

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

KARINA GRANATA DA ROCHA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CACHOEIRINHA EM BELO HORIZONTE: PLANO DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

KARINA GRANATA DA ROCHA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CACHOEIRINHA EM BELO HORIZONTE: PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

KARINA GRANATA DA ROCHA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CACHOEIRINHA EM BELO HORIZONTE: PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte, 4 de março de 2016

Examinador 1: Edison José Corrêa, orientador. UFMG

Examinador 2: Maria Rizioneide Negreiros de Araújo. UFMG

DEDICO

Aos meus pacientes, que motivaram e contribuíram para a concretização desse trabalho.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram.

AGRADEÇO

À minha tutora Isabel Soares, por todo apoio, sabedoria, dedicação e paciência.

A toda a Equipe de Saúde 2 do Programa Saúde da Família Cachoeirinha em Belo Horizonte.

Ao meu orientador, Prof. Edison José Corrêa, por todo o conhecimento e apoio na conclusão do meu trabalho.

RESUMO

Este trabalho é um plano de intervenção em Estratégia Saúde da Família, baseado em um diagnóstico situacional feito através da coleta de dados de anamneses clínicas, sem manipulação dos mesmos e/ou influência sobre as variáveis. Foram correlacionadas seis variáveis independentes: queixa principal, comorbidade por especialidade, idade, profissão, sexo e escolaridade. Tem como objetivo traçar em um curto espaço de tempo (quatro meses) o perfil do usuário da demanda espontânea da Equipe de Saúde da Família 2, da unidade de saúde Cachoeirinha, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, usuários que frequentam o acolhimento buscando uma consulta de urgência. Ao final do levantamento de dados e suas devidas conclusões, será apresentada uma proposta de intervenção em planejamento e saúde criando medidas intervencionistas e de educação que possam gerar um fluxo correto dessa procura e reduzam o aporte de usuários que não se encontram em situações de necessidade emergente. O plano de ação baseia-se em reduzir o número de atendimentos da demanda espontânea, aumentar o tempo das consultas de acompanhamento longitudinal dos pacientes e educar a população quanto à procura da Unidade Básica de Saúde. É necessário insistir na diferença do modelo de cuidados continuados em relação ao atendimento de agravos agudos; em introduzir ações de promoção de saúde e educação da população, e é sobre esse modelo que devemos trabalhar. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema para conhecimento das evidências já existentes sobre a organização das necessidades e demandas de serviços de saúde nesta comunidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Acolhimento. Necessidades e demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This work is a contingency plan in the Family Health Strategy, based on a situational diagnosis made by collecting clinical case histories data without handling them and / or influence on the variables. Six independent variables were correlated: chief complaint, comorbidity by specialty, age, occupation, gender and education. It aims to draw in a short time (four months) the profile of the spontaneous demand user of the Family Health Team 2, the Cachoeirinha health unit in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, users attending the reception seeking an urgent consultation. At the end of data collection and their own conclusions, a proposal for intervention in health planning and creating interventionist measures and education that can generate a correct flow of this demand and reduce the input of users who are not in emergent situations of need will be presented. The action plan is based on reducing the number of calls of spontaneous demand, increase the time of longitudinal follow-up visits of patients and educate the population as to the demand of the Basic Health Unit. It is necessary to insist on the difference of the continuum of care model in relation to the care of acute diseases; to introduce health promotion and education of the population, and it is on this model that should work. a literature review on the subject to knowledge of the existing evidence on the organization's needs and demands of health care services in this community was held.

Keywords: Family health strategy. User embracement. Risk management. Health Services needs and demand.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
SCR	Sistema de Classificação de Risco
SIS-REG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O município onde atuo	10
1.2 A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo: UBS Cachoeirinha	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família 2, seu território e sua população	14
1.4 O processo de trabalho da Equipe	15
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.6 Priorização dos problemas	22
1.7 Explicação do problema selecionado	22
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISAO CONCEITUAL	28
5.1 Estratégia Saúde da Família	28
5.2 Acolhimento	30
5.3 Classificação de risco para atenção às pessoas	31
5.4 Demanda espontânea	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição dos “nós críticos”	33
6.2 Desenho das operações	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A	43
Dados coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de junho de julho de 2014	
Dados coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de janeiro e fevereiro de 2015	
APÊNDICE B - Análise estatística dos atendimentos	47

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro contato dos usuários do sistema de saúde com o atendimento médico disponível, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e proximidade com o cotidiano da vida das pessoas, deve estar apta a manejar os problemas de maior frequência e relevância presentes na comunidade.

As atividades dos profissionais das equipes da APS devem ser desenvolvidas tendo como princípios o acesso universal, a integralidade do cuidado, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social conforme as necessidades de saúde da população assistida. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Como autora desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), profissional médica na Estratégia Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família 2, vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, Minas Gerais, tenho por objetivo apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

- O município onde atuo.
- A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo: UBS Cachoeirinha.
- A Equipe de Saúde da Família 2, seu território e sua população.
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

1.1 O município onde atuo

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do estado de Minas Gerais. Com uma área de 331,401 km², possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas, bioma de cerrado e mata Atlântica, distando 716 quilômetros de Brasília, a capital nacional (BELO HORIZONTE, 2015a).

De acordo com estimativa do IBGE em 2015, sua população é de 2.375.151 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil. Belo Horizonte já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da Organização das Nações Unidas (ONU), como a metrópole com a melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. Hoje a cidade tem o quinto maior Produto Interno Bruto (PIB) entre os municípios brasileiros, representando 1,33% do total das riquezas produzidas no país. Uma evidência do desenvolvimento da cidade nos últimos tempos é a classificação da revista *America Economia*, na qual Belo Horizonte aparece como uma das 10 melhores cidades para fazer negócios da América Latina em 2009, segunda do Brasil e à frente de cidades como Rio de Janeiro, Brasília e Curitiba (GASPARIN, 2009).

Os índices de Belo Horizonte em áreas como governança, bem-estar, saúde e educação, levaram a cidade ao primeiro lugar entre as capitais brasileiras no ranking das maiores e melhores cidades do país, segundo a empresa de consultoria *DELTA Economics & Finance*. A empresa fez uma compilação de diferentes indicadores disponibilizados pelos órgãos de estatísticas oficiais e chegou à conclusão de que a capital mineira alcançou 72,42% dos pontos possíveis em 10 áreas diferentes (ESTADO DE MINAS, 2015).

A rede de Atenção Básica à Saúde (ABS) de Belo Horizonte conta, nos dias atuais, com 508 equipes de Saúde da Família responsáveis pela atenção básica de 75% dos habitantes da cidade e distribuídas em 142 UBS que possuem, ainda, diversos outros profissionais atuando articuladamente com as equipes. Com isso, ampliam-se as possibilidades de atendimento pela ABS bem como se permite a atenção à população que não recebe cobertura pela Saúde da Família. Conta-se ainda com um número de 2.229 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 436.420 famílias cadastradas, 1.539.987 indivíduos cadastrados, 200 equipes de saúde bucal, 65 equipes de saúde mental, 188 médicos pediatras, 124 médicos clínicos, 130 médicos ginecologistas, 89 assistentes sociais e dois Núcleos de Reabilitação (BELO HORIZONTE, 2015b).

1.2 Unidade Básica de Saúde onde atuou: UBS Cachoeirinha

A UBS Cachoeirinha está localizada em terreno próprio da prefeitura, à Rua Borborema, número 1325, no bairro Cachoeirinha, Belo Horizonte, em rua tranquila, central e arborizada. Seu horário de funcionamento é de sete horas da manhã às sete horas da noite. Foi inaugurada no ano de 2008. A unidade funciona em um edifício térreo de bloco único. O acesso à unidade é bom, tanto externo quanto interno. Não identificamos obstáculos relevantes que comprometam a circulação.

O relevo do bairro, por ser extremamente acidentado, composto de encostas e morros, causa algum transtorno à população, dificultando, algumas vezes, seu acesso à UBS, principalmente para grávidas, crianças e idosos. Por vezes, devem recorrer ao transporte da prefeitura, táxis (o que fica caro para a maioria da população), e/ou algumas linhas de ônibus que fazem o trajeto próximo à UBS.

