

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

WAGNER VIEIRA DA SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: UMA NOVA GESTÃO DE AGENDA
PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DE CABANAS DO
MUNICÍPIO DE MARIANA – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

WAGNER VIEIRA DA SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: UMA NOVA GESTÃO DE AGENDA
PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DE CABANAS DO
MUNICÍPIO DE MARIANA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

WAGNER VIEIRA DA SILVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: UMA NOVA GESTÃO DE AGENDA
PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 1 DE CABANAS DO
MUNICÍPIO DE MARIANA – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 07/12 /2015

Dedico a minha família!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo benefício da vida, pelo amparo constante e pelas oportunidades de evolução.

A toda minha família, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A todos os professores da Universidade Federal de Minas Gerais, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos amigos e colegas de curso, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

RESUMO

É fundamental no planejamento e na gestão da saúde a implantação de um sistema de agendamentos para consultas, que faça uma reordenação na execução das ações e serviços de atendimento ao usuários da Unidade Básica de Saúde Cabanas. Assim, o agendamento para consultas na Unidade Básica de Saúde Cabanas surge pela necessidade de garantir o atendimento para todos, com a intenção de dar uma resposta ao usuário sobre como o atendimento pode ser eficaz e possível a toda comunidade, redimensionando-os de forma a contemplar suas necessidades e, a partir daí, proporcionar mudanças que promovam melhorias no atendimento aos usuários. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para organizar a agenda da Unidade Básica de Saúde Cabanas, buscando melhorar a acessibilidade da população ao atendimento da Unidade Básica de Saúde. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde. O projeto de intervenção foi elaborado a partir dos fundamentos do planejamento estratégico situacional e espera-se que a sua execução seja factível e venha trazer melhoras no atendimento à população.

Descritores: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da família. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

It is essential in the planning and management of health and implements a scheduling system for appointments that knife reordering in the execution of actions and care services to the users of the Basic Health Unit Cabanas. Thus, the schedule for consultations on Cabanas Basic Health Unit comes the need to ensure care for all, with the intention of giving a response to the user on how the service can be effective and can the whole community, resizing them to form contemplate their needs and, from there, providing changes that promote improvements in service to users. This study aims to develop an intervention proposal to organize the agenda of the Basic Health Unit Cabanas, seeking to improve the accessibility of the population to meet the Basic Health Unit. To support the development of the intervention project a survey was done bibliographic the Virtual Health Library. The intervention project was designed from the fundamentals of the situational strategic planning, and it is expected that their implementation is feasible and will bring improvements in care the population..

Key words: User Embracement. Primary Health Care. Family Health Strategy. Humanization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Descrição do município	9
1.2 Sistema Municipal de Saúde	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

O Município de Mariana localiza-se na Zona Metalúrgica e integra com outros 22 municípios a microrregião 187 - Espinhaço Meridional - de Minas Gerais.

Do ponto de vista físico, Mariana está localizada na vertente oriental da Serra do Espinhaço, tendo a maior parte de seu território no planalto dissecado do leste de Minas Gerais. Possui uma população de 54.219 habitantes (IBGE/2010). Limita-se com os municípios de Ouro Preto, Santa Bárbara, Catas Altas, Alvinópolis, Barra Longa, Acaiaca, Diogo de Vasconcelos e Piranga.

Mariana foi uma das primeiras cidades a ser projetadas no Brasil. “Isto se deveu, provavelmente, pelo fato do local ser centro religioso de Minas, além de seu valor estratégico, devendo ostentar a imagem que refletisse uma ordem social que desejava impor, digna do nome da rainha, bastante diferente do arraial decadente que se tornara Vila do Carmo” (MERGULHÃO, 2009, p. 1).

Hoje, Mariana está distante a 110 km de Belo Horizonte, e dentro do quadrilátero ferrífero, região formada por municípios que tem a economia baseada na extração e beneficiamento de minério de ferro. Preserva um casario e as ladeiras, guardam traços da arquitetura colonial do século XVIII. A cultura possui as características específicas de uma sociedade movida pela fé. A cidade é visitada por turistas do mundo inteiro, em busca de uma viagem ao tempo do Brasil colônia (BRASILDENTRO, 2015).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

A estrutura da Rede Pública Municipal de saúde conta com 11 Unidades Primárias de Saúde e 20 Unidades de apoio. Uma policlínica que é uma unidade de referência que concentra uma variedade de serviços como: Atenção Primária na área urbana; Urgência e Emergência e Atenção Especializada e uma Unidade Hospitalar.

