

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

**DANIELLE MARQUES BICALHO**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOAQUIM DE LIMA NO MUNICÍPIO DE TRÊS MARIAS - MG**

**CORINTO – MINAS GERAIS  
2013**

**DANIELLE MARQUES BICALHO**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOAQUIM DE LIMA NO MUNICÍPIO DE TRÊS MARIAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família apresentado no curso de especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**CORINTO – MINAS GERAIS  
2013**

**DANIELLE MARQUES BICALHO**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOAQUIM DE LIMA NO MUNICÍPIO DE TRÊS MARIAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família apresentado no curso de especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte em: 28/11/2013

À toda equipe de saúde do PSF Joaquim de Lima, em especial,  
à enfermeira Letícia.

Ao pessoal da secretaria de saúde do município de Três  
Marias.

Ao meu companheiro, que esteve ao meu lado durante todo o  
trabalho.

Aos meus pais por sempre me apoiarem.

## **AGRADEÇO**

A minha orientadora profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pelo carinho e dedicação.

Ao meu tutor do PROVAB, Professor Eugênio Marcos Andrade Goulart, pela disposição e paciência.

A minha equipe por muito contribuir para minha formação.

A Secretaria Municipal de Saúde por me apoiar na construção deste trabalho.

“Ninguém nunca conseguiu alcançar sucesso simplesmente fazendo o que lhe é solicitado. É a quantidade e a excelência do que está além do solicitado que determina a grandeza da distinção final.”

Charles Kendall Adams

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a equipe de Saúde da Família do PSF Joaquim de Lima, no município de Três Marias, Minas Gerais sobre a questão da organização do processo de trabalho desta unidade. O objetivo foi propor uma agenda de atendimento para a equipe da saúde da UBS Joaquim de Lima para organizar o atendimento da equipe desta unidade. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema para conhecimento das evidências já existentes sobre a organização de demandas nos serviços de saúde. O atendimento médico na UBS do Joaquim de Lima baseia-se no modelo curativo e há poucas ações de promoção, educação ou acompanhamento longitudinal do usuário, com este processo de intervenção, espera-se reduzir a demanda espontânea e se estruturar a demanda agendada, bem como, introduzir atividades de práticas de saúde como acolhimento, grupos operativos e visitas domiciliares de maneira a refletir na saúde da população. Iniciou-se a implantação da proposta e os resultados ao se comparar a demanda agendada e a espontânea no período de abril a agosto de 2013, obteve-se um valor de  $p=0,64$ . Há uma leve tendência a redução dos atendimentos no Pronto Atendimento do Hospital do Município de pacientes oriundos desta área de abrangência da ESF do Joaquim de Lima. É necessário insistir no modelo para que a comunidade entenda a necessidade do cuidado continuado e a diferença em relação ao atendimento de agravo agudo.

**Descritores:** Processo de trabalho. Atenção primária. Demanda espontânea.

## ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention for Health team Family PSF Joaquim de Lima, in Três Marias, Minas Gerais on the question of the organization of working process of this unit. The goal was to propose a schedule for care staff workers in PSF Joaquim de Lima to organize this unit staff service. A literature review on the topic knowledge was conducted about the existing evidence on the organization of issues in health services. Medical care in the UBS Joaquim de Lima is based on the curative model and there are few health education promotion or user longitudinal, intervention process. It is expected to reduce the spontaneous demand and structure scheduled demand as well introducing health practices as host operating groups and home visits to reflect on population health. Began the magnetization of the proposal and the results when comparing scheduled and spontaneous demand in the period April to August 2013, we obtained  $p\text{-value}=0.64$ . There is a slight tendency to decrease on attendance at the City hospital emergence room of patients resulting living near of PSF Joaquim de Lima. It should be insiste the model so that the community understands the need for continued care and difference in relation of the injury acute care.

**Descriptors:** Process work. Primary care. Spontaneous demand.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.1 A ATENÇÃO BÁSICA .....</b>                                  | <b>10</b> |
| <b>1.2 O MUNICÍPIO ONDE ATUO .....</b>                             | <b>12</b> |
| <b>1.3 A UNIDADE BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA JOAQUIM DE LIMA .....</b> | <b>12</b> |
| <b>1.4 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO.....</b>                           | <b>14</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>                                       | <b>16</b> |
| <b>3 OBJETIVO .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>4 METODOLOGIA .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>                                | <b>20</b> |
| <b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>                              | <b>24</b> |
| <b>6.1 OS PROBLEMAS.....</b>                                       | <b>24</b> |
| <b>6.2 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS .....</b>                           | <b>25</b> |
| <b>6.3 A EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....</b>                           | <b>26</b> |
| <b>6.4 O PROJETO: AGENDA .....</b>                                 | <b>27</b> |
| <b>6.4.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES .....</b>                           | <b>31</b> |
| <b>6.4.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS .....</b>           | <b>34</b> |
| <b>6.4.3 VIABILIDADE DO PLANO .....</b>                            | <b>34</b> |
| <b>6.4.4 - O PLANO OPERATIVO.....</b>                              | <b>36</b> |
| <b>6.4.5 GESTÃO DO PLANO .....</b>                                 | <b>36</b> |
| <b>7 CENÁRIO DA SAÚDE EM TRÊS MARIAS .....</b>                     | <b>37</b> |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                 | <b>41</b> |
| <b>9 REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>43</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A ATENÇÃO BÁSICA

A atenção primária à saúde ou atenção básica foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, s/p).

No Brasil, a Portaria Nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011, que 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), define Atenção Básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011b, p. 4)

Vários estudos observaram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária está associada a melhores resultados. Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde reafirmou que “basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e eqüitativas na saúde das populações das Américas” (OPAS, 2008, p.8).

A atenção básica visa à melhoria da qualidade de vida da população e promoção à saúde coletiva principalmente, o acompanhamento de doenças crônicas, como doenças sexualmente transmissíveis, diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose e doenças pulmonares. Além de, em longo prazo, diminuir os gastos públicos com procedimentos complexos e caros. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional. E a atenção básica é importantíssima no processo de consolidação do SUS no Brasil (BRASIL, 2009).