1.2.1 Recursos materiais

Na estrutura física contamos com 11 consultórios médicos, todos mobiliados com macas, mesas, computadores e lavabo (alguns consultórios com banheiro privativo e detector de batimentos cardíacos fetais para as consultas de pré-natal); consultórios de enfermagem com balanças antropométricas e pediátricas, negatoscópios, focos clínicos, esfigmomanômetro e aparelhos de pressão de coluna de mercúrio; sala de curativos e de pequenos procedimentos; sala de observação de doentes agudos; a sala da gerência; duas salas de reunião (uma delas grande e ampla, para reunir uma maior quantidade de pessoas), ambas utilizadas para reunião semanal das equipes de saúde e equipe do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF), além de também serem utilizadas para encontros de socialização e o núcleo da equipe de zoonoses.

A UBS contém ainda seis banheiros, posto de coleta para análises clínicas (sangue e outros materiais) com uma câmara de conservação de vacinas, recepção, sala de espera com várias cadeiras para os usuários aguardarem, farmácia, sala de acolhimento da demanda espontânea, consultórios destinados à odontologia e uma cozinha grande e bem equipada (geladeira, fogão e micro-ondas), que funciona bem com os horários de rotação dos funcionários.

A farmácia conta com uma gama variada de medicamentos para tratamento e controle de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, doenças da tireoide, anemia, doenças do aparelho gastrointestinal, antimicrobianos (antibióticos, antifúngicos, antivirais, antiparasitários), analgésicos, anti-inflamatórios, antieméticos, material disponível para hidratação venosa (soro fisiológico e glicosado), anticoncepcionais (injetáveis e de uso oral), entre outros. Contamos também com material para casos de urgência como laringoscópio, tubo, máscara e ambu, fornecimento de oxigênio em cateter nasal e/ou máscara. Não existe rede para os gases medicinais, sendo que o consumo de oxigênio é feito através de fluxômetros conectados diretamente a um cilindro localizado na sala de observação. Infelizmente não contamos com monitor cardíaco, aspirador e Desfibrilador Externo Automático (DEA).

1.2.2 Recursos humanos

Na UBS Cachoeirinha encontram-se, além dos profissionais de saúde, 15 funcionários administrativos atuando 40 horas semanais. Esses funcionários dividem-se em cargos de gestão, administração e organização da UBS, compreendendo a gerência, que cuida de toda a parte administrativa e rege as questões burocráticas para o bom funcionamento de toda a UBS, gerencia e normatiza a unidade como instituição em si; as funcionárias da recepção, que cuidam em recepcionar os usuários a UBS, fazer marcações de consultas e exames, organizam os prontuários físicos que ficam armazenados na recepção. Dois funcionários em função administrativa são responsáveis em fazer a comunicação em rede com outros órgãos administrativos, enviando e recebendo informações de controle de frequência dos funcionários, organização de dados pessoais dos mesmos e de controle do almoxarifado e seus produtos. Considero aqui também os funcionários que fazem parte da limpeza, que trabalham na cozinha, na segurança e vigilância da UBS.

Conta-se com o apoio de quatro equipes médicas do Programa Saúde da Família (PSF), entre elas a minha Equipe 2, dois médicos de apoio, uma pediatra, uma ginecologista e médicos professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em sua maioria especialistas de áreas como ortopedia, infectologia,

pediatria, ginecologia, que ministram aulas práticas na UBS para seus alunos do curso de medicina.

1.3 A Equipe de Saúde da Família 2, seu território e sua população

O território da Equipe de Saúde 2 da UBS Cachoeirinha está situado no bairro Cachoeirinha, na região Nordeste do município de Belo Horizonte. Sua população adscrita é de 3.504 indivíduos.

Está dividido em cinco microáreas, em que, para cada uma, temos um ACS responsável. Nossas microáreas são classificadas conforme a divisão do IBEG em setores censitários, Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), nota do saneamento básico, nota socioeconômica e nota do IVS. Lembremos que os IVS são divididos em: risco muito elevado, risco elevado, médio e baixo risco. Como parâmetro, utilizamos um número máximo de indivíduos, conforme o risco, que compreende toda a população atendida na UBS Cachoeirinha. Muito elevado risco: 2.600 pessoas, elevado: 3.100 pessoas, médio risco: 3.700 pessoas e baixo risco: 11.000 pessoas.

O Quadro 1 apresenta os dados relevantes da Equipe de Saúde da Família 2 da UBS Cachoeirinha.

Quadro 1 - Dados relevantes da Equipe de Saúde da Família 2 da Unidade Básica de Saúde Cachoeirinha, em Belo Horizonte, Minas Gerais, outubro de 2015

Micro Área	Cadastro oficial		Cadastro informado		Índice de Vulnerabilidade à Saúde (2012)	Setor Censitário
	Total de indivíduos	Total de famílias	Total de indivíduos	Total de famílias		
6	919	290	17	0	MD (médio risco)	05.64-0110
7	755	254	21	3	MD (médio risco)	05.64-0179
8	444	134	4	0	MD (médio risco)	05.64-0054
9	680	241	5	0	MD (médio risco)	05.64-0055
10	772	246	11	0	BA (baixo risco)	05.64-0082

Fonte: Gestão, por dados fornecidos pelo Cadastro Censo Social de 05 de outubro de 2015.

1.4 O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família 2

Minha equipe de trabalho é composta por cinco ACS, duas auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Meu horário de atendimento na UBS é de sete horas da manhã às três horas da tarde, uma hora de intervalo para o almoço do meio dia à uma hora da tarde. Meu horário de atendimento da demanda espontânea é de segunda-feira à sexta-feira, de nove horas da manhã ao meio dia, durante o qual atendo oito pacientes de todas as equipes (1, 2, 3 e 4, com prioridade para minha equipe), com aproximadamente 20 minutos destinados a cada consulta. Nas outras horas atendo pacientes previamente agendados.

O atendimento médico na UBS Cachoeirinha baseia-se no modelo de promoção e prevenção de saúde, educação da população e acompanhamento longitudinal do usuário, além do modelo curativo. O trabalho em saúde é multiprofissional e multidisciplinar e, para tanto, é necessário trabalhar com programação que atenda às diferentes especificidades do processo de trabalho acolhendo as expertises dos diferentes profissionais.

A organização do atendimento da demanda da população na forma de agenda possibilita estratégias de abordagem ao indivíduo por meio da consulta programada e por participação em atividades de grupo, que ocorrem quando necessárias, para que sejam executadas com qualidade e eficácia. Isso leva a uma maior adesão por parte do usuário às atividades de promoção da saúde, do autocuidado, de adesão ao tratamento e conseqüentemente, aumento do vínculo do usuário com a equipe de saúde.

O acolhimento na UBS é iniciado pelas funcionárias do “Posso Ajudar?”, que eventualmente esclarecem as dúvidas mais frequentes dos usuários. Em um segundo momento, já mais esclarecidos e conforme a necessidade, o usuário passará por uma segunda “triagem” que poderá ser feita pela atendente da recepção. Muitas vezes o usuário vai à UBS apenas para buscar resultados de exames ou marcar a data dos mesmos (aqueles feitos dentro da própria unidade, como eletrocardiograma (ECG) e coleta de material de análises clínicas, como também os que são feitos fora da UBS). Exames feitos fora da UBS, como exames de imagem (ultrassonografias, radiografias, tomografias, endoscopias, biópsias) podem ser agendados previamente através do atendimento da recepcionista, que

informa um número de protocolo para o paciente e o mesmo aguarda um contato informando local, data e hora do exame.

Para marcação de consulta em data futura, o paciente passa pelo acolhimento, refere sua demanda e é marcada consulta com seu médico de equipe, conforme sua área de moradia.

Para atendimento médico de urgência, são designados duas ou mais pessoas, conforme o dia, para a triagem e classificação pelo Protocolo de Manchester. As técnicas de enfermagem são responsáveis por priorizar determinado atendimento ou eventualmente, se julgarem pertinente, marcação de consulta futura. O enfermeiro é responsável pelo Protocolo de Manchester, hoje implantado na maioria das UBS do município de Belo Horizonte.

Enfermeiros (conta-se com, no mínimo, dois por período) e auxiliares de enfermagem fazem o acolhimento ao usuário, que informa sua queixa. Se a situação não for urgente ou demandar atendimento médico imediato, uma consulta futura é agendada, para a qual serão destinados 30 minutos. Se o paciente tem alguma queixa que necessita de consulta médica urgente, esse é primeiramente ouvido pelo pessoal destinado ao acolhimento e posteriormente se a equipe achar necessário, reencaminhar à avaliação médica. Pode haver necessidade de um segundo encaminhamento para um médico especialista, dependendo da demanda, ou de encaminhamento para urgência, fazendo com que o fluxo não se perca.

