

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

GABRIELLA SOARES DE SOUZA

**RESTRIÇÃO DO AGENDAMENTO DEVIDO À ELEVADA DEMANDA
ESPONTÂNEA: COMPROMETIMENTO DO FUNCIONAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPO ALEGRE - ALAGOAS**

**MACEIÓ — ALAGOAS
2014**

GABRIELLA SOARES DE SOUZA

**RESTRIÇÃO DO AGENDADAMENTO DEVIDO À ELEVADA DEMANDA
ESPONTÂNEA: COMPROMETIMENTO DO FUNCIONAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPO ALEGRE – ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Polo: Universidade Federal de Alfenas - Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria das Graças Monte Mello Taveira

**MACEIÓ — ALAGOAS
2014**

GABRIELLA SOARES DE SOUZA

**RESTRIÇÃO DO AGENDADAMENTO DEVIDO À ELEVADA DEMANDA
ESPONTÂNEA: COMPROMETIMENTO DO FUNCIONAMENTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPO ALEGRE – ALAGOAS**

Aprovação:

Maceió, 26 de Fevereiro de 2014.

Banca Examinadora:

Maria Das Graças Monte Mello Taveira - UFAL

Ana Claudia Porfirio Couto - UFMG

Resumo

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a equipe de saúde da família, sobre a questão da restrição da demanda agendada devido à eleva demanda espontânea. Esse fato compromete o funcionamento da unidade básica de saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primeiro é promover, restaurar e manter as saúde de uma população. Este engloba a atenção primária a saúde que é o conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.¹

A Unidade Básica de Saúde (UBS), que funciona com a Estratégia de Saúde da Família - ESF 06, está localizada no Distrito de Luziápolis e pertencente ao Município de Campo Alegre/AL. O problema mais expressivo na unidade é a grande demanda espontânea, o qual se refere ao grande número de atendimentos destinados a paciente de urgência e emergência o que descaracteriza a função de uma UBS, compromete o acompanhamento de pacientes, o desenvolvimento de atividades preventivas e um atendimento mais adequado aos agendados, pois esses atendimentos extras consomem tempo. A área de abrangência maior do que a recomendada também favorece a existência de uma maior demanda espontânea e a falta de resolutividade dos gestores também contribuem para esse cenário.

Dessa forma, esse plano de intervenção consiste em viabilizar a diminuição do número de demanda espontânea a fim de melhorar a qualidade do serviço oferecido à população, favorecendo o cumprimento do real papel de uma atenção primária.

Palavras-chave: Saúde da Família. Demanda espontânea. Funcionamento da unidade básica.

Abstract

This work presents a proposal for intervention, for family health team, on the question of the restriction of scheduled demand due to increases spontaneous. This fact commits the functioning of basic health unit.

Systems of health care are defined by the World Health Organization as the set of activities whose primary purpose is to promote, restore and maintain the health of a population (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). This includes the primary health care which is the set of health interventions at the individual and collective that involves: promotion, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation.¹

The Basic Health Unit (BHU), 06 PSF, which is located in the District of Luziápolis and it's belonging to the municipality of Campo Alegre/AL. The most significant problem in unity is the great spontaneous demand, which refers to the number of visits for the patient and emergency mischaracterizes what the function of a UBS undertakes monitoring of patients, the development of preventive activities and most appropriate care to scheduled because these services consume extra time. The coverage area greater than recommended also favors the existence of a higher spontaneous demand and lack of resoluteness managers also contribute to this scenario.

Thus, this intervention plan is to make the reduction in the number of spontaneous demand to improve the quality of service offered to the population, favoring the achievement of the real role of a primary.

Keywords: Family Health. Spontaneous. Basic operation of the unit.

Sumário

Introdução.....	06
Justificativa.....	09
Objetivo.....	10
Métodos.....	11
Revisão Bibliográfica.....	12
Proposta de Intervenção.....	15
Considerações Finais.....	17
Referências.....	19
Anexo.....	20
Apêndice.....	24

INTRODUÇÃO:

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primeiro é promover, restaurar e manter a saúde de uma população.² Estes apresentam os seguintes objetivos: alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; acolhimento humanizado de todos os cidadãos; garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade e garantia da prestação de serviços com eficiência.³ Nas redes de atenção à saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nelas não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde. Essa organização permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.⁴

A Atenção Primária a Saúde (APS) é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.¹ Tem como princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; e enfoque comunitário.⁵ O primeiro contato estabelece que a APS deve ser a porta de entrada. A longitudinalidade é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”.⁶ A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.⁵ A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum.⁶ A centralização na família remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.⁵ A orientação comunitária envolve a análise da comunidade utilizando habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os

programas.⁵ Assim, as funções da Atenção Primária engloba a resolução (resolver a maioria dos problemas de saúde da população); a organização (organizar os fluxos e os contra fluxos); e a responsabilização (responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção).³

Para o cumprimento ideal dessas funções, a Atenção Básica apresenta fundamentos e diretrizes. Esses são: território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade; e estimular a participação dos usuários.⁷

Alagoas é um dos estados que compõem a região nordeste do Brasil. Dentro dele está presente o Município de Campo Alegre (ANEXO A) que está localizado a uma distância de 81,40 Km da capital alagoana, Maceió. Apresenta uma área total de 295,10 km², com uma densidade demográfica (Hab/Km²) de 197,48.

A população é de 58.275 habitantes (IBGE). Dividida da seguinte forma, maior número do sexo feminino e localização em área rural (ANEXO B).