Os princípios fundamentais da atenção básica são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Neste contexto, o Ministério da Saúde lança o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), para levar médicos a municípios com dificuldade de inserção desses profissionais e com carência na área da atenção básica. Foram estabelecidos critérios para priorização para adesão dos municípios como, por exemplo, a alta vulnerabilidade social, entre outros.

## **1.2 O MUNICÍPIO ONDE ATUO**

Três Marias é um município localizado na região noroeste do estado de Minas Gerais. Fazem parte dele as regiões de Pedras, Forquilha dos Cabral, Silga, Barra do Rio de Janeiro e Andrequicé. Existem três vias de acesso à cidade, sendo elas a BR-040, a BR-259 e a MG-220, a via principal é a BR-040, que a liga à capital, Belo Horizonte, e a outras cidades, como Felixlândia, Paraopeba, João Pinheiro, Sete Lagoas, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Brasília, Juiz de Fora e Rio de Janeiro. A BR-259 liga Três Marias a Curvelo, Gouveia e Diamantina e a BR-365 a Pirapora, Patos de Minas, Patrocínio, Montes Claros e Uberlândia.

O município está localizado dentro do circuito Guimarães Rosa e teve sua paisagem e seus costumes retratados pelo escritor. A região de Andrequicé foi lar de um de seus personagens mais famosos, o Manuelzão, e atualmente abriga um pequeno museu em sua homenagem, na casa em que ele residia.

## **1.3 A UNIDADE BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA JOAQUIM DE LIMA**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Joaquim de Lima é uma das que possui maior área de abrangência e muitas pessoas que ainda não são cadastradas em alguma equipe de saúde da família, e por isso são atendidas nesta unidade. Os habitantes dos bairros Joaquim de Lima, Parque das Nações, Mineira, COHAB, Progresso, DNER, Alto dos Pinheiros, totalizam cerca de 5.200 habitantes, distribuídos em 689 famílias acompanhadas. Por se localizar na área urbana, as taxas de alfabetização são semelhantes às do município, com cerca 60% da população maior de 15 anos alfabetizada.

Grande parte dos trabalhadores residentes nos bairros da área de abrangência da UBS Joaquim de Lima são funcionários de uma empresa de reflorestamento, portanto plantam mudas e trabalham com formicida e herbicidas potentes ou trabalham em uma metalúrgica com trabalho pesado. Há ainda muitos pescadores, pedreiros, trabalhadores da CEMIG e de comércios locais.

As principais causas de óbito da população adscrita a UBS Joaquim de Lima são as doenças do sistema cardiovascular, seguidas das causas externas e depois das neoplasias. As principais causas de internação são gravidez, parto e puerpério, seguidas de doenças do aparelho gênito-urinário e do digestivo. Julgo que as complicações de doenças crônicas não são conduzidas no município e por isso não aparecem de forma expressiva no DATASUS na aba morbidade ligada a internação.

Na área de abrangência da UBS Joaquim de Lima não há hospitais ou laboratórios. Há uma creche e duas escolas, uma de educação infantil particular e outra municipal de 1ª a 4ª série. Os anos de estudo a partir da 5ª série até o ensino médio são feitos em escolas que se localizam em outros bairros. Na cidade não há Faculdade, os jovens se deslocam cerca de 130Km/dia para as escolas mais próximas. O município como um todo é muito religioso e nos bairros que compõem o território da UBS Joaquim de Lima, há várias igrejas católicas e evangélicas.

Estão disponíveis na área da UBS Joaquim de Lima os serviços de água encanada, luz elétrica, esgoto, saneamento básico, telefonia fixa e celular de todas as operadoras disponíveis no Brasil. Há também outros estabelecimentos como: salão de beleza, mercearias, *lan house*, bar, depósito de construção, farmácias, etc.

A UBS se localiza na extremidade do território de abrangência, sendo que há áreas muito distantes da unidade, o que dificulta o atendimento de pessoas de bairros mais distantes. Sendo a locomoção a pé a mais comum, já que o transporte público no município é bastante incipiente. O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 horas às 17:00 horas, sem fechamento para almoço.

A equipe de saúde conta com nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um médico e um profissional de serviços gerais, todos em regime de 40 horas. Além do médico do PROVAB, a equipe conta com apoio matricial de especialista com atendimento de um pediatra em quatro manhãs por semana e, outro médico que atende todas as tardes para realização de risco cirúrgico e para realizar consultas as pessoas da área rural que ainda não são assistidos por uma equipe de saúde da família.

A UBS é bem montada, tem uma área física apropriada. São ao todo 19 cômodos assim distribuídos: recepção, sala de vacina, sala de pré-consulta, sala de acolhimento, sala dos ACS, sala para administração onde são apurados os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de outros bancos de dados, Há ainda um consultório da enfermeira, dois consultórios médicos, sala de procedimentos, expurgo, quatro banheiros, consultório odontológico, cozinha, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia e uma área externa.

Há medicação para alguns casos de urgência, como crise hipertensiva e analgesia moderada. Há improvisação de materiais para procedimentos como lavagem de ouvido e sutura. Não há material para hidratação venosa, para hiperglicemia ou para intubação oro traqueal.

Apesar de contar com serviço de saúde bucal, os profissionais, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (TSB), não fazem parte da equipe de saúde da família e atendem somente crianças, sendo os adultos encaminhados ao centro de odontológico do município ou à rede suplementar de assistência.

A população assistida na UBS Joaquim de Lima está localizada na área urbana e trabalha em grandes empresas do município, como as empresas de reflorestamento e metalúrgicas. A renda média é superior à renda per capita municipal. A escolaridade da população residente nas microareas é semelhante a da macro (município). As famílias têm acesso a vários recursos comunitários como igreja, escola, mercado e ao hospital que se encontra, fora do território da UBS, mas adjacente ao bairro. Portanto, A população atendida da UBS Joaquim de Lima apresenta um perfil semelhante ao do município.

#### **1.4 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO**

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar. Já o ciclo de evolução das condições crônicas tem um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos

casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente. Centrada nesta compreensão, a classificação de risco é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde (MENDES 2011).