Em casos de urgência/emergência não resolvidas na UBS, conta-se com o apoio do Hospital Odilon Behrens e com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nordeste, antes localizada no Hospital São Francisco, porém recentemente transferida para o Bairro São Paulo (um pouco mais distante da anterior), na região Nordeste de Belo Horizonte.

O encaminhamento para o médico especialista sem caráter de urgência é feito através do Sistema Nacional de Regulação (SIS-REG) em marcação posterior com a equipe dos recursos humanos. O paciente pode ser direcionado ao Centro de Especialidades Médicas (CEM) no bairro vizinho, Sagrada Família, também ao Hospital das Clínicas da UFMG ou a outros núcleos que fazem fluxo com a UBS, como a maternidade do Hospital Sofia Feldman. Também encaminhamos casos de

pré-natal de alto risco, tuberculose complicada, oncológicos, propedêutica do colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre outros.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Além da demanda espontânea por razões não emergenciais, outra situação muito comum, que leva ao aumento da demanda espontânea, decorre de tratamentos mal sucedidos de doenças crônicas gerando agudizações das mesmas. Patologias que não necessitam de medicação curativa ou receitas médicas, mas apenas tratamento paliativo ambulatorial muitas vezes, motiva o usuário a procurar a UBS por falta de orientação e informação. Existem pacientes que buscam a UBS com objetivo de ganho secundário como a aquisição de atestado médico para faltarem ao trabalho. Encontramos muitos usuários na UBS com queixas inespecíficas, muitas vezes simuladas, de dor ou sintomas que não se encaixam em nenhuma doença, dificultando a atuação profissional no sentido de um verdadeiro diagnóstico.

Foram os seguintes os problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família 2, na Unidade Básica de Saúde Cachoeirinha:

1.5.1 Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais.

É possível perceber que os usuários da atenção básica criam, muitas vezes, uma dependência em relação ao médico de família, buscando nele a única opção de conhecimento e orientação em saúde. Nesse sentido, observamos um aporte desmedido à UBS de pessoas em situação de demanda espontânea, sendo que, na maioria das vezes, a procura não se justifica ou não se trata de situação emergencial de saúde.

1.5.2 Relevância acidentada da área de abrangência podendo ser causa de doenças osteoarticulares nos moradores da região, comprovadamente prevalentes na nossa análise de dados.

Essas doenças osteoarticulares também podem ser geradas pelo tipo de trabalho exercido durante toda a vida. Doenças com origem no esforço repetitivo de trabalhos como mecânica, limpeza, lavagem de roupas, marcenaria, profissões que mais procuram a UBS. As queixas são principalmente de dores por lesões estruturais e

processos inflamatórios em estruturas musculares, tendíneas e articulares, como no caso da artrose e artrite, gerando limitação dos movimentos e incapacidade laboral. Situações de queixas agudas ortopédicas podem necessitar de medicação na urgência e ambulatorial, encaminhamento para ortopedia e fisioterapia, orientações quanto ao repouso e ergonomia.

1.5.3 Prevalência de pacientes com queixas respiratórias e doenças dermatológicas

Doenças crônicas como rinite, asma, DPOC e suas agudizações, queixas agudas de tosse, congestão nasal, sintomas de quadro gripal como coriza, mialgia e febre geram grande procura a UBS. Nesses casos devemos considerar que muitos de nossos usuários vivem em más condições sanitárias. Casas com muita umidade, ou com muito pó, presença de cortinas, tapetes e cobertas que retêm muita sujeira, animais domésticos em más condições de higiene, tudo contribuiu para a presença de doenças do sistema respiratório e a contaminação de indivíduos que vivem no mesmo ambiente.

1.5. 4 Baixa condição socioeconômica-cultural

É de extrema importância conhecer os fatores socioeconômicos, sanitários e ambientais que influenciam a saúde da população, investigar os potenciais e as barreiras existentes para os melhoramentos comunitários. As informações sobre o ambiente físico procuram descrever as principais ameaças à saúde, buscando identificar fatores como: poluição, superpopulação, informações sobre a existência, a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços, incluindo: serviços de saúde, serviços ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo, etc.) e serviços sociais (creches, escolas e outros). As informações sobre os aspectos sociais focalizam-se nas crenças e valores que podem facilitar ou impedir mudanças de comportamento. Uma análise dos aspectos econômicos busca conhecer a renda, a escolaridade, o perfil de ocupação e as oportunidades econômicas dos vários grupos populacionais. A comunidade na qual trabalho é composta por áreas com diferentes classes sociais, algumas onde as pessoas vivem em moradias de boa estrutura física, geralmente têm boa escolaridade e boas condições gerais de vida. Essa população, considerada de baixo risco geralmente não utiliza muitos os serviços da UBS. Além de a grande maioria possuir plano particular de saúde, têm maior acesso à informação e menor necessidade de recorrer aos serviços públicos, resolvendo muitas vezes suas questões e cuidados paliativos sem orientação médica.

Populações de médio e alto risco, moradores de áreas carentes e até mesmo comunidades (favelas), geralmente são usuários que utilizam em excesso os recursos que a atenção primária oferece, gerando uma saturação da oferta perante o excesso da demanda.

1.5.5 Prevalência de doenças cardiovasculares como comorbidade, sendo as causas principais a obesidade e a síndrome metabólica.

A obesidade é um problema de saúde pública da atualidade. Uma alimentação rica em carboidratos, gorduras saturadas e alimentos processados prevalece na mesa do brasileiro, ao contrário de frutas, verduras, legumes e proteínas. Além disso, uma diária de trabalho exaustiva faz com que a população tenha cada vez menos tempo e disposição para prática de exercícios físicos, gerando uma comunidade em sua maioria sedentária e obesa.

1.5.6 Prevalência de doenças de saúde mental

A falta de emprego gera ociosidade, que gera doenças da modernidade como ansiedade, depressão e síndrome do pânico. Neste tempo de pesquisa de campo cheguei à conclusão que a maioria das pessoas que vai à demanda espontânea com uma dessas queixas, muitas vezes, está desempregada ou insatisfeita na área que atua, tanto por falta de oportunidade quanto por falta de iniciativa própria. O planejamento familiar ainda é secundário no Brasil, o que significa que as mulheres continuam gerando filhos na impossibilidade de conferir aos mesmos uma boa qualidade de vida, desde condições ideais de moradia, quanto educação, alimentação e estrutura de base familiar. Sem o planejamento, a incidência de doenças mentais é grande e a população vê-se, muitas vezes, à beira do caos. Ansiedade, sintomas depressivos e somáticos geram uma grande procura da UBS, muitas vezes com origem na situação socioeconômica vivida e nas dificuldades familiares enfrentadas no dia a dia.

1.5.7 Falta de recursos de diagnóstico e tratamento, tanto da Prefeitura quanto do próprio paciente.

A ausência de recursos de diagnóstico dentro da UBS, limita a atuação dos médicos em suas condutas terapêuticas. Como servidora da atenção primária, sei que devemos atuar em rede, encaminhando o paciente para serviços especializados conforme o caso e a necessidade, porém em algumas situações, nosso serviço

poderia ser facilitado se mais recursos fossem fornecidos à UBS. É comum a procura de usuários em situações emergenciais como IAM e infelizmente não contamos com ECG de urgência como recurso diagnóstico.

1.5.8 Demora na fila de espera para atendimento das especialidades, falta de médicos especialistas e conseqüente demora na marcação de primeira consulta e também de retorno, é problema constante no trabalho diário da UBS.

A falta de médicos especialistas no SUS gera lentidão e mau funcionamento da rede de serviços, gerando grandes filas de espera de usuários que muitas vezes não veem suas questões resolvidas pela demora na marcação de consulta. Especialidades como dermatologia, ortopedia e oftalmologia geram filas de quatro meses de espera deixando, infelizmente, o médico de família impossibilitado de resolver e dar seguimento às questões do paciente por falta de diagnóstico.

1.5.9 Demora na fila de espera de exames de urgência (que muitas vezes o usuário não consegue fazer) e impossibilidade do mesmo de arcar com os gastos de exames particulares.

Mesmo em algumas situações de urgência, não disponibilizamos de imediato de exames de diagnóstico. Situações que demandam, por exemplo, radiografias e ultrassonografias com certa agilidade, ficam sem resolução devido à indisponibilidade dos serviços. Relato aqui, como experiências vividas na UBS, situações de pacientes queixando-se de dor abdominal a esclarecer, e ao exame objetivo suspeita-se de hérnia, litíase biliar e/ou outras, são obrigados a arcarem com a despesa dos exames devido à lentidão do sistema em fornecer os mesmos. Por outro lado, devo referir que a nossa regional disponibiliza de um laboratório, o Lapecco, para análises de urgência de sangue e urina.