O Hospital Monsenhor Horta é entidade filantrópica, com 52 leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos nas Clínicas Médica (20 leitos), Obstétrica (10 leitos), Pediátrica (9 leitos) e Cirúrgica (10 leitos).

A unidade hospitalar conta com o Serviço de Nefrologia, sendo este referência para a microrregião de Itabirito, atendendo aos pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) dos municípios de Mariana, Ouro Preto e Itabirito.

Este complexo municipal de saúde conta com o apoio de: Serviços de RX, Unidade de Pronto Atendimento, Laboratório de Análises Clínicas, Pequenas Cirurgias, Serviço de Odontológica, Central de Esterilização, Farmácia, Central Almoarifado da Saúde, Pronto-Atendimento, Serviço de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

A Estratégia Saúde da Família 1 (ESF 1), foco deste trabalho, está localizada em zona urbana do município, no bairro Cabanas (bairro mais pobre da cidade) à 3 km do centro da cidade. Inaugurada em meados de 2007, recebeu o nome de policlínica, entretanto foram inseridas três equipes de Saúde da Família. Tal fato ilustra a dificuldade de realização do trabalho típico da ESF nesta localidade, devido ao estigma da denominação errônea do serviço.

A Unidade Básica de Saúde atende totalmente aos bairros Santa Rita de Cássia, Cabanas, São José e Vale Verde e oferece atendimentos em fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, nutrição, pediatria e ginecologia.

A equipe da ESF 1, é composta por um enfermeiro, um técnico de enfermagem (compartilhado com os outros duas ESF), um médico, seis agentes comunitários de saúde (ACS), e outros profissionais de apoio em recepção e limpeza.

Cada equipe trabalha com microáreas de abrangência específica, delineadas através de cadastramentos e do acompanhamento de um número determinado de famílias. A ESF 1 conta com 1.162 famílias cadastradas, totalizando 4.500 pessoas, bem superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, como pode ser comprovado na portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012).

Semanalmente são disponibilizadas para agendamento em média 50 fichas. Os pacientes têm um único dia para marcar as consultas, geralmente às sextas-feiras (no caso do ESF 1). Os mesmos chegam a unidade por volta das 4 horas da manhã e começam a formar a fila, às 7 horas quando a unidade abre as portas, já existe uma fila grande e a partir daí começam a ser agendados na recepção por ordem de chegada. Isso gera muito tumulto na parte inicial da manhã, pois, os pacientes que já agendaram as consultas na outra semana chegam às 7 horas para fazerem a ficha para consultar. Estes esperam também na mesma fila. Como as vagas são limitadas muitos não conseguem fazer o agendamento.

Um dos grandes problemas enfrentados hoje pelo ESF 1 de Cabanas é indubitavelmente a acessibilidade da população ao serviço de saúde, e neste caso, referimos a dificuldade em agendar as consultas. Isso pode estar ocasionando, um desestímulo às pessoas de procurarem a unidade, afastando as pessoas que realmente necessitam de um atendimento continuado. Tal situação vem superlotando o Pronto Atendimento com demandas que deveriam estar sendo realizadas na ESF. Atrelado a isso, observamos também que o acolhimento a comunidade não está sendo realizado de forma plena, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Levando em conta que a Unidade Básica é a porta de entrada da comunidade ao sistema de saúde, faz-se necessário facilitar o acesso à marcação de consultas bem como, fornecer um atendimento de qualidade a população adscrita. Para isso, é imprescindível discutir a utilização do protocolo de acolhimento, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que se apresentam no acolhimento, assim como, o planejamento e a organização da agenda.

O Programa de Saúde da Família (PSF), levado a 50 milhões de pessoas, foi um desafio nos últimos anos. Esse período sintetiza o trajeto de um projeto que é incluído na agenda política como estratégia estruturada da atenção básica, numa expressiva reforma de setor que vem transformando o sistema de saúde do país (SOUZA, 2012).

O PSF teve início no país em 1994, assumindo a partir daí um papel importante como estratégia governamental para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reorientando o modelo assistencial básico (REGO, 2009), propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade (BRASIL, 2006).

O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada (COTTA *et al.*, 2006). Sua função é prestar assistência à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade (HARZHEIM *et al.*, 2006a).

