

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

MAYESSE JÚNIA RODRIGUES ROSA CARDOSO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA
DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO COSME EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

MAYESSE JÚNIA RODRIGUES ROSA CARDOSO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA
DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO COSME EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

MAYESSE JÚNIA RODRIGUES ROSA CARDOSO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA INCIDÊNCIA
DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO COSME EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - Orientadora - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de maio de 2019

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo elaborar um plano de intervenção para diminuir a alta incidência da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família São Cosme em Santa Luzia, Minas Gerais. Para realização do plano de ação, foi utilizada a estimativa rápida para levantamento e priorização dos problemas e os passos do Planejamento Estratégico Situacional para a elaboração do plano de ação. Também foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema para dar sustentação teórica à proposta. A partir da realização deste estudo pode-se concluir que a redução da demanda espontânea é possível desde que haja a capacitação adequada dos profissionais integrantes da equipe, conhecimento por parte da população sobre as formas de utilização do serviço e o reconhecimento por parte do paciente sobre a necessidade de ser o sujeito capaz de interferir ativamente e diretamente sobre o seu processo de saúde/doença.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Demanda.

ABSTRACT

This study aims to develop an intervention project to reduce the high incidence of spontaneous demand in the Health Strategy Family São Cosme in Santa Luzia, Minas Gerais. For realization of the action plan, it was used for the rapid assessment survey and prioritization of problems and the steps of the Situational Strategic Planning for the preparation of the action plan. Also a literature review was conducted on the subject to give theoretical support to the proposal. From this study it can be concluded that the reduction of spontaneous demand is possible since there is adequate training of team members professional knowledge among the population about ways to use the service and recognition by the patient on the need to be the subject able to interfere actively and directly about your health/ disease process.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Demand

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DE	Demanda Espontânea
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
ERP	Estimativa Rápida Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	9
1.1 Breves informações sobre o município de Santa Luzia- MG-----	9
1.2 O sistema municipal de saúde de Santa Luzia- MG-----	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família São Cosme, seu território e sua população--	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade-----	10
1.5 Priorização dos problemas-----	11
2 JUSTIFICATIVA -----	12
3 OBJETIVOS -----	13
4 METODOLOGIA -----	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -----	16
5.1 Atenção Primária a Saúde-----	16
5.2 Estratégia Saúde da Família-----	17
5.3 Demanda Espontânea e Acolhimento-----	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO -----	22
6.1 Descrição do problema selecionado-----	22
6.2 Explicação do problema-----	22
6.3 Seleção dos nós críticos-----	23
6.4 Desenho das operações-----	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	26
REFERÊNCIAS -----	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Santa Luzia- Minas Gerais

Santa Luzia é uma cidade do estado de Minas Gerais. Sua população, de acordo com o censo 2010 do IBGE, é de 202.942 habitantes e atualmente a população estimada é de 217.610 habitantes. Localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, próxima à cidade administrativa do Estado. Sua maior concentração populacional e comercial encontra-se no distrito de São Benedito, de aproximadamente, 130.390 habitantes, que dista 8 km do centro de Santa Luzia e 18 km do centro da capital mineira (IBGE, 2016). A cidade tem sua atividade econômica baseada na indústria e comércio. Apresenta elevados índices de criminalidade, violência e consumo de drogas.

1.2 O sistema municipal de saúde de Santa Luzia- MG

Santa Luzia possui 47 estabelecimentos de saúde subdivididos em: uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que funciona 24 horas, um hospital de média complexidade, um centro de especialidades médicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 43 equipes de Estratégia Saúde da Família.

A porta de entrada do usuário ao sistema de saúde é a unidade básica; após este primeiro contato, o paciente retorna para acompanhamento, ainda na atenção primária. Todavia, em função de sua doença ele poderá ser encaminhado ao centro de especialidades médicas/CAPS ou em função da gravidade do quadro apresentado, o mesmo deverá ser referenciado à UPA 24H. Quando existe a necessidade de encaminhamento à UPA 24H são necessárias a comunicação e autorização prévias de um dos médicos plantonistas, salvo quando em caso de urgência/emergência. Uma das grandes dificuldades enfrentadas é a realização do transporte do paciente já que em inúmeras ocasiões tal deslocamento não é garantido ao usuário.