1.5.10 Ausência de aderência ao tratamento por parte do usuário.

Um dos problemas que enfrentamos na UBS, e um dos causadores do aumento do número de usuários na demanda espontânea é a má aderência do paciente ao tratamento. Devemos observar que a relação médico-paciente é de extrema importância para que esse responda positivamente ao tratamento, aderindo à medicação prescrita e ao tratamento proposto. Com a remissão dos sintomas e posterior cura, garantimos que esse paciente diminua sua frequência na UBS em situações agudas e mantenha seguimento longitudinal de suas patologias crônicas.

1.5.11 Baixa renda familiar e escolar gerando diminuição da informação e procura dos serviços disponíveis.

Observada através da baixa escolaridade e das profissões prevalentes após análise de dados deste trabalho, o que leva ao desconhecimento de medidas preventivas de saúde e como atuar em determinadas situações. Essa condição leva a procura desmedida do sistema de saúde e diminui a atuação do sujeito como agente de sua própria condição, responsabilizando o outro e/ou o sistema em casos oportunos. A baixa escolaridade e a presença de profissões sem capacitação profissional é consequência, infelizmente, das poucas oportunidades ofertadas pelo nosso país. O inadequado desenvolvimento cognitivo e pessoal diminui a compreensão do sujeito como ator principal de sua história, atuante e determinante de sua saúde física e mental. A baixa renda familiar e escolar gera diminuição da informação e procura desmedida dos serviços disponíveis.

1.5.12 Existência de grande número de pacientes acamados, não tornando possível a visita domiciliar regular a todos.

Na minha comunidade e como uma extensão da realidade da situação de saúde do Brasil, encontramos uma expectativa de vida cada vez mais alta, um aumento da população idosa, do diagnóstico e controle de doenças crônicas e aumento de pacientes acamados. O tempo dedicado a eles é pouco, com visitas domiciliares mensais que não atendem integralmente às suas necessidades. Precisamos de mais tempo para as visitas, maior número de profissionais (médicos, enfermeiros, ACS) para avaliarmos com cuidado as situações particulares de cada um e melhorarmos as condições de vida desses usuários. Além da idade, esses idosos trazem consigo a necessidade de terapêutica multidisciplinar que na maioria das vezes não chega às suas casas e famílias.

1.5.13 Ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, o que abre caminho para incidência de doenças infectocontagiosas.

Populações que vivem em moradias com baixas condições de saneamento básico como coleta de lixo e água tratada, correm o risco e estão mais propensas a doenças infectocontagiosas como gastroenterites e diarreias agudas. Além disso, casas que se mantêm com muita sujeira e moradores com poucas condições de higiene, são ambientes inóspitos e propícios a doenças dermatológicas, como

impetigo, escabiose e pediculose. Intervir na população esporadicamente e de forma aguda não é o suficiente. Devemos conscientizar e criar condições de melhoria de vida para evitar esse tipo de doença, principalmente em crianças e idosos. Podemos agir de forma a exigir da prefeitura coleta de lixo, saneamento básico e limpeza nos arredores das moradias, garantindo melhoria de condições de vida para determinada área da comunidade, diminuindo assim os riscos de contaminação frequente. É fundamental educar a população a cuidar do que lhe é possível e ser agente responsável pela preservação do seu entorno.

1.6 Priorização dos problemas

Conforme se observa no Quadro 2, considerando a importância do problema (alta), urgência (maior nota) e capacidade de enfrentamento (total), foi considerado problema prioritário “Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”.

1.7 Explicação do problema selecionado

O grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais, situação essa que deveria fazer parte da organização do paciente quanto agente principal responsável pela qualidade de seu atendimento longitudinal.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 2, Unidade Básica de Saúde Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Principais problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção
1 Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais.	Alta	4	Total	1
2 Relevo acidentado da área de abrangência.	Média	1	Fora	4
3 Prevalência de pacientes com queixas respiratórias e doenças dermatológicas.	Alta	3	Total	2
4 Baixa condição socioeconômica-cultural e comunidade desinformada.	Alta	1	Fora	4
5 Prevalência de doenças cardiovasculares e osteoarticulares como comorbidades – causa principal – obesidade e síndrome metabólica.	Alta	3	Total	2
6 Prevalência de doenças de saúde mental – ansiedade, síndrome do pânico, depressão.	Alta	3	Total	2
7 Falta de recursos de diagnóstico e tratamento, tanto da Prefeitura quanto do próprio paciente.	Alta	2	Parcial	3
8 Demora na fila de espera para atendimento das especialidades.	Alta	1	Fora	4
9 Demora na fila de espera de exames de urgência.	Alta	1	Fora	4
10 Ausência de aderência ao tratamento por parte do usuário.	Alta	3	Total	2
11 Baixa renda familiar e escolar gerando diminuição da informação e procura dos serviços disponíveis.	Média	1	Fora	4
12 Existência de grande número de pacientes acamados, não tornando possível a visita domiciliar regular a todos	Média	2	Parcial	3
13 Falta de treinamento e capacitação da equipe.	Alta	3	Total	2
14 Ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, o que aumenta a incidência de doenças infecto-contagiosas.	Alta	2	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

Após o período de dois anos trabalhando como médica de família na Unidade Básica de Saúde Cachoeirinha, em Belo Horizonte, pude perceber em meu cotidiano de prática clínica que existem situações que se repetem exaustivamente, o que motivou o tema do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Dentre os quadros mais frequentes estão as queixas ortopédicas (mialgias, artralguas, tendinites, bursites), dores de cabeça (cefaleias de tensão, enxaquecas), queixas respiratórias (quadros gripais, sinusites, rinites, faringites e amigdalites), dermatológicas (quadros infecciosos: virais, bacterianos e fúngicos, reações alérgicas), quadros agudos ou crônicos agudizados de doenças como hipertensão, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); queixas gastrointestinais como epigastralguas, quadros infecciosos do aparelho gastrointestinal, como diarreia aguda e gastroenterites.

A correlação da queixa principal do usuário com as variáveis analisadas pode traçar o perfil do mesmo, o que nos trará certas conclusões e futuramente, através do diagnóstico situacional, traçar planos de intervenção nessa população.

Espera-se que com o perfil dos pacientes que procuram a UBS pela demanda espontânea possamos fazer uma agenda de atendimento mais próxima a realidade da comunidade.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção para equacionar a demanda espontânea de pessoas que procuram a atenção à saúde pela Equipe de Saúde da Família 2, da Unidade Básica de Saúde Cachoeirinha, em Belo Horizonte.

3.2 Específicos

Propor processo de educação em saúde com a comunidade visando a aderência ao tratamento, a percepção e superação dos riscos à saúde, a promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde, o autocuidado e as possibilidades de acompanhamento longitudinal e seguimento em consultas programadas.

Propor processo de educação permanente em saúde para os profissionais, visando à análise e avaliação das consultas e do perfil dos demandantes.

Propor possibilidades para melhor processo de trabalho da equipe, com planejamento da atenção a pessoas com problemas prevalentes e recorrentes: saúde mental, saúde cardiovascular e saúde osteoarticular.

Propor ações sobre a ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, para evitar a incidência de doenças infectocontagiosas.

4 METODOLOGIA

Este trabalho teve como metodologia o levantamento de problemas, sua priorização e o desenho de ações a compor um plano de intervenção sobre o problema considerado prioritário, tomando como base o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O PES baseia-se em uma análise do conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação, transformando assim o ato de reflexão em ação. Necessariamente, essa análise é dependente de quem analisa e para quem se analisa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersetorialidade).

A elaboração de um perfil de planejamento baseia-se em descrever a situação da saúde das pessoas que vivem numa área geograficamente definida e que pode servir como referência para identificar as intervenções necessárias para melhorar essa situação, principalmente para as populações de baixa renda.

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar.

O Planejamento Estratégico Situacional da Equipe de Saúde da Família 2 da UBS Cachoeirinha é um plano entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, que se utiliza da análise de problemas por estimativa rápida, faz o diagnóstico situacional e cria recursos que viabilizam a solução dos principais problemas apresentados.

A estimativa rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território. Constitui um método de se obter informações sobre

um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Levantamento de dados e informações com resultados rápidos, capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. - que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. O termo "rápida" refere-se ao tempo gasto para a coleta e análise dos dados. Esse tempo deve ser o mínimo necessário para a coleta de dados no campo e análise destes.