A criação do município de Campo Alegre surgiu a partir da construção de residências no local, estas começou a fazer parte do município de São Miguel dos Campos e com o passar dos tempos desligou-se do mesmo para assim tornar-se o município de Campo Alegre.⁸

Por volta de 1800, havia no local o engenho intitulado de Engenho Mosquito, o qual pertencia a uma viúva chamada Vivência. Com a decadência desse engenho sua proprietária construiu as margens da estrada sua residência, a qual logo em seguida virou referência para outros indivíduos que começaram a construir suas moradias em torno dessa habitação. Assim, surgiu-se o Povoado chamado de Vivência. Já em 1810, Antonio de Barros, ao chegar à localidade, construiu sua casa e em seguida outras casas foram surgindo ao redor. Repetindo-se a história ocorrida no local da viúva Vivência. Esse novo povoado recebeu o nome de “Mosquito de Cima” e o outro, já existente, de “Mosquito de baixo”.⁸

Quatro anos depois, em 1814, missionários católicos que pernoveram no local realizaram na manhã do dia seguinte uma missa em uma palhoça, na ocasião, ofereceram a imagem de Bom Jesus dos Aflitos, hoje padroeiro da cidade. Esses missionários, os quais encantados com a paisagem plana e verde, disseram: “Isto é um campo alegre”. Futuramente a região viria a se chamar de Campo Alegre.⁸

Os primeiros passos para a colonização de Campo Alegre foi viabilizada pelo Antonio de Barros. Esse casou-se com a filha da viúva Vivência. Apenas em 1960, 8 de Junho de 1960, Campo Alegre foi elevada à categoria de município pela lei nº. 2.241, ocorrendo sua instalação oficial em 16 de Junho de 1960.⁸

O município de Campo Alegre apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) total de 0,595 (ANEXO C). As principais atividades econômica são o comércio e agropecuária e a renda média familiar é de R\$ 140,00. Existe uma proporção de moradores abaixo da linha de pobreza de cerca de 22% e a taxa de urbanização: 43,62%.⁹

A faixa etária predominante nessa população é a de 10 - 24 anos e a pirâmide etária evidência uma expectativa de vida de cerca de 85/89 anos (ANEXO D). A Taxa de crescimento anual da população - 2000-2010 foi de 2,17%.⁹

A população ainda apresenta comprometimento educacional chegando a apresentar uma porcentagem de analfabetos com 15 anos ou mais de idade de cerca de 37,1%. O índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) em Campo Alegre a nível nacional está na 3.401.ª posição.⁹

O sistema de saúde local apresenta deficiências. Alguns indicadores podem ser observados no ANEXO E. É possível identificar um número baixo de profissionais e estrutura para assistir a população. Em contrapartida apresenta taxa de mortalidade infantil expressiva.

Distante da sede do Município de Campo Alegre encontra-se cerca de 80km de distância o Distrito de Luziápolis. No local o saneamento básico é ineficiente, a população é carente e não dispõe de Hospital, NASF e laboratório.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) – ESF 06, está localizada nesse distrito. É uma UBS que situa-se fora da sua área de cobertura e apresenta acesso comprometido, já que não apresenta ruas asfaltadas em sua grande maioria e quando essas estão presentes há buracos alocadas nessas. O horário de

funcionamento é das 8 as 17 horas. É responsável por assistir 901 famílias, 3.497 habitantes, além de uma área descoberta. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde (ACS), um vigia, um serviços gerais e um arquivista.

A UBS funciona em uma residência, a qual foi adaptada. O local dispõe de: um consultório médico; um consultório para enfermeira; uma área que abrange o arquivo, a recepção e a pré-consulta; uma copa; uma sala de observação, que no momento necessita de algumas reformas por não se apresentar adequada para uma melhor assistência aos usuários (infiltração, pouca luminosidade); um terraço disponível para os ACS se reunirem e darem continuidade ao trabalho. Não há farmácia, sala de vacina nem consultório de dentista.

Como problemas prevalente na UBS observa: grande demanda espontânea no local dificultando o agendamento e o acompanhamento de pacientes crônicos; grande índice de doenças parasitárias; dificuldade na vacinação; área de abrangência grande comparando a complexidade e carência do local; alto índice de gravidez na adolescência; alto índice de patologias que aumenta o risco cardiovascular. Todos esses problemas identificados influenciam e interferem no funcionamento adequado da Unidade. Todos são importantes e por isso o estabelecimento de prioridades se torna uma tarefa bastante difícil. Contudo, devido a necessidade de estabelecer uma ordem de importância, organiza-se, da seguinte forma, em ordem decrescente: 1) grande demanda espontânea no local; 2) área de abrangência grande comparando a complexidade e carência do local; 3) alto índice de patologias que aumento o risco cardiovascular; 4) dificuldade na vacinação; 5) grande índice de doenças parasitárias; 6) alto índice de gravidez na adolescência. Portanto, o problema mais expressivo na ESF 06 é a grande demanda espontânea no local.

JUSTIFICATIVA

A grande demanda espontânea local refere ao grande número de atendimentos destinados a paciente de urgência e emergência o que descaracteriza

a função de um UBS. Em muitos momentos a UBS deixa de funcionar com tal para ter a função de pronto atendimento, o que não deveria ser o caso. Essa demanda elevada de atendimento de urgência e emergência compromete o acompanhamento de pacientes, o desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção e um atendimento mais adequado, pois esses atendimentos extras consomem tempo. A não existência de um pronto atendimento ou de um hospital compromete a assistência adequada a população e inviabiliza o funcionamento adequado da UBS. A área de abrangência grande quando comparada a complexidade também favorece a existência de uma maior demanda espontânea. A pouca resolutividade dos gestores, ora por entraves burocráticos, também contribuem para esse cenário. Como nós críticos percebe-se: pouca resolutividade dos gestores, área de abrangência grande, falta de pronto-atendimento ou hospital no local e população desinformada.

Diante do exposto, esse plano de intervenção consiste em viabilizar a diminuição do número de demanda espontânea a fim de melhorar a qualidade do serviço oferecido a população, favorecendo o cumprimento do real papel de uma atenção primária.