Outra grande dificuldade encontrada é o número de unidades básicas quando comparadas a população adscrita, que é bem inferior àquele necessário para cobertura da população e aquele preconizado pelo Ministério da Saúde. Isto gera

uma elevada demanda espontânea diária, sobrecarga dos profissionais integrantes da equipe de saúde e tempo elevado de espera para acolhimento e consulta médica, fator este responsável pela maioria das queixas ao serviço. Quanto ao sistema de referência a especialidades médicas e a contra-referência, seu funcionamento ocorre ainda de forma precária, pois o tempo entre o encaminhamento e a realização da consulta é extenso e que, a depender da especialidade requisitada, pode chegar a mais de um ano de espera, sendo, portanto, pouco efetivo para o tratamento/acompanhamento do paciente. Os atendimentos de alta complexidade são realizados em Belo Horizonte, o que gera transtorno aos usuários dos serviços devido à necessidade de deslocamento, o que em muitos casos é um importante fator limitante.

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

A Unidade de Saúde São Cosme é constituída pelas Equipes 21 e 22 e foi inaugurada há 15 anos. A população adscrita é de aproximadamente 15.000 pessoas (3.500 famílias), sendo que Equipe 21 é responsável por aproximadamente 7.000 pessoas. A infraestrutura da unidade é inadequada, a recepção não comporta satisfatoriamente a quantidade de pacientes que procuram o serviço no período matutino. Não existe espaço nem cadeiras para todos, muitos aguardam o atendimento em pé. Não existe sala para reuniões/ grupos operativos, sendo os mesmos realizados nos consultórios das enfermeiras ou até mesmo na recepção, o que faz com que os participantes dos grupos operativos dividam rotineiramente o espaço físico com pacientes que ali estão para realizar consultas.

A unidade, atualmente, não possui os recursos adequados para o trabalho da equipe e devido à falta de medicações básicas na unidade são realizados encaminhamentos a UPA de paciente potencialmente tratáveis na UBS.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que possibilita o planejamento participativo, visa identificar as necessidades de saúde de determinado grupo a partir da participação da própria população. Esse método apresenta vantagens por ser

simples, ter rápida duração, ter baixo custo e demonstrar informações específicas de determinada população.

A ERP foi realizada através de questionários previamente elaborados pelos integrantes da equipe de saúde e pela observação ativa, realizados pelos agentes comunitários de saúde. Após a observação ativa e análise dos questionários realizados junto à população foi possível definir os principais problemas enfrentados pela Equipe 21: elevada demanda espontânea, população adscrita elevada, número reduzido de unidades de saúde no município, baixo nível de informação da população acerca de hábitos e estilos de vida saudáveis.

1.5 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Diante do levantamento realizado pela Equipe de Saúde 21 – São Cosme, o problema prioritário identificado foi a elevada demanda espontânea, que se justifica, em parte, pelo grande número de famílias adscritas, pelo número reduzido de UBS e pelo baixo nível de informação da população. Um agravante dessa situação é a cultura medicocêntrica e hospitalocêntrica da população bem como a postura passiva assumida por alguns usuários na construção do processo saúde-doença. O paciente acredita ser necessário consultar com o médico sempre que procura o posto de saúde para ser medicado, mas não realiza mudança no seu estilo de vida para conseguir o controle adequado da doença crônica, ou redução /eliminação dos comportamentos de risco. Esta postura acarreta em um acréscimo importante na demanda espontânea e na sobrecarga dos funcionários integrantes da equipe de saúde.

Abaixo apresentamos o Quadro 1 com a priorização dos problemas:

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 21, Unidade Básica de Saúde São Cosme, município de Santa Luzia, estado de Minas Gerais, 2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevada demanda espontânea	Alta	7	Parcial	1
População adscrita elevada	Alta	6	Fora	2
Número reduzido de unidades de saúde	Alta	6	Fora	3
Nível de informação da população	Alta	6	Parcial	4
Hábitos e estilos de vida	Alta	5	Parcial	5

Elaborado pela autora.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho visa a melhoria da qualidade do serviço prestado na atenção básica, bem como, do processo de trabalho dos profissionais integrantes da unidade básica de saúde. É fato que o grande número de pessoas adscritas ao PSF, a elevada demanda espontânea, associados a um número reduzido de UBS e falta de espaço físico adequado acarretam numa sobrecarga contínua dos profissionais integrantes da equipe. A demanda da população encontra-se constantemente acima da capacidade produtiva da equipe de saúde, o que compromete a qualidade do atendimento e a resolubilidade da atenção básica.