Seus principais objetivos: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades de uma determinada situação; envolver a população na realização da Estimativa Rápida. Suas fontes de dados e de coletas da estimativa rápida: registros escritos existentes ou fontes secundárias; entrevistas com informantes chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e observação ativa da área.

A fim de realizar uma revisão de aspectos conceituais, diagnósticos, alternativas de atuação e políticas compensatórias, foi realizado levantamento bibliográfico que teve como referência inicial os módulos do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Ágora (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora), além de publicações na literatura nacional sobre o mesmo tema, utilizando também publicações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde que vêm discutindo e desenvolvendo estratégias de organização da porta de entrada do sistema de saúde. Foram utilizados como palavras-chave os seguintes Descritores em Ciência da Saúde: Estratégia Saúde da Família. Acolhimento. Gestão de riscos. Necessidades e demandas de Serviços de Saúde.

As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) foram utilizadas para formatação e organização sistemática do trabalho, tomando-se como referência o módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5 REVISÃO CONCEITUAL

Para registro de bases conceituais ao tema proposto, uma revisão teórica é apresentada tomando como referências as palavras-chaves a ele relacionadas:

5.1 Estratégia Saúde da Família.

5.2 Acolhimento.

5.3 Necessidades e demandas de serviços de saúde: classificação de risco para atenção às pessoas.

5.4 Demanda espontânea.

5.1 Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em 1994. É conhecido hoje como Estratégia Saúde da Família, por não se tratar mais apenas de um "programa". Visa à reversão do modelo assistencial vigente em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família/comunidade passa a ser o objeto de atenção, no ambiente/território em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2011b).

A Portaria Nº 2.488, 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, 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).

A estratégia inclui:

[...] ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970; pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (GIL, 2005, online).

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), outro desafio: um "novo modo de fazer saúde" (GIL, 2005, online).

No Brasil a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (REIS; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010, p.16).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o

PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a portaria GM N° 2488/2011 revogou a portaria GM N° 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2011b).

5.2 Acolhimento

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresenta com alta relevância e centralidade (BRASIL, 2011c).

De acordo com o Ministério da Saúde o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, é o objetivo que devemos alcançar (BRASIL, 2011c)

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, 2011c).

5.3 Necessidades e demandas de serviços de saúde: classificação de risco para atenção às pessoas

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), como as queixas e demandas são as mais variadas, a classificação de risco deve ser instituída para que situações de vulnerabilidade iminente sejam reconhecidas. A estratificação de risco vai orientar o tipo de intervenção (oferta de cuidado) necessária e o tempo em que isso deve ocorrer. Mediante a avaliação de risco e vulnerabilidade, dividimos os pacientes em "não agudos" (intervenções programadas) e "agudos" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), fazendo com que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, cumprindo-se o princípio da equidade.

O Sistema de Triagem de Manchester é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade, avaliação esta codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento. Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde (BRASIL, 2009).

5.4 Demanda espontânea

Entende-se por demanda espontânea o grupo de usuários que chega diariamente à UBS de sua área de abrangência em busca de ajuda e esclarecimento em diversas situações e necessidades em saúde. Evidencia-se que a demanda aos serviços de saúde compreende a tradução das necessidades individuais sentidas e interfere na forma que os usuários utilizam os serviços de saúde, apesar da incorporação de outras ações nas unidades (RAMOS, 2009).

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.

Em ambas as situações a equipe de saúde da família tem responsabilidade pelo segmento desses usuários, tanto por meio de um plano de cuidados continuado quanto por resolver sua queixa aguda ou encaminhá-lo para um serviço de urgência.

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. Esse 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 podemos planejar a ocorrência desses eventos, mas deve haver uma rede de atenção à saúde preparada para atender urgências e emergências que não podem ser de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde.

Os usuários que chegam espontaneamente a UBS na qual estão cadastrados, têm objetivos e demandas variadas, dentre elas: quadros agudos que demandam intervenções terapêuticas de média e alta complexidade, marcação de consultas, retorno com exames de urgência para serem avaliados, renovação de receitas de medicação crônica e outras situações inusitadas que podem surgir no dia a dia de uma UBS.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a autolimitar-se. 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 nessa 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 tensão e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção deve propor ações sobre o problema selecionado, **o grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais**. Essas ações serão propostas sobre seus “nós críticos”, ou causas que reduzidas ou eliminadas ajudam a resolver o problema principal.

O grande aporte de pessoas na demanda espontânea ocorre por razões não emergenciais, principalmente para renovação de receitas, situação essa que deveria fazer parte da organização do paciente, enquanto agente principal responsável pela qualidade de seu atendimento longitudinal, e pela organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

6.1 Descrição dos “nós críticos”

O que é um "nó crítico"? É a causa de um problema que, quando abordada de forma resolutiva é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade.

Para o problema prioritário, selecionado segundo os critérios do Quadro 1 – Grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais, escolhemos quatro nós críticos para atuarmos com um plano de intervenção que será proposto à UBS e à Equipe de Saúde da Família 2, responsáveis pela concretização dos mesmos.

1. Maior participação da comunidade nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde.
2. Falta de treinamento e capacitação da equipe.
3. Planejamento da atenção a pessoas com problemas prevalentes e recorrentes: saúde mental, saúde cardiovascular e saúde osteoarticular.
4. Ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, o que aumenta a incidência de doenças infectocontagiosas.

6.2 Desenho das operações

As operações sobre cada “nó crítico” relacionado aos problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, estão descritos nos quadros 3 a 6, a seguir.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Maior participação da comunidade nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde.
Projeto	O que é Atenção Básica à Saúde?
Operação	Orientar e aumentar o nível de informação da comunidade sobre as atribuições e funções da atenção básica na saúde da mesma.
Resultados esperados	Melhor aceitação da população da espera pelo atendimento e melhoria da satisfação e qualidade de saúde. População mais informada, população mais pró ativa.
Produtos esperados	Maior participação nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde. Capacitação dos ACS.
Recursos necessários	Estrutural: elaborar os cartazes. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes. Político: autorizar a divulgação na cidade, mobilização social e articular com a rede de comunicação. Parceria com o setor da educação.
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Autor que controla: Prefeitura de Belo Horizonte, recursos financeiros. Secretaria municipal de saúde. Gerente de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde.
Ação estratégica	Apresentar projeto.
Responsáveis pelo projeto	Equipe de Saúde 2 da UBS Cachoeirinha. Gerente da UBS.
Prazo de início para o projeto	Seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	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. Garantir a eficiente utilização de recursos e promover a comunicação entre planejadores e executores.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de treinamento e capacitação da equipe.
Projeto	Equipe treinada, equipe ativa.
Operação	Treinar e capacitar a equipe nos atributos da atenção primária à saúde, melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento da população.
Resultados esperados	Equipe com compreensão dos atributos e diretrizes da APS.
Produtos esperados	Capacitação profissional; atendimento ao público mais qualificado.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a capacitação. Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: verba para cursos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Autor que controla: Secretária (o) municipal de saúde. Gerente de Gestão do Trabalho e Educação Saúde.
Ação estratégica	Não é necessária.
Responsáveis pelo projeto	Equipe de Saúde 2 da UBS Cachoeirinha. Gerente da UBS.
Prazo de início para o projeto	Seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	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. Garantir a eficiente utilização de recursos e promover a comunicação entre planejadores e executores.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “grande aporte de pessoas na demanda espontânea por razões não emergenciais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Planejamento da atenção a pessoas com problemas prevalentes e recorrentes: saúde mental, saúde cardiovascular e saúde osteoarticular.
Projeto	Prevenção de doenças crônicas.
Operação	<p>Orientar a população sobre mudanças de hábitos e estilos de vida: prática de exercícios físicos; redução de hábitos alcoólicos e tabágicos; hábitos alimentares: redução da ingestão de sal, gorduras (principalmente saturadas), carboidratos e alimentos processados. Orientar sobre o aumento da ingestão de água, frutas, vegetais e legumes.</p> <p>Análise dos indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento.</p>
Resultados esperados	População orientada e preparada para uma melhor qualidade de vida. Reduzir o número de sedentários, dependentes químicos (álcool, tabaco e outras drogas); redução da obesidade.
Produtos esperados	Maior participação nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde. Programa de prática orientada de exercícios físicos (caminhada, academia da praça). Implantar protocolos de diabetes e hipertensão arterial.
Recursos necessários	<p>Estrutural: elaborar os cartazes.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.</p> <p>Político: autorizar a divulgação na cidade, mobilização social e articular com a rede de comunicação.</p>
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	<p>Autor que controla:</p> <p>Prefeitura de Belo Horizonte, recursos financeiros.</p> <p>Secretária (o) municipal de saúde.</p> <p>Gerente de Gestão do Trabalho e Educação Saúde.</p>
Ação estratégica	Apresentar projeto.
Responsáveis pelo projeto	<p>Equipe de Saúde 2 da UBS Cachoeirinha.</p> <p>Gerente da UBS.</p>
Prazo de início para o projeto	Seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	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. Garantir a eficiente utilização de recursos e promover a comunicação entre planejadores e executores.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionadas ao problema: "Ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, o que aumenta a incidência de doenças infectocontagiosas.", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Ausência de saneamento básico em determinadas áreas da comunidade, o que aumenta a incidência de doenças infectocontagiosas.
Projeto	Prevenção de doenças infectocontagiosas.
Operação	Orientar a população sobre práticas de auto-higiene, limpeza da moradia e arredores, evitar contato com possíveis transmissores (doentes infectados, vetores). Orientação sobre práticas sexuais protegidas para evitar doenças sexualmente transmissíveis (DST).
Resultados esperados	População informada e ativa para evitar transmissões desnecessárias.
Produtos esperados	Maior participação nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde.
Recursos necessários	Estrutural: elaborar os cartazes. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes. Político: autorizar a divulgação na cidade, mobilização social e articular com a rede de comunicação.
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, faixas e cartazes.
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Autor que controla: Prefeitura de Belo Horizonte, recursos financeiros. Secretária (o) municipal de saúde. Gerente de Gestão do Trabalho e Educação Saúde.
Ação estratégica	Apresentar projeto
Responsáveis pelo projeto	Equipe de Saúde 2 da UBS Cachoeirinha. Gerente da UBS.
Prazo de início para o projeto	Seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	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. Garantir a eficiente utilização de recursos e promover a comunicação entre planejadores e executores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a descrição dos “nós críticos” observados em nossa comunidade, devemos analisar sobre os quais teremos alguma possibilidade de intervenção com conseqüente impacto positivo sobre o problema em questão. Como podemos agir para mudar? Como, onde e quando devemos atuar?