O atendimento aos usuários da UBS Joaquim de Lima ocorre mediante agendamento semanal. Os usuários chegam cedo, pegam senha e aguardam a triagem. Não há acompanhamento planejado dos portadores de doenças crônicas. A procura pelos serviços de saúde ofertados na UBS ocorre quando eles estão passando mal, para solicitação de atestado médico, para renovação de receitas e para transcrição de receitas e pedidos de médicos particulares para o SUS. Após o atendimento na porta de entrada, da enfermeira, o usuário ou é agendado para outro dia e horário ou ele aguarda para ser atendido no mesmo dia. Todos os usuários são agendados para as 7:00 horas, no caso da manhã ou para as 13:00 horas, para os atendimentos na parte da tarde.

Pelo exposto, foi possível identificar a necessidade de organizar a demanda espontânea e a programada a partir dos recursos disponíveis e das queixas referidas que buscam atendimento por meio da equipe de saúde da família da UBS Joaquim Lima.

## 2 JUSTIFICATIVA

O atendimento médico na UBS do Joaquim de Lima baseia-se no modelo curativo e há poucas ações de promoção, educação ou acompanhamento longitudinal do usuário. Diante disso, observou-se a necessidade de um cuidado continuado que fosse além da renovação de receitas e que considerasse a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o autocuidado e a educação em saúde. Por isso, surgiu a proposta de se elaborar uma agenda que abrangesse ações em grupo e individuais com a finalidade de se melhorar as condições de saúde da comunidade.

O trabalho em saúde é multiprofissional e multidisciplinar e, para tanto, é necessário trabalhar com programação que atenda as diferentes especificidades do processo de trabalho acolhendo as expertises dos diferentes profissionais.

A organização do atendimento das demandas da população na forma de agenda possibilita que, estratégias de abordagem ao indivíduo por meio da consulta programada, participação em atividades em grupos, bem como visitas domiciliares e atendimento nos domicílios ocorram quando necessários. Assim como as ações de promoção da saúde, as atividades em grupo, as visitas domiciliares, atendimentos programados no domicílio e nas instituições de longa permanência (Asilo) possam ser executadas com qualidade e eficácia. A programação do atendimento por meio da agenda para atendimento da demanda espontânea e da demanda programada certamente levará um reflexo na qualidade do atendimento, possibilitando ao usuário uma maior adesão as atividade de promoção da saúde, do autocuidado e de adesão ao tratamento e conseqüentemente, aumento do vínculo do usuário com a equipe de saúde.

Segundo Mendes (2011), é preciso ter um equilíbrio entre a demanda espontânea e a atenção programada. O modelo fragmentado voltado para o atendimento da demanda espontânea e de condições agudas desequilibram as respostas sociais e do acompanhamento longitudinal do usuário e de seus familiares. Este autor destaca que sempre haverá demanda espontânea para atendimentos agudos em decorrência de agudizações de condições crônicas ou mesmo de eventos novos não

esperados na comunidade. Não é possível planejar a ocorrência de condições agudas que podem demandar a busca de atendimento nos serviços de saúde, mas é necessária a existência de uma rede de atenção à saúde preparada para atender urgências e emergências que não podem ser de exclusiva responsabilidade da Atenção primária à saúde.

Quando realizei o Módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) tive a oportunidade de fazer o diagnóstico situacional do território da UBS onde atuo e verifiquei que muitos dos problemas identificados poderiam ser trabalhados pela equipe para fazer uma organização do processo de trabalho em saúde. Com base no levantamento e priorização dos problemas, optei por trabalhar com a organização da agenda do atendimento da demanda dos usuários, que no momento é por hora de chegada.

A organização da agenda tentará trazer uma nova abordagem mais holística do indivíduo e de sua família.

### **3 OBJETIVO**

Propor uma agenda de atendimento para a equipe da saúde da UBS Joaquim de Lima

## 4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizada, a partir do diagnóstico situacional, a identificação dos problemas mais relevantes que afetam a comunidade e ainda os “nós” críticos que foram trabalhados por meio de ações específicas.

Foram realizadas reuniões com a equipe no sentido de socializar as dificuldades individuais dos profissionais que compõem a equipe para atenderem os problemas de saúde da comunidade.

Para uma melhor compreensão dos problemas identificados, realizou-se uma revisão bibliográfica buscado na literatura nacional as publicações que assinalavam sobre as evidências já existentes sobre o problema objeto deste estudo. Foram utilizadas também as publicações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde que já vêm discutindo e desenvolvendo de estratégias de organização da porta de entrada do sistema de saúde.

A pesquisa nas bases de dados foi feita por meio dos seguintes descritores:

Processo de trabalho;

Atenção primária;

Demanda espontânea.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ouvir a avaliação que o usuário faz da sua situação de saúde é uma atitude ética, de respeito e de apoio para a construção da autonomia do mesmo. A escuta é, portanto um processo dialógico que possibilita a criação de vínculo e de solidariedade entre o profissional de saúde e o usuário (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.18) comenta que

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas [...].

Os serviços de saúde devem se organizar para atender as demandas e necessidades dos usuários. Para tanto, é importante que os serviços façam os arranjos necessários para ofertar os serviços de saúde dentro de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada. Precede a organização da rede os arranjos, nas formas de entrada dos usuários no sistema de saúde.

Segundo Mendes (2011), a organização da porta de entrada pode se dar por meio da programação local, ou seja, no nível da atenção primária à saúde, considerando ser a APS o ponto ordenador do sistema de saúde.

A programação pode ser realizada por meio da demanda espontânea e da demanda programada. Mendes (2011) conceitua demanda programada como aquela caracterizada como um encontro clínico de iniciativa dos profissionais de saúde, já a demanda espontânea é uma característica exclusiva do usuário. Obviamente, um usuário que entrar no serviço de saúde por meio da demanda programada deve ser acompanhado por meio de um plano de cuidados. Já o da demanda espontânea, pode ter a sua queixa resolvida na própria UBS ou ser encaminhado para um serviço de urgência. Em ambas as situações a equipe de saúde da família tem responsabilidade pelo segmento desses usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a,), é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima por toda a equipe de família. Como as queixas e demandas são as mais variadas, a classificação de risco deve ser instituída para que situações de risco e vulnerabilidade sejam reconhecidas. A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer.