A unidade de saúde São Cosme é composta por duas equipes e abrange uma população estimada de quinze mil habitantes. Uma média de trinta pacientes, por equipe, buscam atendimento diariamente. A estrutura física da unidade é inadequada, os pacientes necessitam esperar em pé pelo acolhimento, realização de consulta médica e de exames.

Assim, o tempo de espera, tanto para o acolhimento quanto para a consulta médica, é elevado, o que gera grande insatisfação por parte da população. O tempo de atendimento do acolhimento e da consulta médica se torna muito reduzido, em função dessa elevada demanda espontânea, comprometendo a qualidade da atenção.

Portanto, torna-se necessário um planejamento de ações que visem organizar esse processo de trabalho e melhorar tal cenário, a fim de tornar a assistência à saúde na UBS mais humanizada e resolutiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção que visa diminuir a alta incidência da demanda espontânea na Equipe 21 da ESF São Cosme- Santa Luzia, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

- Otimizar a organização do processo de trabalho dos profissionais integrantes da equipe de saúde da família, através do planejamento de ações.
- Tornar mais eficaz a prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi feito baseando-se no Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que preconiza o desenvolvimento de um plano de ação como um processo participativo que leva em consideração os pontos de vista de diferentes setores sociais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Existem quatro momentos ou etapas, com uma sequência lógica de atividades, que compõem o método de planejamento. São eles:

- Momento explicativo: Momento no qual ocorre identificação, seleção, descrição e explicação dos problemas e também a seleção dos nós críticos.
- Momento normativo: Neste momento são estabelecidos os objetivos a partir dos problemas selecionados, metas e linhas de ação são estabelecidas para cada objetivo específico, é o momento no qual ocorre a atuação de diferentes atores.
- Momento estratégico: É o momento em que ocorre análise das operações, de coerência e da viabilidade das propostas de soluções elaboradas.
- Momento tático operacional: Este é o momento onde o plano é executado e as operações são avaliadas de forma contínua (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Este estudo constitui-se no diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde São Cosme/Equipe 21 localizada no distrito de São Benedito pertencente ao Município de Santa Luzia – MG. O planejamento estratégico situacional foi realizado baseado na identificação e priorização dos problemas enfrentados pela Equipe 21 do ESF São Cosme- Santa Luzia.

Para realizar o levantamento dos problemas enfrentados, foi utilizada a estimativa rápida, feita a organização dos dados e definição do problema prioritário. Após a priorização houve descrição e explicação do problema seguida da seleção de seus nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010). A partir destes nós foram realizados planos de intervenção com o intuito de melhorar a qualidade de prestação de serviços pela Equipe 21 do ESF São Cosme- Santa Luzia.

Visando dar sustentação teórica ao projeto, foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando os sites, como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO),

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e demanda. Também foram usadas as publicações do Ministério da Saúde e outros.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária a Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) tem como objetivo a valorização e a priorização das atividades relacionadas à promoção de saúde e baseia-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, longitudinalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, humanização, participação social, responsabilização e resolubilidade (BRASIL, 2011).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como

[...] cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS [...] o planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (OMS, 1979, p. 14)

A APS pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, sua família e da comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (BRASIL, 2012).

A APS pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (BRASIL, 2012). A

APS é, portanto, responsável pela organização do fluxo dos serviços nas redes de saúde.

Em 1994, no Brasil, a APS foi organizada a partir da implementação do Programa Saúde da Família (PSF) que proporcionou uma reorientação do modelo de atenção a saúde vigente, o modelo biomédico, para aquele que ficou reconhecido como o novo modelo assistencial (PAIM, 2003).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a atenção básica à saúde organizava-se, sobretudo com base em serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas frequentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003 *apud* MARTINS *et al.*, 2010, p. 2279).