Nesse sentido, iniciamos o processo de criação de soluções e estratégias para o enfrentamento dos problemas, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, resgatando conceitos e recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos disponíveis. Essa estrutura de planejamento em saúde poderá ser útil no monitoramento e resolução de problemas a curto, médio e longo prazo nessa comunidade.

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.

Os recursos financeiros são fundamentais para viabilizar a criação de uma estrutura capaz de levar informação através de livretos, panfletos, folhetos educativos, faixas, cartazes, aquisição de material audiovisual e financiamento de projetos de cursos para os profissionais da área de saúde.

Os recursos organizacionais incluem organização do tempo, da agenda, dos atendimentos *in loco* e domiciliares, viabiliza adequação de fluxos (referência e contrarreferência) e dinâmicas de grupo. Politicamente mobilizamos a sociedade, criamos condições para aprovação de projetos, parcerias entre setor público, comunidade, setor educacional e social, e conseguimos como retorno, recursos financeiros. Como resultados, esperamos encontrar medidas resolutivas para os problemas apresentados.

Mudanças de hábitos e no estilo de vida da população melhoram a qualidade da mesma e diminuem a incidência de agudizações de doenças crônicas ou surgimento

de doenças agudas. Com trabalhos sociais conseguimos informar, educar e conscientizar a população no sentido de gerar e promover saúde e não só, em comunidade, o apoio intersetorial cria condições de viabilizar soluções para os problemas apresentados. Uma população consciente e informada é uma população que reivindica e trabalha em uníssono, junto não só da equipe de saúde, mas no meio político e nas diferentes esferas do poder. Criamos consciência e fornecemos informação, dessa forma aderimos o paciente ao tratamento, melhoramos sua condição de saúde, diminuindo a procura do mesmo pelo serviço de urgência e talvez criando condições políticas e organizacionais que depositem recursos financeiros em projetos de incentivo à promoção de saúde.

Como exemplo de mudanças de hábitos e estilos de vida podemos citar a diminuição do tabagismo com o incentivo à população de frequentar o Grupo Antitabagismo, todas às segundas feiras na UBS. Aderindo ao grupo, o usuário tem direito ao tratamento medicamentoso fornecido pela Secretaria de Saúde de forma gratuita e a receber medidas educacionais por parte dos médicos e de outros profissionais da saúde quanto aos potenciais danos causados à saúde pelo uso do tabaco. Apoio aos dependentes químicos de álcool e outras drogas como crack, maconha e cocaína. A UBS Cachoeirinha oferece reuniões semanais do grupo Narcóticos Anônimos e ainda contamos com o apoio fundamental do CERSAM-AD (Álcool e Drogas) na região Nordeste, que possui uma equipe composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, algumas poucas vagas para internação, infelizmente somente oito, e a permanência do Hospital Dia.

Incentivo a uma alimentação saudável com redução do consumo de carboidratos e gorduras saturadas e aumento do consumo de água, frutas, legumes, verduras e proteínas; prática diária de exercícios físicos e abandono do sedentarismo, causa não só de doenças físicas mas também de doenças mentais; diminuição do nível de estresse do dia a dia com práticas de relaxamento ou atividades ofertadas pela prefeitura de Belo Horizonte como o Grupo Cintura Fina, Academia da Praça e Lian Kung.

Orientação quanto a práticas de higiene. Higiene e profilaxia têm como objetivos a conservação da saúde e prevenção de doenças. Inegavelmente, saúde é o maior bem que o ser humano aspira obter, uma vitória do indivíduo em si mesmo e sobre o

meio que o cerca. Repouso e higiene são necessidades básicas do corpo, essenciais para a saúde. O repouso adequado contribui para recuperar o organismo do desgaste natural do dia a dia e das perdas excessivas provocadas pela correria dos tempos modernos. A higiene deve ser feita com relação ao corpo e ao meio ambiente e mantida nas melhores condições, sendo não só fundamental para a saúde física quanto para a saúde mental do ser humano.

Devemos analisar uma determinada realidade contemplando o levantamento dos problemas e necessidades da comunidade e, por outro lado, os recursos existentes e as intervenções em curso voltadas para satisfazer essas necessidades. Nesse sentido, referimos às políticas sociais formuladas pelos níveis nacional, estadual e municipal. Informações sobre essas políticas, em particular sobre as políticas de saúde, podem permitir avaliar se os governantes estão comprometidos com a atenção à saúde. Com apoio governamental forte, os melhoramentos nas condições de saúde da população podem contar com o respaldo necessário para avançar com mais rapidez e sem muitas resistências políticas.

A Equipe 2 da UBS Cachoeirinha procura priorizar o atendimento com agenda programada em detrimento da demanda espontânea, o que após esse trabalho, será atingido de forma mais eficaz em um período de três a seis meses após a identificação dos "nós críticos" e implantação de medidas que modifiquem a realidade atual. 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 satisfatório da população adscrita e melhoria da saúde da mesma.

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 elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Nesse sentido, eu e minha equipe, procuramos a todo o momento reunir todos os recursos necessários para planejar metas que concretizem o produto final de interesse. Assim ganhamos nós como equipe, melhoramos os dados estatísticos a todo o momento, e ganha

principalmente a comunidade, que participativa e integrada, torna-se consciente do poder fundamental da sua presença no processo.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Estatísticas e mapas Online 2016**.

Disponível em:

<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?Evento=conteudo&idConteudo=17640&chPlc=17640&&pldPlc=&app=salanoticias>. 2015a. Acesso em: 26 jan. 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Construção da atenção básica em Belo Horizonte**. Online, 2015b. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_2_construcao_da_atencao_basica_em_belo_horizonte.pdf>. 2015. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 7 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 7 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 7 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília, 2011c. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf. Acesso em: 25 jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015>. Acesso em: 8 nov. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_de_as_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 8 nov. 2015

ESTADO DE MINAS. **Belo Horizonte conquista primeiro lugar em ranking das maiores e melhores cidades do país**. Disponível em: http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/06/interna_gerais,596937/belo-horizonte-nota-10.shtml. Online, 2015. Acesso em: 8 nov. 2015.