OBJETIVOS

Geral:

Diminuir a demanda espontânea dita como urgência /emergência, para viabilizar um melhor exercer das atividades na unidade de saúde.

Específicos:

Envolver toda a equipe na educação e conscientização da comunidade do que seria um atendimento de urgência e emergência;

Orientar os ACS sobre urgência/emergência, para ajudar no momento da realização da visita domiciliar, a identificar usuários com problemas de saúde agudo;

Aprimorar as técnicas de triagem de urgência e emergência das condições que podem aguardar um atendimento ambulatorial;

Sugerir aos gestores a implantação no local de um pronto-atendimento 24 horas;

Formalizar a revisão da área, já que a mesma já foi remapeada e já se identificou a necessidade da implantação de mais uma UBS.

MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção realizado a partir de estudo transversal que aborda a grande demanda espontânea numa Unidade Básica de Saúde da Família do município de Campo Alegre – AL. Os alvos de estudo foram os usuários adstritos na unidade 06 de Luziápolis (entre Março de 2013 a Dezembro de 2013). Foi utilizado como coletor de dados os registros diários do médico durante esse período, onde foi contabilizado a quantidade de atendimentos destinados a demanda espontânea, quais as doenças mais prevalentes nesse atendimento e qual o sexo e idade mais predominantes nesses atendimentos. Ainda foi realizado uma comparação entre o número, tipo e padrão dos atendimentos de demanda espontânea. Esses dados foram comparados através de gráficos e tabelas. Para construção do banco de dados, foi utilizado o programa software – Microsoft Office Word e Excel 2007 e pesquisa bibliográfica. Não houve identificação de pacientes.

Para realização do estudo, primeiramente, foi realizado reuniões com a equipe básica de saúde e priorizou o conhecimento da região através do entendimento da situação econômica, religiosa e de saúde a fim de ser traçado um plano de intervenção.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Atenção Primária é o sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.⁶

Alguns itens necessários, segundo o Ministério da Saúde, à estratégia Saúde da Família são a existência de equipe multiprofissional; a presença de número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; e que cada equipe de saúde da família seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Ainda recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

A existência de uma equipe multiprofissional é necessária para que as funções da atenção básica sejam viáveis. É importante também exista boa integração de todos os componentes da equipe. Os membros devem objetivar o bom desempenho da unidade e uma melhor oferta de assistência. Fatores encontrados na equipe 06.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg¹⁰ só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento.¹¹ As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.¹¹ Assim pode-se dividir em condições crônicas e agudas. As condições crônicas apresentam 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.^{12,13} As

condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar.^{12,13}

A lógica da organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção a urgência e às emergências.¹¹ O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.¹⁴

A classificação de riscos 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.¹¹

Os modelos de triagem mais avançados e utilizados por uma rede de serviços são: o modelo australiano (Australasian TriageScale – ATS), o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS), o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI), o modelo de Andorra (Model Andorràdel Trialge – MAT) e o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa.¹⁴

O sistema de classificação de risco de Manchester (ANEXO F), ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários tem sido aplicado na Atenção Primária a Saúde - APS, em diferentes lugares, no SUS.

Esse modelo, conforme Cordeiro Júnior¹⁴, apresenta como características: uma escala em cinco níveis; embasado em categorias de sintomas, em discriminantes-chave e em algoritmos clínicos; e apresenta um tempo de execução curto.

A aplicação do sistema Manchester de classificação de risco nas unidades de APS tem provocado resultados muito positivos, especialmente na redução das filas de espera para o atendimento. Além disso, tem sido muito bem avaliada pela população.¹¹

Entre os meses de Março de 2013 e Dezembro de 2013 observou-se o comportamento dos atendimentos de demanda espontânea realizados na ESF 06.

Durante esse período foram realizados 804 atendimentos de demanda espontânea, uma média de 80 atendimentos/mês. O mês de Maio foi o que apresentou o maior número de atendimentos e que a partir de Setembro os atendimentos foram abaixo de 70 atendimentos/mês (APÊNDICE A). Esses atendimentos foram predominantes no sexo feminino. Apenas os meses de Abril, Maio e Novembro a demanda masculina foi maior (APÊNDICE B). Foram totalizados 449 atendimentos ao sexo feminino, cerca de 56%, e 355 ao masculino, correspondendo a 44% (APÊNDICE C). A faixa etária que mais prevaleceu foi entre 20 – 39 anos, seguidos por 1 - 4 anos e a faixa que menos teve atendimento foi entre 15 -19 anos (APÊNDICE D). As principais queixas dos indivíduos foram de dor abdominal e febre (APÊNDICE E). Observou-se ainda um elevado número de atendimento no primeiro mês de pacientes hipertensos, o que pode ser justificado pela carência da população à atendimento médico já que a unidade encontrava-se há logo tempo sem médico no posto. Há um elevado número de atendimentos de demanda espontânea à pacientes com quadros psiquiátricos, principalmente até meados de Agosto, justificado também pela carência de atendimento médico e pela falta de respeito da população ao cronograma dos programas desempenhados na unidade, existe um período destinado à atendimentos desse tipo, todavia observa diminuição da procura desse tipo de demanda ao longo do ano, já que foi possível prestar melhor acompanhamento, educar a população sobre a importância do cronograma da unidade e na região iniciou-se um atendimento com a especialidade psiquiátrica. As consultas sem agravos, aquelas em que foram prestadas sem

agendamento, ou seja, como demanda espontânea e que não se enquadrava em casos de urgência e emergência também se mostraram bastante expressivas nos primeiros meses e depois se comportou com declive, mais uma vez mostrando a carência desses indivíduos em atendimento médico. Ainda foi possível constatar uma falta de conhecimento do que seria uma urgência e emergência e uma falha na triagem (APÊNDICE F).