De acordo com Fertoni *et al.* (2015) o “novo modelo assistencial” constitui-se em estratégia privilegiada para superar problemas decorrentes do modelo biomédico e para efetivação dos princípios do SUS. Este modelo articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação, propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades, o indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura.

O novo modelo resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contra-referência e reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS (FERTONANI *et al.* 2015,p. 1874).

5.2 Estratégia Saúde da Família

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a Estratégia Saúde da Família teve seu início com a instituição do programa de agentes de saúde ocorrida no Ceará no final dos anos 80 e que foi concebida, entre outras coisas, para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

Em 1991 tornou-se política oficial do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional. Em 1994 criou-se o PSF que institui uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando a um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 1996).

Em 1994, Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado como um instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade e possui como diretrizes o caráter substitutivo, a adesão da clientela, visitas domiciliares, cadastramento da população e o trabalho em equipe. O caráter substitutivo visa garantir os direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra-referência aos demais níveis do sistema e com estímulo ao controle social (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2017).

A visita domiciliar promove a reorientação do modelo de atenção de saúde que antes apresentava uma postura passiva, o usuário é quem procurava de maneira voluntária e espontânea, as unidades de saúde. As visitas são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe. O cadastro das famílias é realizado por meio das visitas domiciliares, com a utilização do Sistema de Informação. O trabalho em equipe consolida a proposta de mudança do modelo, todos os profissionais integrantes da equipe de saúde passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de Saúde da Família (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2017).

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (SOUZA, 2008).

5.3 Demanda Espontânea e Acolhimento

Demanda Espontânea (DE) é o nome dado a qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde, pode representar uma necessidade momentânea do usuário, por uma determinada informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência (BRASIL, 2010). As equipes de atenção básica devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, observar a necessidade de saúde e avaliar a vulnerabilidade com responsabilidade da assistência resolutiva à DE.

O acolhimento é definido como ato de dar acolhida, receber, admitir e aceitar. Segundo Hennington (2005), o acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento.

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO, 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO, 2009).

Segundo Brehmer e Verdi (2010), o acolhimento se mostra como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir, não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários.

Quanto aos lugares onde o acolhimento era realizado Cardoso (2009) coloca que se tratava de diferentes espaços, tais como: recepção; sala de espera, de atendimento ou de vacina; locais de consulta de enfermagem; almoxarifado; portas de entrada da unidade; ou, ainda, nos ambientes de atividades extramuros e/ou visitas domiciliares.

A visita domiciliar foi mencionada como um dispositivo de acolhimento que propicia, entre outros aspectos, um melhor conhecimento dos usuários e sua inserção na comunidade, facilitando o vínculo e explicitando a importância da visita domiciliar no processo de acolhimento (SANTOS *et al.*, 2013).

Como obstáculos para a realização do acolhimento nos serviços, conforme Brehmer e Verdi (2010), destacam-se: limites estruturais, elencados pela própria estrutura física inadequada das unidades e pela escassez de profissionais; algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. O acolhimento é, muitas vezes, reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais.

Conforme a literatura descrita acima, vemos que a UBS São Cosme Santa Luzia acolhe, diariamente, no período matutino, aproximadamente 60 pacientes, cerca de 30 por equipe (Equipes 21 e 22). O tempo para a escuta de cada paciente e, conseqüentemente, a qualidade do acolhimento fica reduzido devido a esta elevada demanda.

Para que haja redução significativa e permanente desta demanda espontânea é necessário capacitar cada profissional integrante da equipe de saúde para que realize uma escuta qualificada e, portanto, um acolhimento que seja realmente eficaz. Faz-se necessário também a conscientização da população em relação à

postura de cada um assumida frente a sua condição, é de suma importância que o paciente entenda a necessidade de assumir uma postura ativa frente a sua condição/ doença para que desta forma possa agir diretamente sobre os fatores que influenciam negativamente a sua saúde. Outro ponto crucial é o entendimento por parte da população acerca do funcionamento da UBS.

