno e renovação de receitas | Atendimento de retorno e renovação de receitas | Visitas domiciliares | Reunião da equipe 1 vez ao mês. Atendiment o e renovação de receitas | Não tem atendimento do médico do PROVAB (disponibilidade para Educação Permanente) |

Lembrando que agravos de doenças crônicas e/ou urgências, sempre são acolhidos pela enfermeira a qualquer horário sem agendamento.

Todas essas mudanças e organização no atendimento trouxeram grandes melhorias no acolhimento da população e no processo de trabalho de toda equipe. O agendamento diminuiu a fila de espera e a dificuldade de atendimento, pois todo paciente é atendido de acordo com sua necessidade. A equipe passou a dispor de mais tempo para as consultas e ações de promoção à saúde, como o outubro rosa e novembro azul, onde foram feitas campanhas de conscientização e liberados mais exames com o apoio da Secretaria de Saúde Municipal. As reclamações diminuíram e a relação da equipe com a população melhorou. Houve um tempo maior para atender pacientes que nunca haviam procurado atendimento. Toda a equipe foi responsável pelo processo de mudança e através das reuniões, discutimos casos específicos e soluções.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi importante para a enfermeira e gestora do PSF, as ACS, técnicas de enfermagem, médicos, mas principalmente para a população, que conquistou confiança na nossa equipe e puderam usufruir do sistema de saúde tendo mais acessibilidade as vagas para consulta. Obtivemos um retorno positivo pela população e conseguimos ofertar um cuidado continuado mais eficiente e efetivo.

Sendo assim, reforçamos a importância da organização da porta de entrada dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2013c[homepage na internet]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-joao-del-rei_mg#caracterizacao> Acesso em: 15 dez. 2014, às 20:12.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Histórico das cidades, 2013a. <<http://cod.ibge.br/IP/I>>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações básicas municipais, 2013b<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-joao-del-rei_mg#caracterizacao>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Caderno da Atenção Básica n. 28, volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015, às 10:11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.36p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 05 nov. 2014, às 12: 10.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Elaboração do plano de ação. Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde. In: _ MERHY *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2 ed. São Paulo, 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E.L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. EscEnfermUSP**. [Internet].v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso_11480/64548709591561148060739.pdf> Acesso em: 02 dez. 2014, às 21:29.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

MINAS GERAIS. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Informações sobre o número de equipes de saúde da família por município referente ao mês de dezembro de 2014**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da saúde de Minas Gerais, 2014 (mimeo).

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública** [Internet].v. 47, n. 6, p. 1186-2000, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rsp>> Acesso em: 08 dez. 2014, às 11:09.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, [Internet]. Florianópolis. v. 22, n. 1, p. 149-56, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_18.pdf> Acesso em: 15 dez. 2015, às 09:22.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **CiencSaude Coletiva**. [Internet].v. 16, n. 3, p.1969-80, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n3/31.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2014, às 13:03.