No que se refere à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em “não agudo” (intervenções programadas) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. Este documento do Ministério da Saúde sugere, ainda, algumas condutas possíveis de acordo com a classificação da demanda do usuário:

1) Situação não aguda – condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de Intervenções.

2) Situação aguda – condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exemplos: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exemplos: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade

psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exemplos: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p.35), diz que o acolhimento pode ser uma ferramenta utilizada para a organização do acesso do usuário a porta de entrada do SUS e da agenda do serviço de atenção primária à saúde e menciona que

[...] o acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações.

- Agenda programada para grupos específicos: abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeira garantido, e vice-versa).
- Agenda de atendimentos agudos: identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco.
- Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas: reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para ele marcar os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico, como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia, que é preciso reavaliar em até 48 horas.

É importante lembrar que o formato da agenda deve considerar o número de usuários portadores de doenças crônicas e programadas, bem como as demandas

por afecções agudas ou crônicas agudizadas. Não é aconselhável um modelo estanque. O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões (BRASIL, 2011a).

Por fim, é importante considerar a necessidade de as equipes definirem indicadores que serão utilizados nos processos de auto avaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Abaixo estão sugeridos alguns indicadores:

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta.
- Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos).
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe.
- Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas.
- Proporção de faltosos às consultas programáticas.
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Diante do exposto, fica evidenciada a importância da organização do atendimento da equipe de saúde.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 OS PROBLEMAS

O plano de ação é um projeto que visa resolver um problema. Mas o que se deve questionar é, qual o problema?. É necessário analisar a situação, pensar nas possíveis soluções, nos recursos que serão dispensados, pessoal capacitado, equipamentos, materiais de escritório, recursos físicos e financeiros, além da capacidade de resolutividade. Em se tratando de uma UBS, é necessário ter noção e conhecimento do território e da comunidade, dos seus hábitos socioculturais, das ferramentas sociais disponíveis na área de abrangência, das personalidades e líderes comunitários que vivem no território.

Após observação e análise do funcionamento da UBS Joaquim de Lima, com reuniões semanais com os profissionais da equipe e análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram levantado os seguintes problemas em ordem decrescente de prioridade:

- 1- Falta de uma agenda para demanda programada
- 2- Falta de atendimento por classificação de risco
- 3- Grande número de usuários não cadastrados
- 4- Extensão do território de abrangência da unidade muito grande para um único médico.
- 5- Falta de programas de acompanhamento de doenças crônicas
- 6- Gravidez na adolescência
- 7- Não realização de pré-natal na UBS
- 8- Puericultura exclusivamente realizada pelo pediatra
- 9- Presença de um asilo na área com demanda grande de atendimentos.
- 10- Violência infantil: sexual e de servidão
- 11- Uso e tráfico de drogas
- 12- Pobreza

O atendimento médico baseia-se no modelo curativo e há poucas ações de promoção, educação ou acompanhamento longitudinal a do usuário. Diante disso, observou-se a necessidade de um cuidado continuado que fosse além da renovação de receitas e que considerasse os problemas identificados e ainda fosse incorporadas atividades de promoção à saúde.

O fato de o atendimento ser primordialmente curativo vai contra os atributos da atenção primária à saúde, quais sejam: primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, coordenação e integralidade. Starfield (2002) agrega ainda dois atributos derivados, que são a centralidade familiar e a orientação comunitária. Esses atributos derivados são de fundamental importância para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

A organização da agenda possibilita trazer uma nova abordagem mais holística do usuário e de sua família.

## **6.2 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS**

O atendimento dos usuários no PSF do Joaquim de Lima é realizado por agendamento semanal. Os usuários comparecem à UBS pela manhã, pegam senhas para triagem e, daí, são agendados para o atendimento durante a semana. Na segunda-feira é o dia em que há maior procura na UBS para consultas médicas. Não há planejamento de consultas e os usuários portadores de doenças crônicas só procuram a UBS para renovação de receitas.

Outra situação é que os usuários só buscam atendimento na UBS quando estão passando mal, para solicitação de atestado de saúde para realização de atividade física, para renovação de receitas e para transcrição de receitas e pedidos de médicos particulares para serem realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, não há uma demanda programada, os atendimentos a agravos agudos de doenças são realizados dentro da semana e há aquelas consultas em que é necessário o atendimento imediato, com atendimento médico no mesmo dia. Após a

triagem, o usuário é agendado para outro dia e horário ou ele aguarda para ser atendido no mesmo dia. Todos os usuários são agendados para as 7:00 horas, no caso da manhã ou para às 13:00 horas, no caso dos que serão atendidos na parte da tarde.

As gestantes realizam o pré-natal em outra UBS localizada no centro da cidade onde está concentrado o atendimento por especialidades.

Os grupos operativos ocorrem sem a participação do médico, somente com a participação da enfermeira e dos técnicos de enfermagem. É um momento de aferição da pressão arterial e peso. Não é uma oportunidade de troca e de atividade de educação permanente, mas deveria ser um momento de realização de atividades de promoção à saúde de incremento das ações de prevenção. Esses grupos são constituídos por portadores de afecções semelhantes como o dos diabéticos e hipertensos e são realizados semanalmente.

O asilo do município está no momento, com 27 residentes, poucos são totalmente acamados, a maioria possui algum distúrbio psiquiátrico e praticamente todos ou são hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças pulmonares. O asilo é supervisionado pela Sociedade São Vicente de Paula e conta com funcionários do próprio asilo, sem vínculo com a prefeitura.

### **6.3 A EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA**

O atendimento na UBS Joaquim de Lima, não é estruturado dentro dos atributos da atenção primária à saúde, em que o usuário é acolhido e acompanhado no contexto familiar de sua comunidade. O atendimento é puramente curativo e a UBS funciona como um Pronto Atendimento e não desenvolve atividades programadas por classificação de risco e de promoção de saúde. A forma de atendimento preconizada na UBS gera revolta na população que procuram atendimento, mas por outro lado, quando se propõe mudanças, a população também não se sente creditada, porque culturalmente está consolidado o modelo voltado para a doença.