A Estratégia Saúde da Família como um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), peculiar do SUS, é baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo: 1 médico generalista ou da família, 1 enfermeira (o), 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agente comunitários de saúde (ACS), que são responsáveis pela atenção à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território rural ou urbano com limites geográficos definidos. As equipes de Saúde da Família (ESF) podem ser complementadas por equipes de saúde bucal (ESB) composta por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário (ACD), podendo contar com a presença de um técnico de higiene dental (THD) (ANDRADE *et al.*, 2009).

O número de ESF tem crescido desde sua criação, para um total recorrente de 26.650 e cobrem 46% da população brasileira (HARZHEIM *et al.*, 2006b).

As ESF induzem e elevam a articulação com políticas públicas, necessárias para a construção de sistemas solidários que visam à integridade e a equidade da atenção a saúde das pessoas (MENDONÇA *et al.*, 2002).

O termo equidade em saúde foi definida pela Sociedade Internacional, durante Conferência realizada em Havana no ano de 2000, como a ausência de diferenças sistemática e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde que se

manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente (HARZHEIM, 2006b).

Em relação à equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que a utilização dos serviços, além de influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional, também está condicionados vários outros fatores, relacionados à oferta de serviços e as possibilidades dos usuários (SENN, 2012).

O PSF está imprimindo uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e das ações de saúde, facultando maior racionalidade na utilização dos pontos de maior complexidade assistente e dando resultados favoráveis aos indicadores de saúde da sociedade (SOUZA, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Assim que iniciei o atendimento de saúde aos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Cabanas, no início de março, foi percebido uma completa desorganização do serviço. A princípio, o que chamou a atenção, foi o tamanho da fila para agendamento de consultas que se inicia por volta das 4 horas da manhã. Com o passar dos dias, notou-se que o acolhimento à população assim como, a forma de organização da agenda eram inadequados.

Além disso, as vagas são limitadas (50 vagas por semana), muitos pacientes não conseguem fazer o agendamento. O incômodo com a desorganização do serviço levou a uma conversa com o gerente da unidade e com a enfermeira do ESF 1 sobre a observação realizada nos primeiros dias, propondo de princípio uma nova maneira de organizar a agenda, mas ambos disseram que a forma como fazem o agendamento é a melhor, e que uma mudança na agenda tumultuaria a recepção. Contudo, acredita-se que da forma que está ocorrendo, além de afastar a população de uma prática médica voltada para a prevenção, estimula esses clientes a procurarem o serviço apenas quando estão com problemas agudos.

Neste contexto, para melhorar o acesso da população a UBS é imprescindível organizar o fluxo de atendimento por meio do acolhimento adequado, bem como o planejamento e organização da agenda, possibilitando um atendimento digno e eficiente ao usuário que procura a unidade. É importante também, o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso).

Segundo os dados coletados, o número de famílias cadastradas na unidade localizada em região periférica é maior do que o número na região central, observando a validade dos dados, pois, o recomendado pela portaria 2488/GM de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) recomenda que cada ESF acompanhe entre

600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.000 pessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente a seu trabalho.

Esse tema se justifica porque com a criação do Programa de Saúde da Família em 1994, pensou-se em reformular o modelo de assistência básica, propondo garantir a equidade no acesso e à atenção em saúde, contribuindo para melhoria de vida e de cuidados primários da comunidade, o que não está acontecendo o em Cabanas.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para organizar a agenda da Unidade Básica de Saúdes (UBS) Cabanas, buscando melhorar a acessibilidade da população ao atendimento da Unidade Básica de Saúde.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Análise dos dados colhidos durante a realização do diagnóstico situacional do território da unidade.
- Observação do cotidiano diário do atendimento da unidade, representado por grandes filas para retirar fichas para consulta médica.
- Análise do quantitativo de fichas disponibilizadas para consultas durante a semana.
- Revisão bibliográfica para a fundamentação do problema no acervo da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da SciELO, LILACS e nos manuais do Ministério da Saúde.

A pesquisa da produção científica foi feita por meio dos seguintes descritores: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da família; Humanização da Assistência.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Um ponto fundamental no planejamento e na gestão da saúde é a implantação de um sistema de agendamentos para consultas, que faça uma reordenação na execução das ações e serviços de atendimento ao usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Cabanas.

Assim, o agendamento para consultas na UBS Cabanas surge através da necessidade de garantir o atendimento para todos, com a intenção de dar uma resposta ao usuário sobre como o atendimento pode ser eficaz e possível a toda comunidade, redimensionando-os de forma a contemplar suas necessidades e, a partir daí, proporcionar mudanças que promovam melhorias no atendimento aos usuários.