Outros fatores que valem a pena serem ressaltados e que contribuíram para uma diminuição da demanda espontânea foram: a implantação de um serviço de pronto - atendimento de início as sextas- feiras e depois as segundas - feiras além dos fins de semanas e durante as madrugadas; e a divisão da área, em setembro, em duas unidades, hoje o PSF 06 possui 5 ACS (antes 8) e é responsável por 572 famílias (901 + área descoberta), 2.148 indivíduos (3.497+ área descoberta).

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção, diminuição da demanda espontânea na região, foi possível após discussões com a equipe de saúde sobre o diagnóstico situacional da área. Foi possível, assim, traçar como ações: 1) organizar reuniões mensais com ACS para orientação e retirada de dúvidas existentes; 2) Realizar palestras, semanais com os usuários da Unidade sobre temas como: o que seria urgência e emergência e o porque do agendamento dos atendimentos, cuidados com a prevenção de diarreia, prevenção de acidentes com animais peçonhentos, o que seria um resfriado comum, como minimizar crises alérgicas, entre outros; 3) promover capacitação para aprimorar técnica de triagem com a auxiliar de enfermagem, além de viabilizar reuniões para expor e solucionar dificuldades que possam existir sobre o assunto; 4) Sugerir ao gestor a implantação de uma pronto-atendimento no local; 5) Reunir com o gestor para estabelecer prazos para o remapeamento da área.

Dessa forma, espera como atores sociais toda a equipe básica de saúde, a comunidade e os gestores. Só através do envolvimento desse tripé é possível promover melhorias na área da saúde.

Esse plano ao longo desse período já começou a ser implantado na unidade, assim, algumas metas já foram alcançadas como o remapeamento da área, feito em Setembro, a melhoria na estrutura física da unidade, a implantação de um serviço de pronto-atendimento que antes era inexistente, foi possível através das reuniões mensais com a equipe retirar algumas dúvidas sobre as orientações passadas à comunidade sobre atendimento de urgência e emergência, foi possível melhorar a triagem através de reuniões com a técnica de enfermagem e sempre que possível foi realizado orientações ao usuário sobre o que seria atendimento de urgência e emergência e como se evitar condições preveníveis, como por exemplo, casos de diarreia. Dessa forma, foi possível diminuir a quantidade de atendimentos de demanda espontânea e fornecer um acompanhamento em nível básico de melhor qualidade aos indivíduos da região.

Assim, esse plano já começou a ser implantado na unidade, todavia esse é só o início. O levantamento dos dados realizados e já relatados anteriormente servem como dados de reflexão e como norte para novas medidas de atuação. Ele, expõe, que esse projeto já proporcionou melhoras no comportamento dos atendimentos destinados a demanda espontânea, porém a otimização desse tipo de atendimento pode ser ainda melhor estruturado e esse está sendo o objetivo da equipe e gestores. É preciso ainda existir capacitações sobre o assunto, o atendimento do pronto-atendimento deve ser implantado diariamente e 24 horas, deve-se intensificar o processo de orientação da população.

O desejo é oficializar a implantação do Sistema Manchester de Classificação de risco adaptado a uma UBS. Esse está sendo realizado mais de maneira intuitiva, necessita, assim, melhorar o embasamento técnico.

Os recursos necessários, utilizados até o momento, foram a reestruturação física da unidade, o remapeamento da área e o início de uma estruturação de pronto-atendimento, exigindo empenho dos gestores e investimento financeiro; o comprometimento intelectual e laborativo dos membros da equipe; e abertura da população a mudanças. Será ainda necessário a perpetuação do comprometimento intelectual e laborativo da equipe e gestores, de investimentos financeiro em capacitações e comprometimento na população em promover melhorias.

O cronograma sofreu algumas alterações, por exemplo o remapeamento que deveria ter ocorrido no primeiro semestre de 2013, só foi realizado em Setembro de 2013. O pronto-atendimento que deveria ser diário e 24 horas até o momento não foi possível de ser implantado, as reuniões mensais com a equipe ocorriam sempre no último ou primeiro dia útil do mês, pequenos encontros com os ACS eram realizados numa média de 2 vezes na semana em horários oportunos, orientações transmitidas a auxiliar de enfermagem eram realizadas a medida que houvesse necessidade e reuniões com a comunidade tentava-se realizar 2 vezes por semana, entretanto, não foi possível cumprir rigorosamente esses encontros, devido ao problema relacionado a demanda espontânea que despendia muito tempo. Como cronograma para 2014 propõem-se a implantação tanto do pronto-atendimento diário e 24 horas e do sistema Manchester até o primeiro semestre, a continuação das reuniões mensais com a equipe no último ou primeiro dia útil do mês, capacitações a cada 1 ou 2 meses, palestras, roda de conversa com a comunidade semanais (2 por semana).

A avaliação das medidas implantadas poderão ser acompanhadas através do levantamento dos achados mensais e discutidos nas reuniões com programação também mensal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção traçado prioriza a otimização do serviço de atendimento a demanda espontânea, através da viabilização da diminuição desta, para melhorar a assistência à população vinculada à unidade. A unidade 06 de Luziápolis – Campo Alegre/AL, no decorrer do ano, passou por algumas mudanças a fim de minimizar esse problema e assim contribuir com uma assistência básica de referência para a sua comunidade. A implantação do projeto foi pensada após conhecimento do local e reuniões com a equipe. Pôde-se contar com a colaboração dos membros da unidade, dos gestores e dos usuários. Através do empenho de todos o projeto pôde ser iniciado e já é possível observar diminuição na quantidade de demanda espontânea e proporcionar, conseqüentemente, um melhor

acompanhamento e assistência a esse usuários. O projeto já foi iniciado, todavia ao mesmo necessita ser dado seguimento. Assim, sugere-se que as melhorias já alcançadas não sirvam como mecanismo de acomodação e sim de estímulo, é possível proporcionar melhorias a uma região desde que haja comprometimento de todos. O objetivo em comum deve ser: promover uma atenção básica digna e justa para os usuários desta.