A equipe de saúde precisa rever os atributos da atenção primária à saúde e tentar organizar a porta de entrada do serviço, de modo que, o atendimento seja dentro de outra lógica, mais humanizado, com equidade e com qualidade.

É fundamental o desenvolvimento de técnicas de reavaliação e gestão do plano de ações para que possam ser feitas correções durante o desenvolvimento do projeto.

Como medida da eficácia da organização do atendimento programado, podemos comparar a relação entre atendimentos de demanda espontânea e os de demanda programada antes da implantação da agenda e 6 meses após a sua implantação. Também podemos levantar os dados referentes aos atendimentos à população adscrita ao PSF Joaquim de Lima no hospital e, se houve redução da procura do hospital por esta população.

#### **6.4 O PROJETO: AGENDA**

Diante da necessidade de organizar o atendimento e os cuidados ao usuário, abaixo está sintetizado em um quadro a agenda semanal para todos os integrantes da equipe de saúde do PSF Joaquim de Lima.

**Quadro 1 - Agenda semanal de atividades no PSF Joaquim de Lima**

| <b>DIAS</b>           | <b>SEGUNDA</b>   | <b>TERÇA</b>  | <b>QUARTA</b>   | <b>QUINTA</b>  | <b>SEXTA</b>  |
|-----------------------|--|---|---|--|---|
| MEDICO                | Demanda programada e espontânea (triagem)<br>Visita domiciliar               | Grupo operativo (atividade física)<br>Demanda. agendada e espontânea (triagem)<br>Resultado de exames | Demanda agendada e espontânea (triagem)<br>Grupo operativo (Hiperdia)                                     | grupo operativo (atividade física) dem. agendada e espontânea (triagem)<br>parque das nações               | estudo provab   |
| ENFERMEIRA            | Triagem<br>Atendimento . individual<br>reunião secretaria de saúde.          | Grupo operativo (atividade física)<br>Triagem<br>Atend. individual preventivo                         | Triagem exame preventivo.<br>Grupo operativo (Hiperdia)   | grupo operativo (atividade física)<br>triagem<br>pré-natal preventivo<br>parque das nações administrativo  | Exame preventivo<br>Visita domiciliar<br>Serv.administrativo. |
| TECNICA DE ENFERMAGEM | Pré consulta<br>Vacina<br>Prod. enfermagem<br>Visita domiciliar<br>Hiperdia. | grupo operativo (atividade física)<br>Vacina<br>Prod. enfermagem<br>Visita domiciliar<br>Hiperdia     | Pré consulta<br>vacina<br>prod. enfermagem<br>visita domiciliar<br>Hiperdia<br>grupo operativo (Hiperdia) | Grupo operativo (atividade física)<br>Vacina<br>Prod. enfermagem<br>Visita domiciliar<br>Parque das nações | Vacina<br>Prod. enfermagem<br>Visita domiciliar<br>Hiperdia   |
| ACS                   | Visita domiciliar<br>Serv. administrativos relacionados a visita realizada   | Grupo operativo (atividade física)<br>Visita domiciliar<br>Serv. administrativos<br>parque das nações | Visita domiciliar serv. administrativos<br>grupo operativo (Hiperdia)                                     | Grupo operativo (atividade física)<br>Visita domiciliar<br>Serv. administrativos<br>parque das nações      | Visita domiciliar<br>Serv. administrativos                    |

A agenda de atendimentos médico está funcionando com uma distribuição de horários para atendimento individual e em grupos, conforme apresentado no quadro 2.

**Quadro 2 – Agenda para o atendimento médico na Unidade Básica de Saúde Joaquim Lima**

| Horário | segunda-feira                        | terça-feira   | quarta-feira                        | quinta-feira                             | sexta-feira               |
|---------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---------------------------|
| 7– 11h  | Atendimento médico                   | Grupo de caminhada<br>Atendimento médico                  | Atendimento médico                  | Grupo de caminhada<br>Atendimento médico | Horário Estudos<br>PROVAB |
| 11-13h  | Intervalo almoço                     | Intervalo almoço  | Intervalo almoço                    | Intervalo almoço                         | Intervalo almoço          |
| 13-17h  | Visita domiciliar/<br>Vista ao asilo | Atendimento de<br>retorno para<br>resultados de<br>exames | Grupo de Diabéticos/<br>Hipertensos | Atendimento parque<br>das Nações         | Horário<br>Estudos PROVAB |

\*Toda terça-feira de 16:30 as 17:00 há reunião da ESF

Geralmente, no dia a dia, há uma demanda de cerca de 30 usuários que desejam atendimento na UBS; a maioria busca uma consulta médica, mas a maior parte dos problemas é solucionada no acolhimento, pela enfermeira. O acolhimento ocorre com maior intensidade na parte da manhã, mas o usuário busca a UBS durante todo o horário de funcionamento e tem suas demandas respondidas ou solucionadas.

Em relação ao atendimento médico, na parte da manhã, são reservadas oito vagas para atendimentos aos agravos agudos. Previamente são agendadas quatro pacientes na demanda programática. Totalizando 12 atendimentos, no entanto, este número não é fixo e há dias em que a demanda espontânea por agravos agudos chega até a 15 atendimentos. Na parte da tarde, ocorrem outras atividades como visitas domiciliares ou ao asilo, cerca de quatro a seis famílias recebem visitas médicas por semana, a seleção se dá por parte das agentes de saúde ou mesmo por parte da família do paciente.

Como as consultas de retorno ou para mostrar resultados de exames, geralmente são mais rápidas, selecionamos um horário da semana para podermos agendar mais usuários, neste horário são agendados cerca de 20 usuários, geralmente as consultas de pré-natal também são programadas para este dia.. Na quarta-feira são atendidos prioritariamente pacientes portadores de hipertensão e diabetes, antes dos atendimentos, um grupo operativo é acompanhado pela médica, pela enfermeira, por técnico de enfermagem e pelo menos um agente comunitário de saúde. Por se tratar de um PSF com área de abrangência muito extensa, nas quintas-feiras, à tarde, há atendimento em uma UBS de apoio do PSF numa escola (Escola Municipal Memorial Zumbi) que atende a as famílias de duas microareas mais distantes da sede do PSF Joaquim de Lima. O dia de sexta-feira é reservado para as atividades de estudo do PROVAB.