GASPARIN, M. **Curitiba fica em 16º lugar entre as melhores cidades para se fazer negócios**. TV Jornale. 15 de maio de 2009. Disponível em: <http://familiapacifico.com.br/index.php/2015/09/03/belo-horizonte.2009>. Acesso em: 8 nov. 2015.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.2, p. 490-498. Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015. Acesso em: 1 fev. 2016

MENDES, E. V. Os cuidados 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, apud CARVALHO, F. J. S. **Projeto de intervenção mediante estratégias para controle e redução da elevada demanda espontânea no centro de saúde Vila Cemig – Belo Horizonte/MG**. UFMG, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6057.pdf>. Acesso em: 3 fev.2016

RAMOS, R. R. **A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa unidade básica de saúde**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Owner/Downloads/Reneide_Rodrigues.pdf. Acesso em: 30 jan. 2016

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. UNA-SUS, 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 12 set. 2015.

APÊNDICE A

Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Dados relacionados à comunidade, coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de janeiro e fevereiro de 2015

IDADE	<ul style="list-style-type: none"> * 0 a 5 anos - 4 pacientes * 5 a 10 anos – 6 pacientes * 10 a 20 anos – 13 pacientes * 20 a 40 anos - 39 pacientes * 40 a 60 anos - 22 pacientes * > 60 anos – 22 pacientes
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> * feminino – 73 pacientes * masculino – 33 pacientes * total: 106 pacientes
ESCOLARIDADE	<ul style="list-style-type: none"> * analfabetos: 2 * ensino fundamental I - (1º a 5º anos): completo: 11, incompleto: 5 * ensino fundamental II - (6º a 9º anos): completo: 10, incompleto: 13 * ensino médio: completo: 27, incompleto: 10 * curso superior: completo: 7, incompleto: 3
PROFISSÃO	<ul style="list-style-type: none"> * cuidador de idoso: 2; açougueiro: 1; auxiliar: de escritório: 1; de dentista: 1; de cozinha: 1; de apoio estudantil: 1; administrativo: 5; enfermagem: 3; de lavanderia: 1, importação: 1; biólogo: 1; costureira: 3; cozinheira: 1; depiladora: 1; dona de casa: 13; dj: 1; estudante: 10; estoquista: 1; farmacêutico: 1; garçoneiro: 1; operador: de telemarketing: 2, caixa: 1; pedreiro: 4; professora: 1; marceneiro: 1; mecânico: 1; salgadeira: 1; serviços gerais: limpeza: 10, passadeira: 3, polivalente: 1, babá: 1; panfletagem: 1; segurança: 2; técnico: informática: 1, contabilidade: 1, tv cabo: 1; vendedora: 5; outros: armador de ferro: 1 e cortador de tecidos:1.
COMORBIDADES	<ul style="list-style-type: none"> * sistema cardiovascular: hipertensos: 21 * dislipidemia: 2 * amputado: 1 * doenças sexualmente transmissíveis: sífilis: 1, herpes: 1 * sistema respiratório: DPOC: 2, asma: 2 * musculo esquelético: artrose: 2 * sistema nervoso: síndrome down: 1, acidente vascular cerebral: 1 * pele e anexos: psoríase: 1 * sistema gastrointestinal, gastrite: 1 * sistema urinário: litíase: 1 * psiquiatria: transtorno afetivo bipolar: 2, depressão: 2, transtorno da ansiedade generalizada: 1 * gestante: 1 * sistema endócrino: hipotireoidismo: 5, Diabetes mellitus 1: 2, Diabetes mellitus 2: 9, Diabetes mellitus gestacional: 1, tireoidite: 1 * outros: doença de chagas: 1, câncer de base de língua: 1, de próstata: 1, surdez: 1

continua

APÊNDICE A

Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Dados relacionados à comunidade, coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de janeiro e fevereiro de 2015 (continuação)

<p>QUEIXA PRINCIPAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> * alérgica: edema de lábio: 1, rash cutâneo alérgico a amoxicilina: 1, aciclovir: 1 * ansiedade: 4 * amenorréia: 1 * insônia: 1 * enxaqueca: 2 * cefaléia/tosse/congestão nasal = sinusite: 10 * disúria e polaciúria * cistite: 9 * dismenorréia: 1 * diabetes descompensada * hiperglicemia: 1 * dor abdominal: 3 * dor em fossa iliaca direita: 1 * diarréia: aguda: 7 e crônica: 1 * edema: quirodactilo: 1 * epistaxe: 1 * lesões de pele: tinea corporis: 1, tinea cruris: 1, escabiose: 2, infecção no dedo por espinho de palmeira: 1, impetigo: 2, dermatite: 1 * lombalgia: 6 * hérnia de disco: 1 * cólica renal: 3 * febre/odinalgia: amigdalite: 9, odinalgia: 1 * coriza/febre/mialgia: gripe: 1 * otalgia: otite: 3 * palpitação: 1 * prurido e secreção ocular: conjuntivite: 1 * prurido e secreção vaginal: candidiase: 1, gonorréia: 1 * prurido e vesículas lábios: herpes: 2 * tosse por outros: 4 * bronquite: 2 * dpoc descompensada: 1 * tontura e náuseas * labirintite: 1 * toracalgia: 1 * trauma
--------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">* lesão do punho: 1* náuseas e vômitos* hiperemese gravídica: 1* músculo esquelético: 1* câibras: 1* dor a esclarecer: no joelho: 3, nas costas: 1, no tornozelo: 1, no punho: 2, membros inferiores: 1* síndrome túnel do carpo: 1 e cisto sinovial:1* cervicalgia: 2* mialgia generalizada: 1* outros: violência doméstica: 1, atestado de saúde: 1, anemia ferropriva: 1
--	--

APÊNDICE A

Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Dados relacionados à comunidade, coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de junho e julho de 2014

IDADE	<ul style="list-style-type: none"> * 0 a 5 anos - 2 pacientes * 5 a 10 anos – 8 pacientes * 10 a 20 anos – 14 pacientes * 20 a 40 anos - 25 pacientes * 40 a 60 anos - 25 pacientes * > 60 anos – 15 pacientes
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> * feminino – 58 pacientes * masculino – 31 pacientes * total: 89 pacientes
ESCOLARIDADE	<ul style="list-style-type: none"> * analfabetos: 3 * ensino fundamental I - (1º a 5º anos): completo: 8 incompleto: 9 * ensino fundamental II - (6º a 9º anos): completo: 10 incompleto: 8 * ensino médio: completo: 20 incompleto: 11 * curso superior: completo: 3 incompleto: 3
PROFISSÃO	<ul style="list-style-type: none"> * aposentado:2; auxiliar: de cozinha: 1, administrativo: 3; balconista: 3; estudante: 12; costureira: 1; cozinheira: 2; cuidador de idoso: 1; dona de casa: 5; fundidor: 1; frentista: 1; manicure: 2; metalúrgico: 1; motorista:2; operador: de guincho: 1, de caixa: 1, de telemarketing: 1; pedreiro/pintor: 3; psicóloga: 1; piscineiro: 1; professora: 2; recepcionista: 2; relojoeiro: 1; repositor: 5; serviços gerais: limpeza: 13; sintequeiro: 1; técnicos: de enfermagem: 2, ar condicionado: 1; trocador de ônibus: 1; vendedor: 2
COMORBIDADES	<ul style="list-style-type: none"> * cardiovascular: hipertensos: 10 * baixo peso: 2 * sistema respiratório: asma: 4, dpoc: 1 * musculo esquelético: deficiência congênita/clavicula: 1, artrite: 1, paraplegia: 1, artrose: 2, balas de arma de fogo alojadas no pescoço: 1 * sistema nervoso: encefalite: 1 * sistema gastrointestinal: refluxo gastroesofágico: 2 * psiquiatria: transtorno de ansiedade generalizada: 4, transtorno obsessivo compulsivo: 1, síndrome do pânico: 1, depressão: 1 * endócrino: diabetes mellitus 2: 3, hipotireoidismo: 2 * outros: pancreatite: 1, síndrome ardência bucal: 1, insuficiência venosa crônica: 1

continua

APÊNDICE A

Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Dados relacionados à comunidade, coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de junho e julho de 2014(continuação)