A política de avaliação e reestruturação de serviços de saúde foi instituída no Brasil em 1998 e implantada em 2000. Esta, por sua vez, foi inspirada nos resultados da reforma administrativa norte-americana, similar às propostas de vários outros países como Canadá e França, que enfatizam a administração pública via gestão de resultados (HARTZ, 2009). Acredita-se que esse modelo de gestão de resultados deva ser implantado na UBS Cabanas.

Há, na literatura, uma grande variedade de concepções sobre o que é reestruturação de serviços de saúde. Sob o olhar do método científico, o ato de avaliar determinado serviço implica em medir e dar julgamento de valor sobre o mesmo, por meio de um modelo teórico.

Segundo Cohen (2003), primeiramente, a reestruturação perpassa pela detecção de um problema, seguido pela coleta de informações necessárias para a tomada das decisões que permitam enfrentá-lo da melhor maneira possível. Assim, ao avaliar determinada ação obtêm-se informação para ajustar as atitudes futuras.

Um dos compromissos principais de um novo sistema de agendamentos para consultas é o de gerar informações relevantes que ajudem à tomada de decisões

para melhorar o serviço existente, orientando o desenvolvimento de futuros programas. Assim, a avaliação busca suscitar informação para proporcionar racionalidade na tomada de decisões, melhoramento o processo de implantação e reavaliação do serviço.

No entanto, esse novo sistema de agendamentos não pode ser compreendido como uma atividade isolada e que, por sua vez, deve fazer parte do processo de planejamento da política de atendimento da UBS Cabanas, a qual precisa promover uma retroalimentação, permitindo uma escolha entre diversas ações de melhorias de acordo com sua eficácia e eficiência. Assim como, deve levar a uma análise dos resultados obtidos, gerando a possibilidade de retificar as ações e reorientá-las em direção ao fim postulado.

Enfocando o conceito da avaliação da assistência médica, Silva Junior (2006) relaciona diversos atributos como: os efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade e impacto); os custos (eficiência); a disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade e equidade) e a percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade). Somam-se a esses atributos três dimensões para a avaliação da produção do cuidado em saúde/médico que são a estrutura, o processo e os resultados.

Durante a evolução da implantação do novo sistema de agendamento de consultas deve ser observado o surgimento de quatro objetivos. A avaliação do primeiro objetivo, o que é caracterizado exclusivamente por medir os fenômenos avaliados, ou seja, as filas de agendamentos na UBS. A avaliação de segundo objetivo, a qual vai além da medição, descrevendo de forma mais abrangente outros fatores que podem responder os objetivos do processo, ou seja, o que pode ser feito para além de diminuir as filas, melhorar o atendimento médico na UBS. A do terceiro objetivo, que inclui o julgamento no processo de avaliação ao lado da descrição, sendo considerado um dos elementos primordiais desta, ou seja, todo o novo processo de agendamentos de consulta deve ser registrado e discutido com a equipe da UBS. E por último, a avaliação do quarto objetivo, a qual considera em seu processo os vários atores interessados, e assim, contribuindo na inclusão de diferentes perspectivas neste processo, isto é, discutir a ideia com os envolvidos no

atendimento, ouvindo a opinião e registrado ideias, de forma que o novo processo atenda a todos os envolvidos, tanto médicos, profissionais da UBS, como funcionários.

Ao adotar um novo planejamento de atendimento de saúde na UBS Cabanas como instrumento para tomada de decisão, pode-se inferir que o mesmo propõe um olhar para a qualidade do programa ou do serviço prestado. Assim, os objetivos de um novo planejamento de serviço de saúde são os de reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e gerar subsídios para a tomada de decisões relevantes. Ou seja, oferecer respostas aos usuários, a sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; dar retorno aos interesses das instituições, dos seus gestores e de seus técnicos; e sempre buscar uma melhor adequação de suas atividades (ARAÚJO, 2003; MINAYO, 2006).

Esse novo planejamento de atendimento de saúde na UBS Cabanas é essencial na saúde pública da região, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o gasto de recursos, como a implementação de programas de atendimento ineficazes.

Ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população estudada é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados a política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos), ao estado de saúde e as necessidades das populações.

Existem diversos problemas que comprometem a aferir o funcionamento do serviços prestado na atenção à saúde na região, sejam de pessoal ou de estrutura, devem ser analisados, a fim de reduzir os problemas atuais da USB.