#### **6.4.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES**

Os problemas considerados mais importantes precisam de estratégias e ações para o enfrentamento dos mesmos.

Um plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado. Para colocar em prática estas ações, precisa-se de recursos financeiro, organizacionais, cognitivos e políticos. O plano de ação deve contemplar os “nós” críticos identificados, o que fazer para resolvê-los, os resultados esperados e os produtos e ainda os recursos necessários.

**Quadro 3 – “nó” crítico: falta de agenda para demanda programada. As propostas de intervenção para enfrentamento do problema**

| Nó Crítico                                   | Operação/projeto   | Resultados esperados   | Produtos esperados   | Recursos necessários   |
|--|--|--|--|--|
| Cultura da população                         | <p><b>O que é Atenção básica de saúde?</b></p> <p>Orientar sobre as atribuições e funções da atenção básica na saúde da comunidade</p> | <p>Melhor aceitação da população da espera pelo atendimento e melhoria da satisfação e qualidade de saúde.</p> | <p>Maior participação nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde.</p> | <p><b>Organizacional:</b> elaborar os cartazes</p> <p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégia de comunicação</p> <p><b>Político:</b> autorizar a divulgação na cidade, mobilização social e articular com a rede de comunicação.</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.</p> |
| Falta de treinamento e capacitação da equipe | <p><b>Equipe treinada, equipe ativa.</b></p> <p>Treinar e capacitar a equipe nos atributos da atenção primária à saúde</p>             | <p>Equipe com compreensão dos atributos e diretrizes da APS</p>  | <p>Capacitação profissional; Atendimento ao público mais qualificado.</p>                        | <p><b>Organizacional:</b> organizar a capacitação</p> <p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema.</p> <p><b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos</p>   |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  |  |   |  | profissionais.<br><b>Financeiro:</b> verba para cursos.   |
| Falta de cuidado continuado (longitudinalidade)                      | <b>Hiperdia</b><br>Programar consultas anuais de acordo com o risco cardiovascular do indivíduo.               | Reduzir a médio e longo prazo os gastos com complicações de hipertensão e diabetes;<br>Garantir os exames de rastreamento aos pacientes.      | Atender o paciente com a frequência proposta de acordo o protocolo de atendimento do município ou da SES/MG utilizando a classificação de risco Cardiovascular;<br>realizar o rastreamento de complicações de acordo com a linha guia da atenção básica. | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação pedagógicas.<br>Organizacional: organizar a agenda e a dinâmica do grupo<br>Político: articulação intersetorial e mobilização social.               |
| Falta de Protocolo de classificação de risco para demanda espontânea | <b>Protocolo de Manchester.</b><br>Realizar triagem de Manchester em todos os pacientes que dão entrada no ESF | Sensibilizar a população e a equipe sobre a importância de utilizar o protocolo de Manchester, como forma e organizar o fluxo de atendimento. | Triar todos os pacientes no computador Trios   | <b>Cognitivo:</b> capacitar o enfermeiro para lidar com o programa<br><b>Organizacional:</b> preparar a sala para a triagem de risco<br><b>Político:</b> articulação intersetorial para a implantação do protocolo nas UBS. |

#### 6.4.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para a execução de operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. Consideram-se recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que se tenha clareza de quais são para buscar meios de se os disponibilizarem.

#### Quadro 4 – Definição dos recursos críticos necessários à solução do problema

| <b>Operação/projeto</b>          | <b>Recursos críticos</b>  |
|----------------------------------|---|
| O que é Atenção básica de saúde? | <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.                         |
| Equipe treinada, equipe ativa    | <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.<br><b>Financeiro:</b> verba para cursos. |
| Hiperdia                         | <b>Organizacional:</b> organizar a agenda e a dinâmica do grupo   |
| Protocolo de Manchester          | <b>Político:</b> articulação intersetorial para a implantação do protocolo nas UBS.   |

#### 6.4.3 VIABILIDADE DO PLANO

A viabilidade do plano consiste em identificar os atores que controlam os recursos críticos e tentar motivá-los em relação aos objetivos do plano: organização da agenda de atendimento médico na UBS em questão. O quadro a seguir está evidenciando os atores que controlam os recursos críticos e a sua motivação em relação a cada operação e a proposta de cada ação estratégica para motivar os atores identificados.

**Quadro 5 – Análise da viabilidade do plano de ações**

| Operação/projeto                 | Recursos críticos   | Controle dos recursos críticos  |                        | Ação estratégica            |
|----------------------------------|---|---|------------------------|-----------------------------|
|                                  |   | Ator que controla   | motivação              |                             |
| O que é Atenção básica de saúde? | <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.                         | Sr. Paulo (coordenador atenção básica)  | indiferente            | Apresentar o projeto        |
| Equipe treinada, equipe ativa    | <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.<br><b>Financeiro:</b> verba para cursos. | Claudete (secretária municipal de saúde)<br>Sheila (coordenador financeiro SESAU) | Favorável<br>Favorável | Não é necessária            |
| Hiperdia                         | <b>Organizacional:</b> organizar a agenda e a dinâmica do grupo   | Letícia e Danielle (Coordenação e médico da equipe de saúde da família)           | Favorável              | Não é necessária            |
| Protocolo de Manchester          | <b>Político:</b> articulação intersetorial para a implantação do protocolo nas UBS.   | Ezequiel (Coordenação da equipe de informática da prefeitura)                     | Favorável              | Ligar mais vezes na semana. |

#### 6.4.4 - O PLANO OPERATIVO

O projeto de organização da agenda está em fase de implantação e acredito que até o final do ano poderemos ver melhoras no atendimento médico e, com isso, poderemos ver um reflexo na melhoria na qualidade de vida do paciente. Os atores responsáveis pelos projetos e os prazos para implantação estão listados abaixo:

**Quadro 6 – Plano operativo, ator responsável e prazo para sua implantação.**

| <b>Operação/projeto</b>          | <b>Ator Responsável</b>                  | <b>Prazo</b> |
|----------------------------------|--|--------------|
| O que é Atenção básica de saúde? | Sr. Paulo, coordenador a atenção básica. | 6 meses      |
| Equipe treinada, equipe ativa    | Sra. Sheila - SESAU                      | 6 meses      |
| Hiperdia                         | Danielle (médica) e Letícia (enfermeira) | 6 meses      |
| Protocolo de Manchester          | Letícia (enfermeira)                     | 10 meses     |

#### 6.4.5 GESTÃO DO PLANO

É necessário estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, permitindo identificar erros e propor correções durante o seu decorrer. O sistema de gestão também deve garantir a eficiente utilização de recursos e promover a comunicação entre planejadores e executores.