Verifica-se, assim, que somente com a capacitação dos profissionais, conscientização e instrução da população sobre o funcionamento do serviço de saúde poderemos reduzir a elevada demanda espontânea na Equipe 21 na UBS São Cosme Santa Luzia.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: Elevada demanda espontânea na Equipe 21 da UBS São Cosme- Santa Luzia, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A elevada demanda espontânea é classificada como um problema quase estruturado e intermediário, pois, caracteriza-se por ser complexo e acarreta grandes e variadas dificuldades para seu enfrentamento. Tal problema é vivenciado de forma rotineira pelos profissionais integrantes da equipe de saúde e interfere diretamente na qualidade final da prestação de serviços. O número elevado de pacientes que procuram a unidade de saúde acarreta diversas dificuldades, desde a inexistência de infraestrutura adequada para comportá-los, até o tempo extenso de espera para acolhimento/consulta médica.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A Equipe 21 da UBS São Cosme-Santa Luzia é responsável por uma área de abrangência que engloba aproximadamente 7.000 pessoas. A elevada população adscrita, somada ao número reduzido de equipe de saúde e a uma infraestrutura inadequada, acarretam diariamente uma dificuldade de prestação de atendimento de qualidade aos usuários do serviço. A unidade não possui a estrutura necessária para comportar o número elevado de pacientes que procura por atendimento no período da manhã. Parte destes pacientes aguarda em pé, o acolhimento e a consulta médica, já que o número de cadeiras é reduzido. O tempo de espera para a consulta é consideravelmente elevado devido ao elevado número de usuários. Além disso, a elevada demanda espontânea gera, também, uma importante redução no tempo e na qualidade do acolhimento. Assim, quando não ocorre a identificação correta e completa dos problemas de saúde, ou de outras demandas dos usuários do sistema, os mesmos retornam insatisfeitos, para novo acolhimento, tornando desse modo, a atenção à saúde ineficiente.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- População adscrita elevada devido ao número reduzido de UBS
- Falta de condições do serviço de saúde
- Baixo nível de informação da população
- Hábitos e estilos de vida inadequados

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros abaixo

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2- Desenho das operações relativas aos “nós críticos” relativos ao problema: “Elevada demanda espontânea” da Unidade Básica de Saúde São Cosme, município de Santa Luzia, MG., 2018

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
População adscrita elevada devido ao número reduzido de ESF	+ Qualidade Criação de novas ESF	Diminuir sobrecarga das ESF e melhorar qualidade dos serviços prestados	Redistribuição e adequação da população adscrita a cada ESF	Políticos – recursos para reestruturar o serviço Financeiro: custeio de novas ESF
Falta de condições do serviço de saúde	+ Cuidar Melhorar as condições do serviço	Melhorar a infraestrutura; Acesso a medicamentos, exames e consultas especializadas	Melhores condições físicas da Unidade Aumento das condições e materiais para atendimentos	Políticos – recursos para estruturar o serviço Financeiro: aumento da oferta financeira pela SMS
Baixo nível de informação da população	+ Saber Aumentar o nível de informação da população sobre o processo saúde/doença e o uso adequado do sistema de saúde	População com hábito de vida mais saudáveis e melhor uso do sistema de saúde. Diminuição de gastos em saúde	Palestras educativas em escolas e na ESF Mídia impressa	Cognitivo – conhecimento sobre o processo saúde/doença e os níveis de atenção dos SUS Financeiro – custeio para mídia impressa
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	População com melhores hábitos e estilos de vida Diminuição de gastos em saúde	Palestras educativas nas escolas e ESF Mídia impressa	Cognitivo – conhecimento sobre o processo saúde/doença e os níveis de atenção dos SUS Financeiro – custeio para mídia impressa

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 -Recursos críticos para desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos relativos ao problema: “Elevada demanda espontânea” da Unidade Básica de Saúde São Cosme, município de Santa Luzia, MG., 2018

Operação/ projeto	Recusos críticos
+ Qualidade	Políticos –recursos para reestruturar o serviço Financeiro – custeio de novas ESF
+ Cuidar	Políticos – recursos para estruturar o serviço Financeiro – custeio de exames e medicamentos
+ Saber	Cognitivo – conhecimento sobre o processo saúde/doença e os níveis de atenção dos SUS Financeiro – custeio para mídia impressa
+ Saúde	Cognitivo – conhecimento sobre o processo saúde/doença e os níveis de atenção dos SUS Financeiro – custeio para mídia impressa

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 4 – Proposta de ação para motivação dos atores envolvidos nas operações relativas ao problema: “Elevada demanda espontânea” da Unidade Básica de Saúde São Cosme, município de Santa Luzia, MG, 2018.