Alguns métodos de sistema de agendamentos de consultas são baseados em comparação com modelos ideais de prestação de serviço e são suficientemente capazes de atender os usuários de saúde quanto a sua estrutura e seus processos. Porém, podem falhar na avaliação de satisfação do usuário, por não atenderem

totalmente as necessidades desse, como por exemplo, existem postes de saúde que determinam o tempo de atendimento da consulta, o que implica na qualidade do serviço prestado.

Os atributos essenciais avaliados no sistema de agendamentos de consultas são: o “acesso de primeiro contato do indivíduo”, que analisa a acessibilidade e utilização do serviço de saúde; a “longitudinalidade”, que é aquela que possui uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo; a “integralidade”, que implica em oferecer serviços de saúde de forma integral, incluindo encaminhamentos a especialidades e outros serviços; e a coordenação da atenção, que pressupõe a disponibilidade de informações do usuário por meio de registros, disponíveis a outros profissionais (STARFIELD, 2002).

Ademais, a presença de outros três atributos, chamados de derivados, qualificam as ações da APS, sendo eles: a “orientação familiar”, que implica na atenção à saúde centrada na família; a “orientação comunitária”, que se refere a necessidade da comunidade por meio de dados epidemiológicos, assim como o planejamento e a avaliação conjunta de serviços; e a “competência cultural”, que é adaptação do serviço de saúde as características culturais da comunidade (HARZHEIM, 2006a).

Há algum tempo a avaliação de serviços em saúde oferecida a população tem sido determinada pelo julgamento unilateral dos gestores e profissionais envolvidos nos processos da atenção, deixando de fora a opinião dos mais interessados, ou seja, o usuário do sistema de saúde, acredita-se que para satisfação do usuário, o ideal também seria uma pesquisa realizada com os usuários da região.

A busca pela satisfação do usuário de saúde deixou de ser uma atitude isolada e passou a ter um imperativo técnico e social. Com a exigência cada vez maior da sociedade na melhoria da qualidade dos serviços públicos a ela prestados, tornaram-se fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle do serviço assistencial (BRASIL, 2007).

O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde pode ter um impacto direto na melhoria dos serviços. Assim, é fundamental conhecer como os usuários

da região de Cabanas avaliam o atendimento prestado a eles, por meio de um instrumento capaz de aferir os resultados de saúde, possibilitando fazer uma investigação e uma avaliação sólida do serviço prestado, com o objetivo de repensar as práticas gerenciais e profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi elaborada utilizando o referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado e com o reforço da revisão bibliográfica foi feito, portanto, um plano de ação destacando os principais “nós críticos” identificados e as possíveis soluções para os mesmos.

Quadro 1 - Plano de Ação

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Fila de agendamentos	Facilitar para o usuário a marcação de consultas/eliminar à fila.	Maior adesão de pacientes com doenças crônicas.	Criação de uma agenda que atenda de forma eficaz a população.	Organizacional, para direcionamento correto dos usuários.
Processo de trabalho da equipe inadequado	Melhorar o atendimento aos usuários.	Equipe bem treinada e disposta a resolver problemas.	Clientes satisfeitos com o atendimento.	Cognitivo, elaboração de um protocolo de atendimento.
Triagem de pacientes	Agilizar o atendimento aos usuários.	Enfermagem com habilidades para classificar a necessidade os usuários.	Clientes com urgência e emergência tem atendimento mais rápido.	Organizacional, para classificação dos usuários.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esta proposta de intervenção vem com o intuito de melhorar a atual situação da Unidade Básica de Saúde de Cabanas. O principal “nó crítico” que necessita de ser resolvido é, sem dúvidas, o agendamento de consultas. Para isso, faz-se necessário manter uma agenda aberta disponível para marcação de consultas todos os dias. A ideia inicial é que no período da manhã sejam atendidas consultas de livre demanda e outras atividades. Os pacientes passariam por uma triagem da enfermagem e seriam alocados em consultas médicas de acordo com a necessidade. As urgências seriam atendidas na parte da manhã. Os pacientes de acompanhamento continuados (demanda programada) seriam agendados para o período da tarde. Os grupos operativos de HIPERDIA, puericultura, saúde da mulher seriam realizados às tardes, conforme tabela abaixo.

Seria reservado um período para troca de receitas e avaliação de exames dos pacientes de atendimento continuados. Uma vez por semana ao final dos atendimentos a equipe se reuniria para discussão de alguns casos que necessitem de acompanhamento mais incisivo.