Dessa forma, esse projeto já apresenta benefícios para o local, sua continuidade é necessária. Só através do comprometimento da equipe, dos gestores e dos usuários é que é possível promover melhorias na unidade, na comunidade e no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

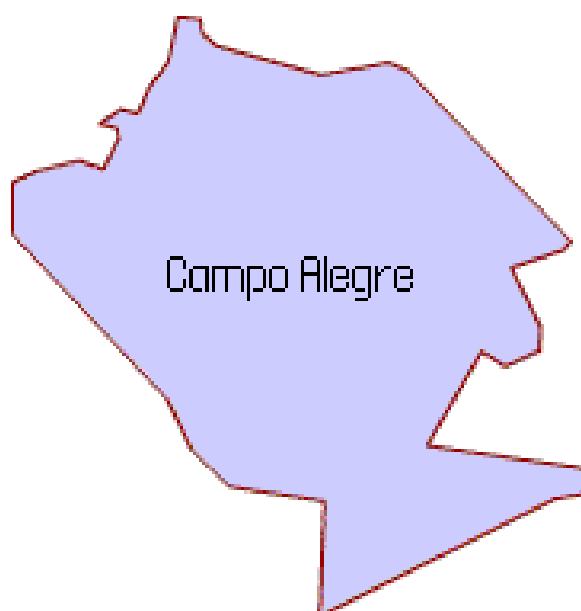
- 1- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS Documenta. **Caderno de informação técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS. Documenta 2, 2004.
- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.
- 3- MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- 4- ESPMG. **Modelos assistenciais: sistemas, modelos e redes de atenção a saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2011.
- 5- SHIMAZAKI, M.E. **A atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.
- 6- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.
- 8- Sobre a cidade [internet]. Campo Alegre: Prefeitura de Campo Alegre [citado em: Abril de 2013]. Disponível em: <http://www.campoalegre.al.gov.br/>.
- 9- ALAGOAS. Governo de Alagoas. Secretaria de Estado. Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Perfil Municipal: Campo Alegre**. Alagoas: Governo do Estado. 2013.
- 10- PORTER, M.E. ; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.
- 11- MENDES, Eugênio Vilaça. **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, 2012.
- 12- VON KORFF, M. *et al.* **Collaborative management of chronic illness**. *Annals of Internal Medicine*, p. 1097-1102, 1997.

13- SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

14- CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de risco na urgência.** Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

ANEXO

ANEXO A – Mapa Município Campo Alegre



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano/ PNUD. Campo Alegre Alagoas –AL.

ANEXO B – População residente distribuída por localização e gênero

Localização/Gênero	População Residente		
	2000	2010	2012*
Feminina	21.043	25.791	29.578
Masculina	19.985	25.025	28.697
Rural	24.911	28.655	32.858
Urbana	16.117	22.161	25.417
Total	41.028	50.816	58.275

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, IBGE, Cálculo: SEPLANDE/AL, IBGE, DATASUS, SEPLANDE/AL, IBGE/