## 7 CENÁRIO DA SAÚDE EM TRÊS MARIAS

A tabela 1 mostra o número absoluto de atendimentos no hospital do município por bairro e por mês dos usuários adscritos a área de abrangência do PSF Joaquim de Lima.

Tabela 1 - Número de atendimentos no hospital por bairro e por mês dos usuários do PSF Joaquim de Lima do município de Três Marias – Minas Gerais.

| Bairros            | abr/13 | mai/13 | jun/13 | jul/13 | ago/13 | total |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Alto dos Pinheiros | 12     | 24     | 28     | 20     | 17     | 101   |
| Cohab              | 107    | 210    | 73     | 94     | 74     | 558   |
| DNER               | 12     | 11     | 17     | 8      | 12     | 60    |
| Enseada do Lago    | 3      | 1      | 0      | 0      | 0      | 4     |
| Joaquim de Lima    | 501    | 515    | 505    | 453    | 417    | 2391  |
| Metalúrgico        | 6      | 8      | 4      | 6      | 3      | 27    |
| Parque das Nações  | 183    | 184    | 122    | 132    | 142    | 763   |
| Progresso          | 66     | 46     | 45     | 47     | 45     | 249   |
| Santa Catarina     | 1      | 0      | 0      | 0      | 1      | 2     |
| Satélite           | 9      | 3      | 4      | 4      | 2      | 22    |
| Serra Verde        | 12     | 0      | 2      | 2      | 3      | 19    |
| Total              | 912    | 1002   | 800    | 766    | 716    | 4196  |

Fonte: Registro do Hospital São Francisco

A área de abrangência do PSF Joaquim de Lima envolve vários bairros, como representado na tabela 1. Observa-se que os bairros Joaquim de Lima e parque das Nações são aqueles que mais utilizam o PA do hospital para atendimento médico. Acredito que estes bairros sejam os que possuem maior número de habitantes.

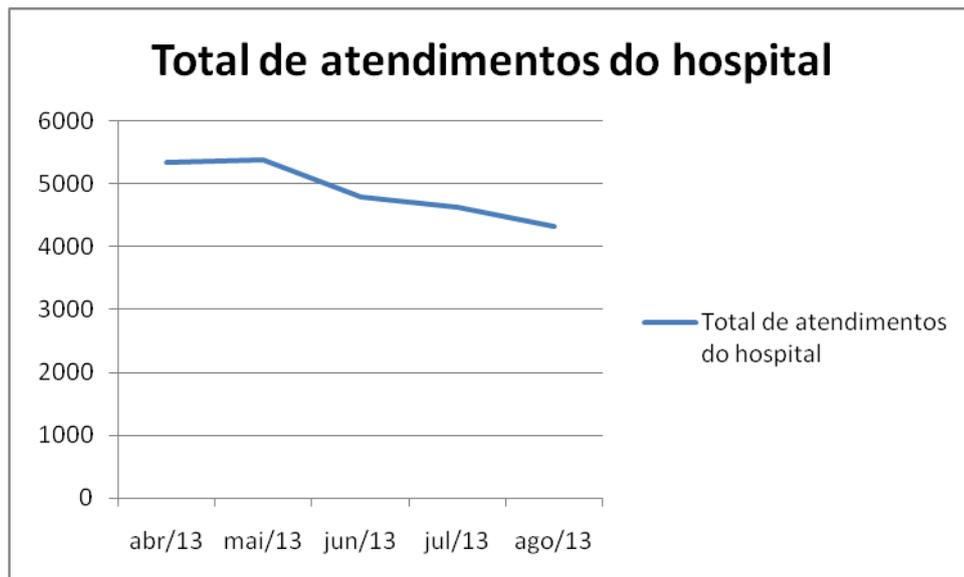
Tabela 2 - Percentual de atendimento do hospital de usuários do PSF Joaquim de Lima nos meses de abril a agosto de 2013. Três Marias - Minas Gerais.

| Indicador  | abr/13 | mai/3 | Jun/13 | jul/13 | ago/13 |
|--|--------|-------|--------|--------|--------|
| Total de atendimentos do hospital (todo município)                                   | 5349   | 5381  | 4790   | 4632   | 4324   |
| % de atendimentos do hospital referente a área de abrangência do PSF Joaquim de Lima | 17,0   | 18,6  | 16,7   | 16,5   | 16,6   |

Fonte: Registro do Hospital e da UBS Joaquim de Lima

Observa-se um percentual de atendimentos no Hospital de moradores usuários do PSF Joaquim de Lima, relativamente estável, oscilando pouco ao longo do tempo. No entanto, o número absoluto de atendimentos teve uma leve diminuição como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1: Total de atendimentos no hospital São Francisco de usuários da área de abrangência do PSF Joaquim de Lima de abril a agosto de 2013.



Fonte: Registro do Hospital e da UBS Joaquim de Lima

Tabela 3 - Razão de atendimentos de demanda espontânea e demanda agendada ao longo de 6 meses no PSF Joaquim de Lima.

| Atendimentos PSF                    | abr/13 | mai/13 | jun/13 | jul/13 | ago/13 | set/13 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| demanda espontânea                  | 245    | 148    | 279    | 216    | 241    | 214    |
| demanda agendada                    | 181    | 152    | 221    | 375    | 268    | 245    |
| relação demanda agendada/espontânea | 0,74   | 1,03   | 0,79   | 1,74   | 1,11   | 1,14   |

Fonte: SIABmun, 2013.