Por esse posto ter o maior número de clientes adscritos, é necessário que haja atendimento todos os cinco dias da semana, o que não ocorre devido ao Programa de Valorização da Atenção Básica ter como pactuação quatro dias de atendimento efetivo no posto e um dia dedicado para os estudos.

Acreditamos que com essa nova abordagem, teríamos condições de atender a um número maior de pessoas, resgatando os pacientes com doenças crônicas que necessitam de acompanhamento continuado e que pela dificuldade de agendamento acabam procurando apenas o Pronto atendimento.

Quadro 2 – proposta de agenda para o atendimento na Unidade

	Manhã	Tarde
Segunda-Feira	Demanda Imediata +consultas agendadas	Consultas agendadas
Terça- Feira	Demanda Imediata + Renovação de receitas	GO Hipertensão
Quarta- Feira	Demanda Imediata + Consultas agendadas	Pré- natal
Quinta- Feira	Demanda Imediata + Consultas agendadas	Puericultura
Sexta- Feira	Demanda imediata + Consultas agendadas	GO saúde da mulher + Retorno para mostrar resultados de exames

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ineficácia do modelo médico hegemônico liberal diz respeito a sua incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo de urbanização desenfreada, pela complexidade das sociedades e por mudanças acontecidas no perfil demográfico e epidemiológico nas últimas décadas.

As mudanças caracterizadas pela transição demográfica e epidemiológica apontam para uma real reformulação do atual modelo de atenção à saúde, com a finalidade de garantir o direito desta, lidando de forma mais eficaz e eficiente com as necessidades de saúde resultantes.

Nos últimos anos tem-se observado grandes avanços e conquistas com o Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange ao acesso a serviços de saúde e a ampliação da rede de assistência. O estímulo da criação destes serviços tem como principal objetivo o de tentar reorientar a forma como vem sendo conduzido o modelo de atenção à saúde no Brasil.

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do paciente aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Dessa forma, surge a questão da UBS Cabanas, que não consegue atender a demanda de usuários de saúde. Diante disso, surge a proposta de um novo no sistema de agendamentos de consultas, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e especialmente agendamento de consultas.

A efetiva comunicação entre os envolvidos no processo é essencial para o sucesso deste plano de ação. Assim, para que isto ocorra é necessário que os protocolos e fluxos sejam previamente pactuados, compreendendo a definição clara dos critérios de necessidades dos pacientes da UBS Cabanas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A estratégia saúde da família. In: _ DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al.. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção básica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap.7. p. 88- 100.

ARAUJO, I.C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 126f. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-08082003-092743/pt-br.php>. Acesso em: 02 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/ppnabortaladab/bibliotec/a.php?conteudo=publicacoes>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 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). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Resultados do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Publicada a política nacional de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASILDENTRO. **Mariana (Minas Gerais)**. Disponível em: https://www.brasiladentro.com.br/br/destinos/minas_gerais/mariana_mg. Acesso em 25 Nov. 2015.

COHEN, E. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/PETROPOLIS/>. Acesso em: 09 nov. 2015.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; DIAS, G.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S.E. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Universidade Federal de Viçosa. v. 15, n. 3. p. 7-18. 2006. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/rev_epi_vol15_n3.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação de programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 4. n. 2, p. 341-53. 2009. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3126>. Acesso em: 09 nov. 2015.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 22, n.8, p. 1649-1659, 2006a. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800013&script. Acesso em: 09 nov. 2015.

HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B.; STEIN, A.T.; CUNHA, C.C.H.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T.G.; OLIVEIRA, M. M. C.; PINTO, M. E. B. **Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil**. *BMC Health Services Research*. Dez. 2006b. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>. Acesso em: 09 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem da população 2010. Resultados. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatística/população/contagem2010/default.shtm>. Acesso em: 6 Nov. 2015.

MENDONÇA, C. S.; SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. Saúde da Família: avanços, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição especial. Ano II, n. 5. Brasília: Ministério da Saúde. p. 66-67, 2002

MERGULHÃO, L. **Estrada Real**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. Disponível em: <https://lsie.unb.br/rbc/index.php/rbc/article/download/22/23>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.X. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes**. Editora: Vozes, Petrópolis, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a24.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

REGO, E.F. **O Programa Saúde da Família na UBS Jardim Boa Vista**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2009.

SENNA, M. **Equidade e política de saúde**: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, set. 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0336.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: O debate no Campo da Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsrisc/rismaterialdidatico63.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

SOUZA, H.M.; Saúde da Família: desafios e conquistas. In: _NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobrovime, 2012. Cap 10, p.221-240.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, 2002.