* Estimativa da População

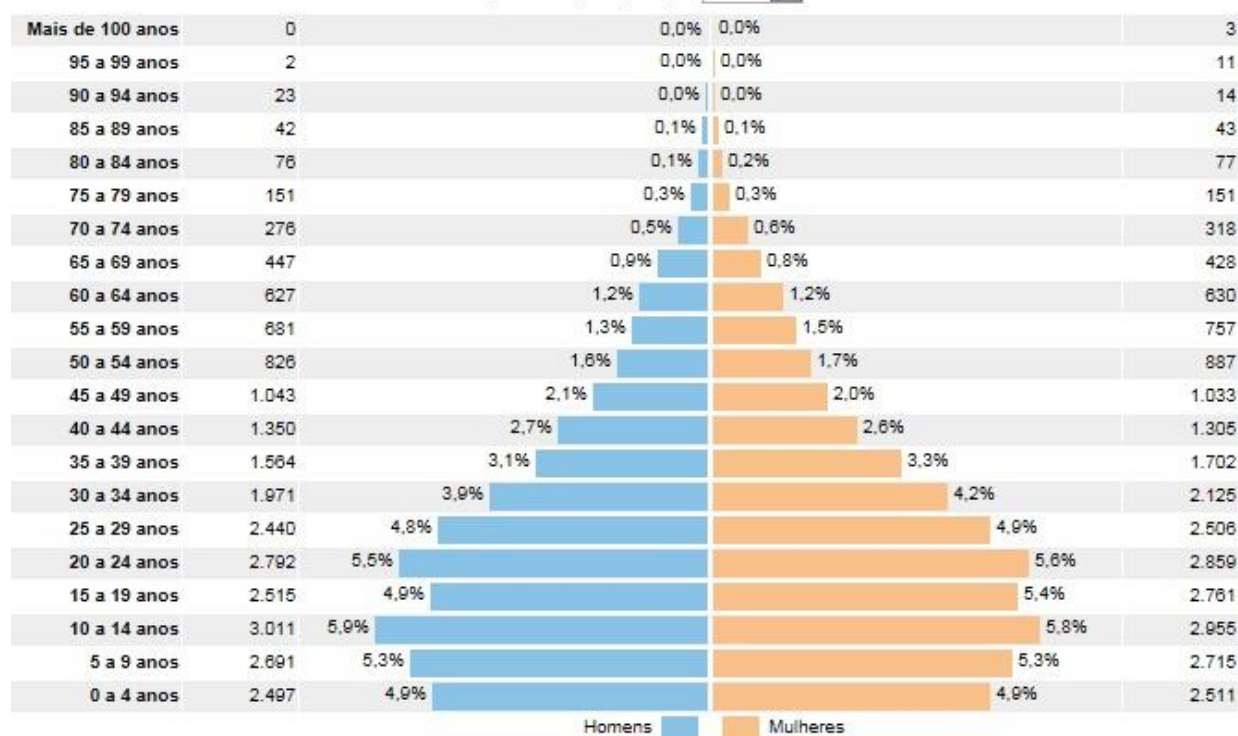
ANEXO C - IDH em Campo Alegre

	2000
IDH-M, Longevidade	0,664
IDH-M, Renda	0,473
IDH-M, Educação	0,649
IDH-M, Total	0,595

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

ANEXO D – Distribuição da população por sexo (2010) e idade

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
Campo Alegre (AL) - 2010



Fonte: IBGE

ANEXO E – Indicadores de Saúde em Campo Alegre

Saúde: Indicadores de Saúde

Indicadores	2010
Agentes Comunitários de Saúde/1000 hab	1,53
Dentistas/1000 hab	0,12
Enfermeiros/1000 hab	0,35
Estabelecimento de Saúde - Municipal/1000 hab	0,20
Leitos internações por 1.000 habitantes	0,79
Médicos - Total/1000 hab	0,59
Número de nascidos vivos	595
Taxa de Mortalidade Infantil/ 1000 nascidos vivos	18,49
Óbitos Infantis	11

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde - DATASUS

ANEXO F – Sistema Manchester de Classificação de risco

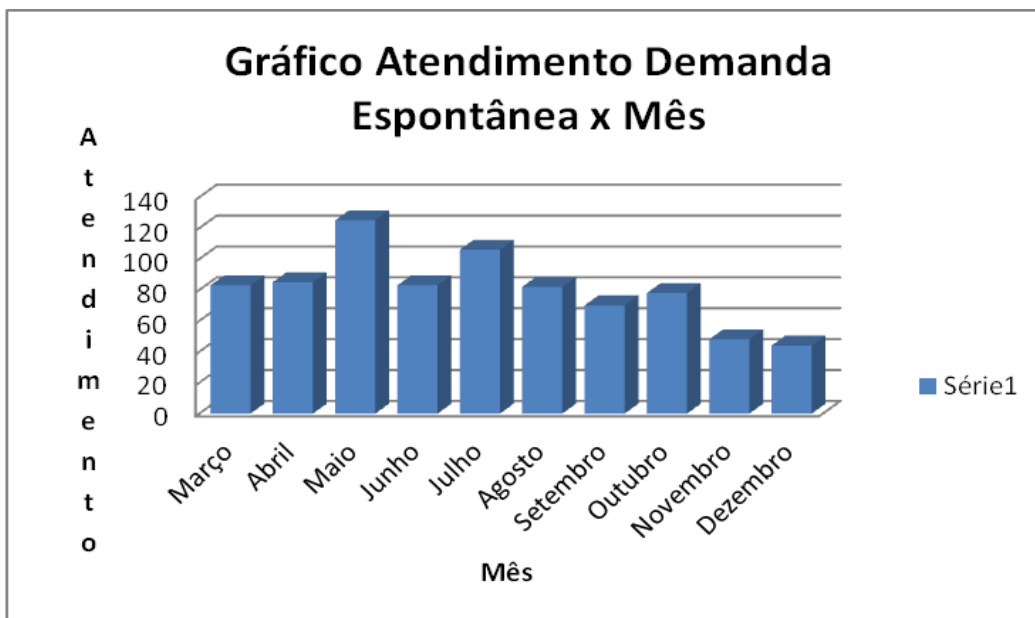
O sistema Manchester de classificação de risco

Número	Nome	Cor	Tempo alvo em minutos
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

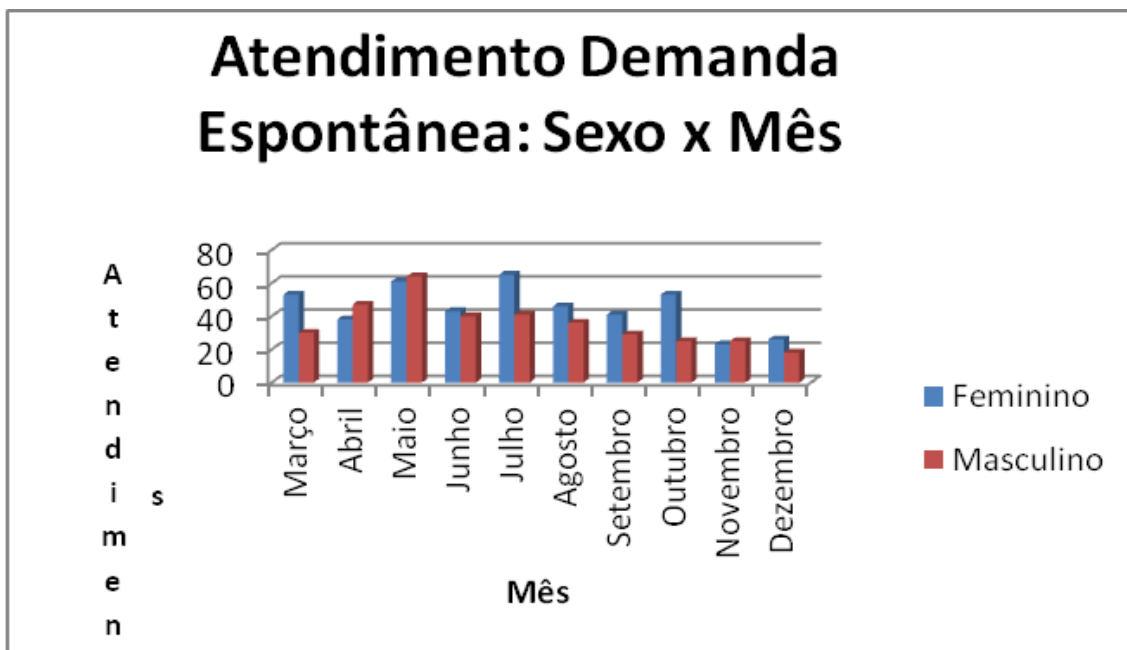
Fonte: Mackway-Jones *et al.*, (2010).