<p>QUEIXA PRINCIPAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ansiedade: 8 * cefaléia/tosse: sinusite: 7, enxaqueca: 1 * constipação intestinal/hemorróida: 3 * coriza/mialgia: gripe: 2 * crise hipertensiva: 1 * diarreia aguda: 1, crônica: 1 * disúria/polaciúria: cistite: 6 * dispepsia/epigastralgia: 2 * dor abdominal hipocôndrio esquerdo: 1, fossa iliaca direita: 1, epigastralgia: 1 * lesões de pele: tinea cruris: 1, úlcera por insuficiência venosa crônica: 1, tinea corporis: 3, dermatite de contato: 1 * lombalgia por cólica renal: 1, discopatia degenerativa: 1, hérnia disco: 1, pielonefrite: 1 * músculo esquelético: artralgia generalizada: 1, dor Joelho esquerdo: 1, mialgia: 2 (1 por suspeita de dengue), dor no calcanhar - esporão de calcâneo: 1, torcicolo: 1, dor na articulação coxo-femoral: 1, cervicalgia: 1 * odinalgia/febre por amigdalite: 4, escarlatina: 1 * afonia/odinalgia: laringite: 1 * otalgia por otite: 4 * trauma acidente de moto: joelho -1, corte na mão: 2, queda: 1 * sangramento vaginal pós remoção de condiloma: 1 * toracalgia: 1 * vômitos/diarréia: gastroenterite: 3 * vômitos/nauseas: 2 * tosse/febre: broncopneumonia: 4, bronquite: 1 * tosse por outros: 1 * tosse/coriza rinite alérgica: 2, gripe: 1 * zumbido/hipoacusia: 1
--------------------------------	---

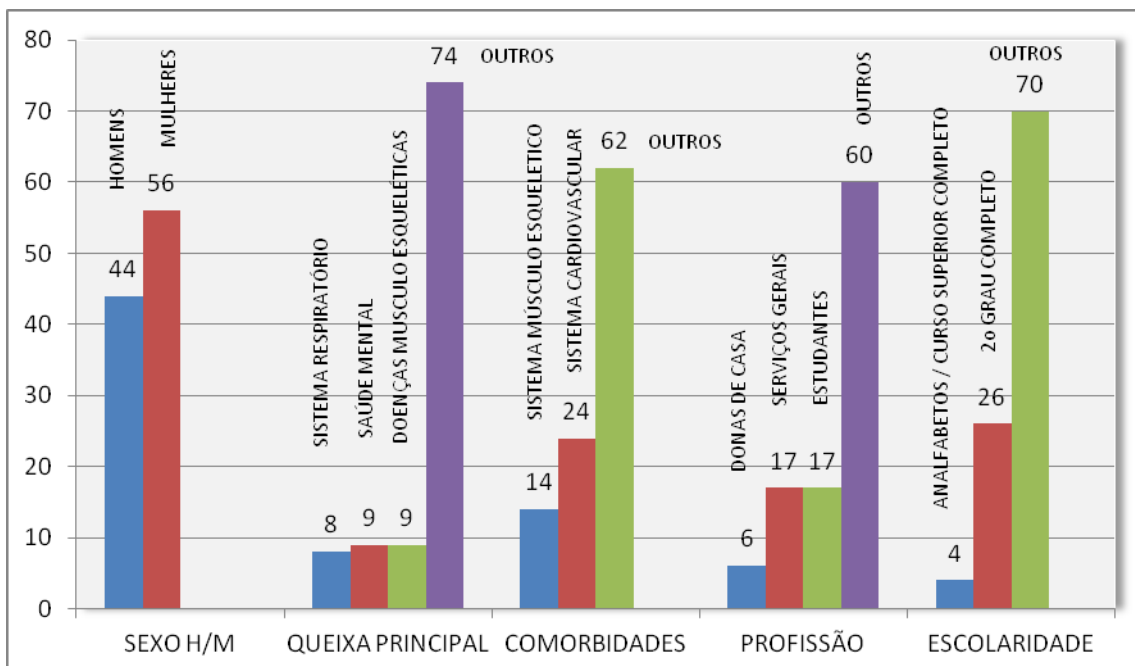
APÊNDICE B

Análise estatística dos atendimentos

Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Análise de dados relacionados à comunidade, coletados a partir de anamneses feitas em atendimento clínico no período dos meses de junho e julho de 2014

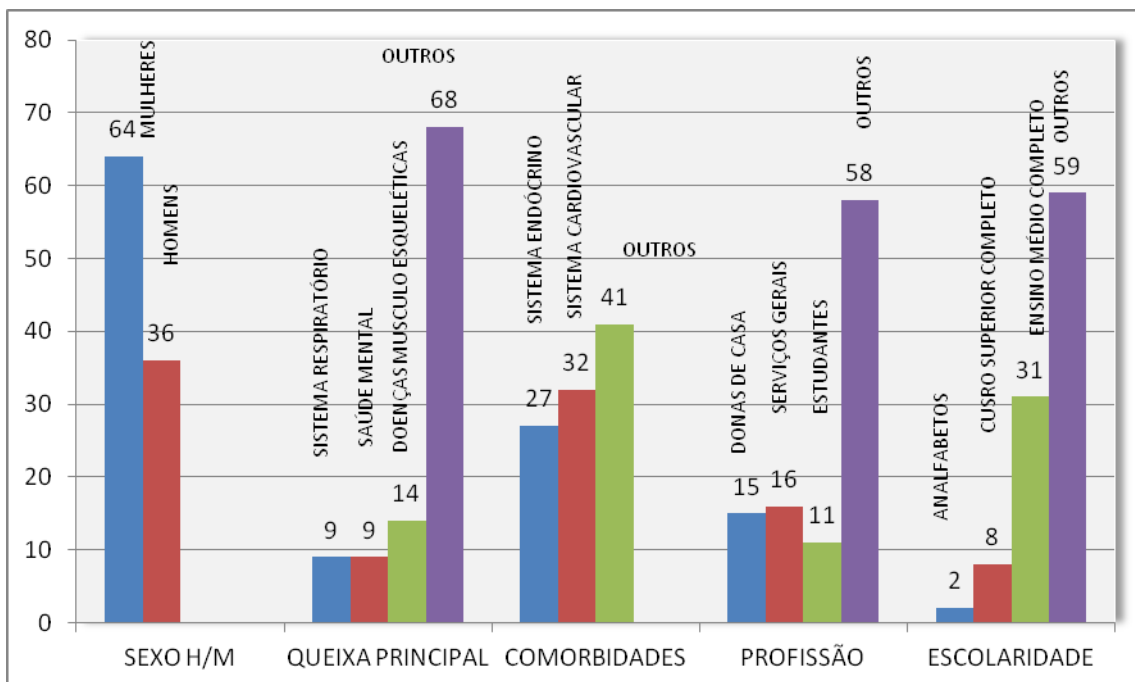
De acordo com o Gráfico 1, a seguir, nos atendimentos entre os meses de junho e julho de 2014, um total de 89 pacientes foram vistos. Houve uma prevalência de 56% de mulheres, na faixa etária entre os 21 e os 60 anos. As comorbidades prevalentes foram: sistema cardiovascular (24%) e músculo esquelético (14%). Dentre as queixas principais prevaleceram: sistema respiratório (8%), saúde mental (ansiedade – 9%) e doenças músculo esqueléticas (9%). Dentre os profissões prevalentes estão: serviços gerais (17%), estudantes (17%) e donas de casa (6%). Escolaridade: 26% tem o 2º grau completo, 4% tem curso superior completo e /ou são analfabetos. Foram passados 13 atestados, que corresponde um total de 14% dos atendimentos.

GRÁFICO 1 - Avaliação percentual dos atendimentos. Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, período de junho e julho de 2014



De acordo com o Gráfico 2, nos atendimentos entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015, um total de 106 pacientes foram vistos. As mulheres mais uma vez prevaleceram, entre os 21 e os 40 anos com 64%. Mais uma vez as comorbidades cardiovasculares estão no topo com 32%, e endócrinas 27%. Dentre as queixas principais estão: musculoesqueléticas com 14%, ficando em segundo lugar as queixas do sistema geniturinário (9%), respiratórias (9%) e dermatológicas (8%). Dentre as profissões, as prevalentes são: estudantes (11%), donas de casa (15%), auxiliares e serviços gerais (16%). Escolaridade: 31% com ensino médio completo, 2% são analfabetos e 8% tem curso superior completo. Foram passados 14 atestados, que corresponde um total de 13% dos atendimentos.

GRÁFICO 2 - Avaliação percentual dos atendimentos Análise estatística dos atendimentos, Equipe de Saúde da Família 2, bairro Cachoeirinha, município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, janeiro e fevereiro de 2-15



Consideremos que em dois meses temos 40 dias de atendimento, 8 pacientes por dia de demanda espontânea, num total de 320 pacientes atendidos. O que cria então essa grande diferença no total dos atendimentos aqui encontrado? Um número considerável de pacientes não entra na estatística dos atendimentos, pois vão à urgência com a finalidade de renovação de receitas. Além disso, outra parcela considerável, não foi computada, por falta de tempo de serem coletados e anotados os dados devidamente.