Há uma tendência à redução da demanda espontânea e aumento da demanda agendada, no entanto, o valor de p, encontrado comparando-se estas duas séries foi de 0,64. Esse resultado indica que não há diferença estatística significativa. Talvez, com um período de tempo de observação maior, poder-se-ia encontrar valores

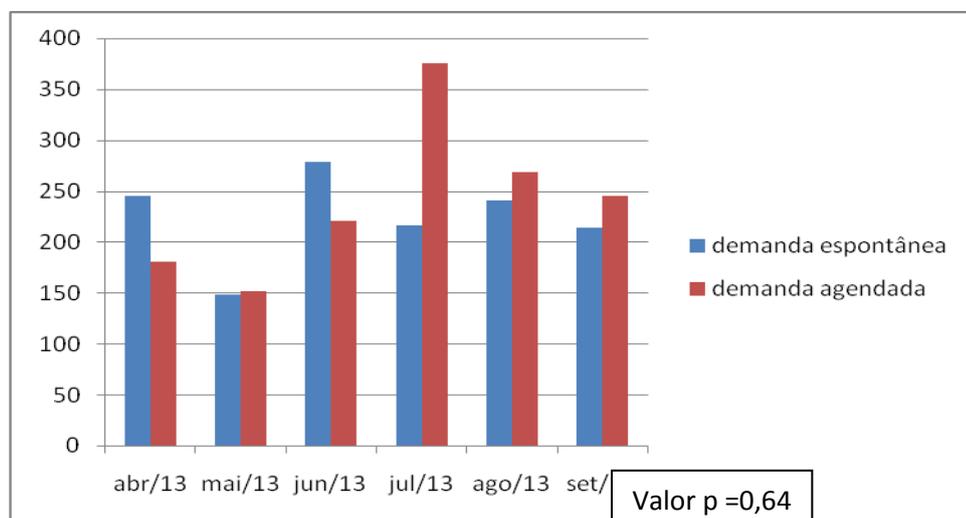
significantes. Ao se analisar a grandeza, relação demanda agendada/demanda espontânea observa-se que no mês de abril e de junho houve predomínio da demanda espontânea sobre a agendada, atribuo isso a, no mês de abril ainda não havia agenda e no mês de junho era férias do outro médico da unidade que só atende por distribuição de fichas, portanto, somente demanda espontânea.

Gráfico 2 - Relação demanda espontânea e demanda agendada no PSF Joaquim de Lima de abril a setembro de 2013.



Fonte: Registro da UBS Joaquim de Lima

Gráfico 3 - Números absolutos de demanda agendada e espontânea no PSF Joaquim de Lima ao longo de seis meses.



Fonte: Registro da UBS Joaquim de Lima

O tempo médio de espera para consulta com a médica da saúde da família e da comunidade é de cerca de três semanas. A taxa de faltosos de consultas programáticas é alta; não foi possível quantificar esta informação por que os pacientes faltosos não são lançados no sistema de dados do município. Atribuo isso ao tempo de espera entre o agendamento e a consulta em que o paciente procura outros meios de atendimento, como o PA do hospital ou consultas particulares. Empiricamente observo que os pacientes agendados para o turno da tarde faltam mais do que aqueles agendados para o turno da manhã.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na UBS Joaquim de Lima, a maioria dos atendimentos ainda é de demanda espontânea e de agravos agudos, mas aos poucos, com a agenda funcionando, espera-se entre três a seis meses este perfil deva ser modificado. É necessário que os atributos da atenção primária à saúde possam ser consolidados entre os integrantes da equipe de saúde da família para que se possa ver o reflexo satisfação da população adscrita e melhoria da saúde da população.

O hospital da cidade sofre com a grande procura por atendimentos devido a queixas crônicas ou simples que poderiam e deveriam ser resolvidas na atenção primária à saúde, mas que, devido a cultura e falta de informação procuram o nível secundário. Com isso, há grande número de atendimentos no hospital, gerando maiores custos aos cofres públicos e menor qualidade de atendimento a urgências e emergências.

A confecção de cartazes, *folders* e faixas sobre o conceito, as funções e a finalidade da atenção básica com o objetivo de se educar e informar a população trará benefícios para outras áreas da saúde no município, além do PSF Joaquim de Lima. Os cartazes poderão ser expandidos e utilizados em outras unidades de PSF do município de Três Marias. E assim, a demanda por atendimento no hospital deverá diminuir e a qualidade e satisfação do usuário com o sistema municipal de saúde poderá aumentar e melhorar.

Após análise dos resultados pode-se concluir que não houve redução significativa da demanda espontânea no PSF, embora, em números absolutos haja uma discreta diminuição do número de atendimentos no pronto atendimento do hospital do município em relação aos pacientes desta unidade. A relação demanda agendada/espontânea está ainda muito próxima do numeral 1, atribuo a alta taxa de faltosos, que não foi possível mensurar, já que não são registrados no sistema (SIAB). Acredito que a manutenção desta agenda de trabalho, fazendo uma revisão sistemática, pode trazer benefícios para a comunidade.

A organização da agenda de atendimento médico permitirá que o mesmo, além da consulta médica, participe de atividades educativas em saúde. A diminuição da demanda espontânea evidencia que o paciente está adoecendo menos e isso pode

representar o sucesso nas práticas de promoção de saúde e do atendimento humanizado. A consolidação da agenda passa por esferas técnicas, de pessoal e cultural.

## 9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, **Atenção Básica e a Saúde da Família**, diretriz conceitual, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 30/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a (Caderno de Atenção Básica n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011**, que 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). **DOU** de 22 de out. de 2011b.

BRASIL. Portal de cadastros nacionais. **DATASUS**, 2010. Disponível em <http://cartaonet.datasus.gov.br/>. Acesso em 01/11/2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009. 68p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2008. Disponível em: [http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF\\_BIBLIOGRAFICAS/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf). Acesso em 30/10/2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640\\_1\\_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1](http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1). Acesso em 13.jun.2013.

TRÊS MARIAS. **Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Três Marias.** Dados referentes aos meses de abril a agosto de 2013.