APÊNDICE

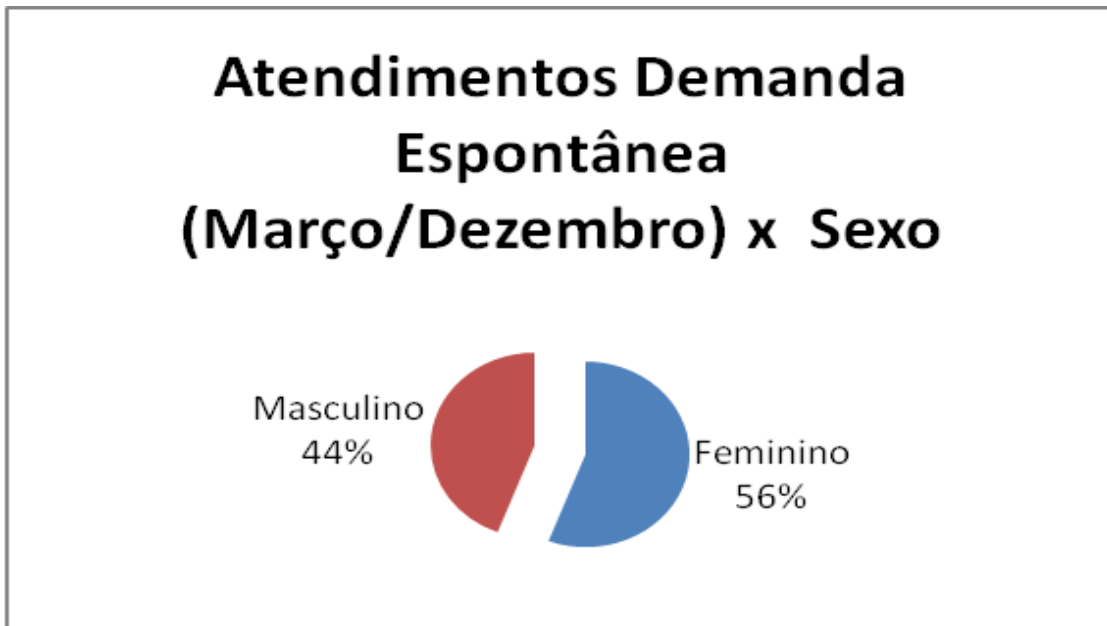
APÊNDICE A – Gráfico: Atendimentos Demanda Espontânea x Mês.



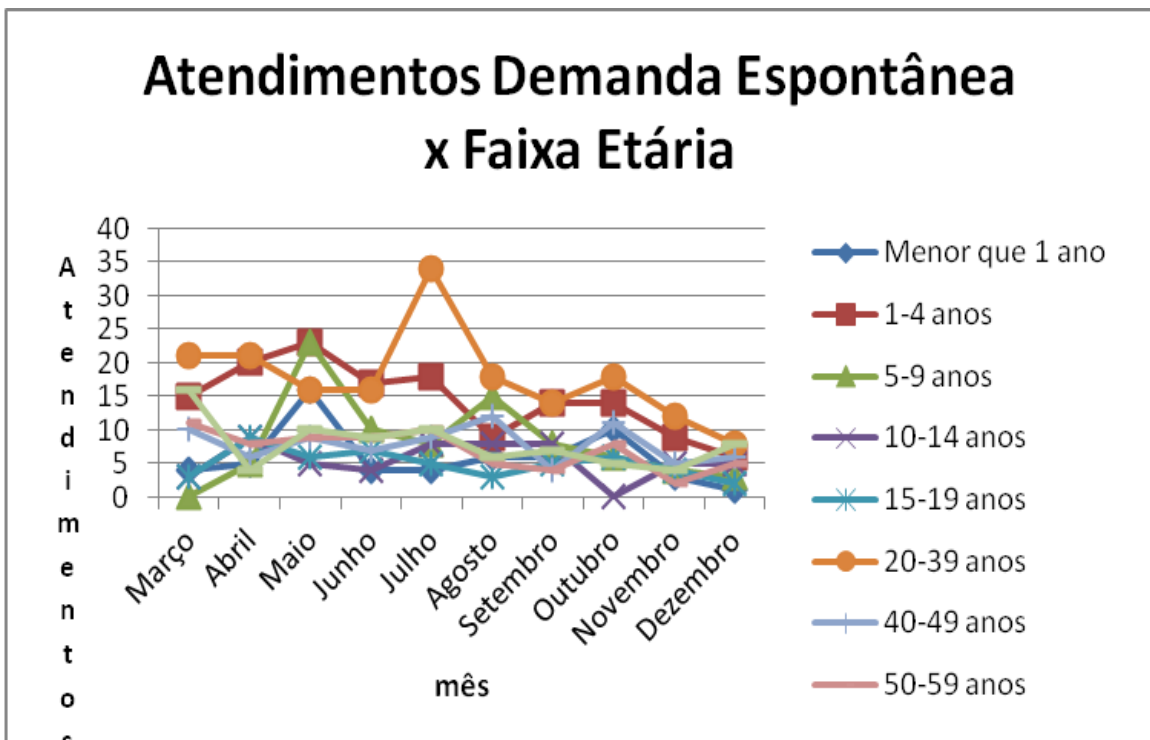
APÊNDICE B – Gráfico: Demanda Espontânea sexo x mês