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controle	Motivação	
+ Qualidade	Político: conseguir aprovação para criação de novas ESF Financeiro: recursos para custeio de novas ESF	Gestor Municipal	Indiferente	Apresentar projeto de melhoria da qualidade da prestação de saúde e conseqüente redução dos custos com saúde.
+ Cuidar	Político: aumentar recursos para estruturar serviços	Gestor municipal Secretária de saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação de rede
+ Saber	Político: articulação com a secretaria de educação	Secretaria de educação	Favorável	Apresentar palestras e distribuição de mídias impressas afim de melhorar o nível de informação sobre o processo saúde/doença e uso adequado do sistema de saúde via SUS.
+ Saúde	Financeiro: recursos para mídia impressa	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar palestras e mídias impressas sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Diminuição de gastos em saúde Melhor qualidade de vida da população

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 5 – Desenho dos resultados esperados com as operações relativas ao problema: “Elevada demanda espontânea” da Unidade Básica de Saúde São Cosme município de Santa Luzia, MG, 2018.

Operações	Resultados	Medidas	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
+ Qualidade	Diminuir sobrecarga das ESF e melhorar qualidade da prestação de saúde com a criação de novas ESF	Contratação de profissionais para ESF	Apresentar projeto a gestão municipal	Médica Enfermeira	3 meses para elaboração do projeto
+ Cuidar	Melhores condições para acolhimento; População com acesso a medicamentos e exames	Equipar a Unidade com recursos permanentes; Equipar a rede, com compra de medicamentos e + consultas	Apresentar o projeto	Médica Enfermeira	02 meses para início das atividades
+ Saber	População com informação sobre o processo saúde/doença Diminuição de gastos em saúde	Palestras e campanhas educativas	Apresentar o projeto	Médica Enfermeira	03 meses para início das atividades
+ Saúde	População com melhores hábitos e estilos de vida Diminuição de gastos em saúde	Palestras e campanhas educativas	Apresentar o projeto	Enfermeira e NASF	02 meses para início das atividades

Fonte: elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se a importância da qualificação do acolhimento, da otimização da relação profissional-paciente e da realização de orientações sobre o funcionamento do serviço de saúde para que haja um melhor entendimento por parte da população e para que se estabeleça uma adequada relação de transferência e contratransferência durante todo tratamento/acompanhamento do paciente.

O projeto de intervenção visa proporcionar uma redução da sobrecarga dos profissionais integrantes da equipe de saúde, um local de trabalho que possua os insumos mínimos para o seu funcionamento, acesso da população a medicações, exames e consultas especializadas em tempo hábil e orientação da população sobre hábitos de vida saudáveis, reduzindo assim a elevada demanda espontânea e garantindo uma menor sobrecarga dos profissionais de saúde e uma maior satisfação dos pacientes que procuram o serviço e tem sua demanda escutada e suprida.

Assim, acreditamos que esta proposta tem sua viabilidade assegurada, partindo do pressuposto que a prevenção dos agravos a saúde tem menor impacto financeiro que o tratamento destes agravos e suas consequências.

REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB – SUS, 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

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

CARDOSO, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **CuidArte Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

CARVALHO, C. A. P; MARSICANO, J.A, CARVALHO, F.S; SALES-PERES, S.H.C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M., A. **Processo de trabalho em saúde** 3 ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2017.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 .

HENNINGTON , Élide Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, Feb. 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017

MARTINS, A. R. *et al.* Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.26, n.12, p. 2279-2295, dez, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.M. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. São Paulo: Medsi, 2003.

SANTOS, S. A. S. et al. The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/ Niterói. **R. Pesq. Cuid. Fundam.** Online, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, 2013.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.