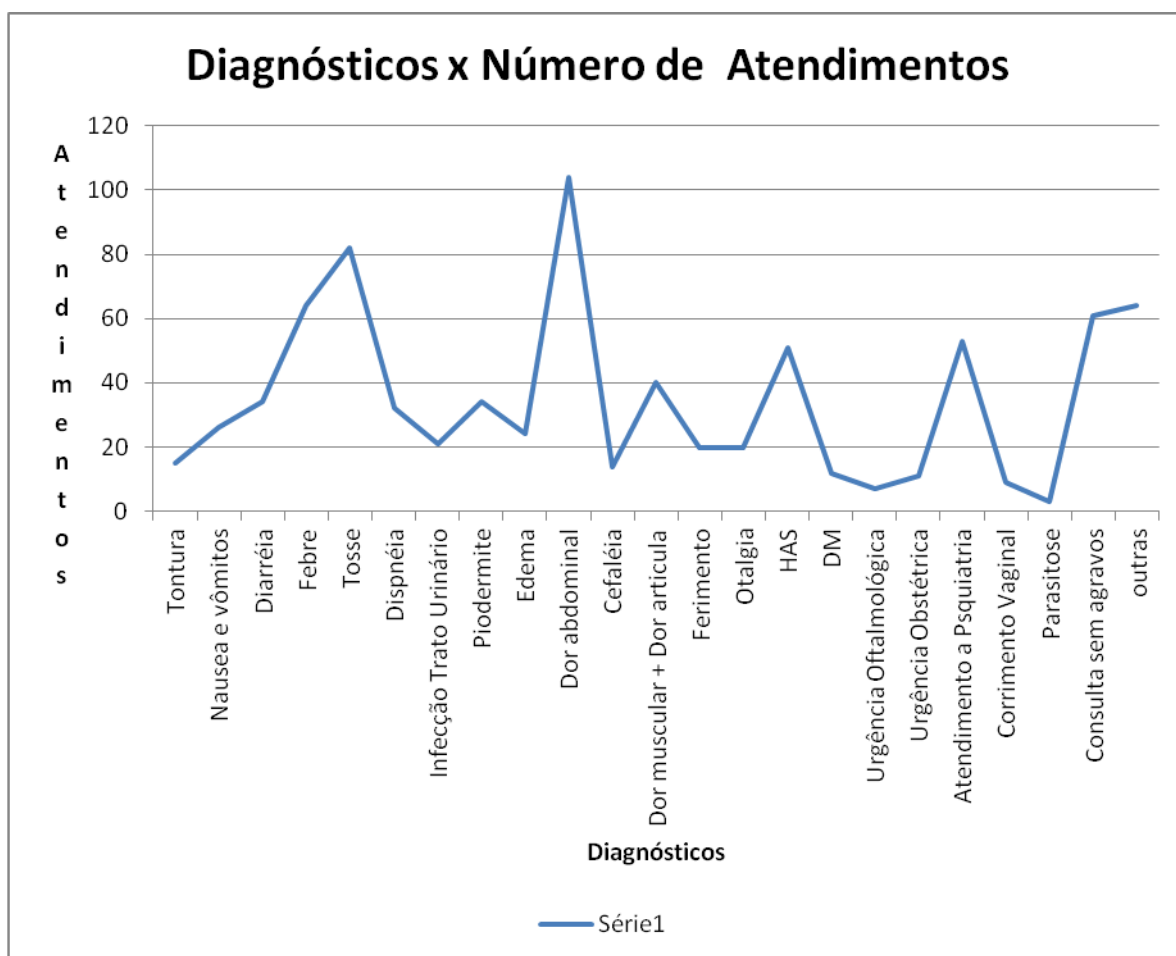
APÊNDICE C – Gráfico: Total de atendimentos por sexo



APÊNDICE D – Gráfico: Atendimentos Demanda Espontânea x Faixa etária



APÊNDICE E – Gráfico: Diagnóstico x número de atendimentos de demanda espontânea



APÊNDICE F- Relação diagnóstico e atendimentos de demanda espontânea mensal

Diagnóstico/mês	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Tontura	4	2	0	1	1	2	1	2	2	0
Nausea e vômitos	1	4	2	4	7	1	2	1	2	2
Diarréia	7	5	5	2	2	1	1	3	6	2
Febre	6	6	6	4	4	13	13	8	4	3
Tosse	3	11	30	7	13	4	3	4	4	3
Dispnéia	4	5	4	2	4	4	2	6	0	1
Infecção Trato Urinário	3	1	3	3	1	5	2	2	0	1
Piodermite	0	2	1	1	5	5	5	6	3	6
Edema	3	4	6	1	2	3	3	1	1	0
Dor abdominal	4	5	13	24	23	15	7	5	4	4
Cefaléia	0	1	2	3	2	1	0	3	2	0
Dor muscular + Dor articu	0	5	7	4	3	6	2	5	4	4
Ferimento	0	1	3	0	4	0	3	2	3	4
Otalgia	2	4	2	2	0	1	4	2	2	1
HAS	18	5	7	2	5	3	2	3	1	5
DM	2	2	0	1	2	1	0	2	1	1
Urgência Oftalmológica	0	0	2	0	3	1	1	0	0	0
Urgência Obstétrica	2	3	0	2	1	1	1	1	0	0
Atendimento a Psiquiatria	10	3	6	3	12	8	5	3	0	3
Corrimento Vaginal	2	1	0	1	0	0	0	3	2	0
Parasitose	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Consulta sem agravos	9	13	12	6	4	5	2	4	4	2
outras	2	1	13	10	8	2	11	12	3	2

