

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

FAUSTO JOSÉ SOLIS CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MEDIANTE ESTRATÉGIAS PARA
CONTROLE E REDUÇÃO DA ELEVADA DEMANDA ESPONTÂNEA
NO CENTRO DE SAÚDE VILA CEMIG - BELO HORIZONTE/MG**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

FAUSTO JOSÉ SOLIS CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MEDIANTE ESTRATÉGIAS PARA
CONTROLE E REDUÇÃO DA ELEVADA DEMANDA ESPONTÂNEA
NO CENTRO DE SAÚDE VILA CEMIG - BELO HORIZONTE/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

FAUSTO JOSÉ SOLIS CARVALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MEDIANTE ESTRATÉGIAS PARA
CONTROLE E REDUÇÃO DA ELEVADA DEMANDA ESPONTÂNEA
NO CENTRO DE SAÚDE VILA CEMIG - BELO HORIZONTE/MG**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Eulita Maria Barcelos (Examinadora)

Aprovado em: ____/____/____.

RESUMO

A partir dos dados analisados em uma equipe do Centro de Saúde “Vila Cemig” de Belo Horizonte/MG, e discussão entre a equipe de saúde da família, comissão local de saúde e usuários, foi possível compreender que, um dos principais problemas encontrados nesta área de abrangência foi o elevado número de atendimentos de demanda espontânea. Este é um problema devido a múltiplos fatores, que requer muitas horas/trabalho pela equipe, prejudicando o desenvolvimento das atividades do Programa de Saúde da Família. Este projeto tem por objetivo elaborar um plano de intervenção mediante estratégias para controlar e diminuir a demanda espontânea no Centro de Saúde Vila Cemig por meio de ações específicas. Foi discutida, entre todos os atores, a elaboração do plano de intervenção das estratégias de como construir uma agenda, além da elaboração de fichas pessoais de usuários. Promover a busca ativa de pacientes e conscientizar e motivar com reuniões e palestras, acredita-se ser de suma importância, trazendo benefícios a médio e longo prazo, na mudança do atendimento centrado no agudo. Este é um projeto complexo e de difícil realização, porém a transcendência e a importância dos resultados esperados se tornam um desafio encarado por todos os atores que participaram e ajudaram neste projeto ativamente com um benefício multiplicador na atenção básica da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Básica a Saúde. Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde. Planejamento em Saúde Comunitária. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

From the data analyzed in a team from the Health Center "Vila Cemig" of Belo Horizonte / MG, and discussion between the health team of the family, local health and Commission members, it was possible to understand that, one of the main problems encountered in this catchment area was the high number of spontaneous demand calls. This is a problem because of multiple factors, which requires many hours / work by the team, hampering the development of the strategies of the Family Health Program. This project aims to prepare a contingency plan by strategies to control and decrease the spontaneous demand in Health Center "Vila Cemig" through specific actions. Was discussed among all actors, the drafting of the action plan the strategies of how to build an agenda, in addition to preparation of personal files of users. Promote active search for patients and raise awareness and motivate with meetings and lectures, believed to be of paramount importance, bringing benefits in the medium and long term, in changing centered care in acute. This is a complex and difficult project realization, however transcendence and the importance of the expected results become a challenge faced by all actors who participated and helped actively in this project with a multiplier benefit in primary care health.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Needs and Demand for Health Services. Community Health Planning. Strategy of Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVO	9
4 METODOLOGIA	10
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
6.1 Descrição e priorização dos problemas	18
6.2 Definição e explicação do problema	19
6.3 Identificação dos “nós críticos”	20
6.4 Plano de ação	20
6.5 Gestão do plano	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Considera-se, hoje, que o preparo educacional e cultural de um país pode ser mais importante do que sua riqueza física. Há que se educar para o auto aperfeiçoamento e para a prática de uma liberdade consciente adequada a uma nova realidade, favorecendo, ao longo das experiências de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento da autoconfiança, da solidariedade e, da capacidade criativa dos indivíduos. Significa formar pessoas críticas e responsáveis, e não, indiferentes ou conformadas com o mundo em que vivem, formar pessoas conscientes de seu espaço de criação e de sua capacidade de transformação da sociedade (VASCONCELOS, 2005).

O Centro de saúde Vila Cemig tem uma área de abrangência com uma população de 8862 habitantes em 2550 famílias divididas em três subáreas de abrangência com uma ESF em cada. Esta população em sua grande maioria é usuária do SUS, não tendo outra via de acesso a um sistema de saúde. O centro de saúde é considerado por muitos uma região de alta incidência de violência e criminalidade, por isso, não é atraente para muitos profissionais fazendo que por muito tempo não se tenha ESF e equipes de apoio completas, a alta incidência de doenças crônicas (Hipertensão, Diabetes, Doenças Reumáticas, etc.) também exerce influência nas escolhas dos profissionais. Há um alto número de pacientes que abandonam o tratamento por diversos fatores, um deles diz respeito à distância somada à falta de recursos para o transporte a UPA-Barreiro pelos usuários, sendo única opção para o atendimento de todo tipo de emergência. Isso faz, entre outros fatores, que existam até 2000 atendimentos mensais de demanda espontânea.

Depois de analisar os dados levantados no diagnóstico situacional foi realizada uma reunião para determinar e identificar os problemas nesta área de abrangência.

Este projeto teve como objetivo elaborar um plano de intervenção mediante estratégias para controlar e diminuir a demanda espontânea no C. S. Vila Cemig, por meio de ações específicas.

2 JUSTIFICATIVA

Na área de administração de empresas já é consenso de que é preciso fortalecer a capacidade de aprendizagem das organizações buscando transformá-las em lugares onde se ensina e se aprende, permanentemente, com estratégias que envolvam todos os integrantes da empresa (VASCONCELOS, 2005).

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

A partir dos dados analisados na elaboração do diagnóstico situacional e a uma intensa discussão entre a ESF, Comissão local de saúde e usuários, foi possível compreender que, um dos principais problemas encontrados nesta área de abrangência, que condiciona fragilidade na implementação deste modelo de atenção à saúde, foi o elevado número de atendimentos de demanda espontânea de pacientes com quadros agudos e principalmente com complicações de doenças crônicas.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção mediante estratégias para controlar e diminuir a demanda espontânea no C. S. Vila Cemig por meio de ações específicas.

4 METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional de saúde realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) número dois (Azul), do Centro de Saúde Vila Cemig no distrito do Barreiro, foi discutido conjuntamente com todos os atores envolvidos da comunidade da área de abrangência os dados levantados. Os problemas foram identificados e priorizados, os mais importantes foram selecionados para serem descritos e explicados com a finalidade de determinar quais são os principais “nós críticos”.

A elaboração do plano de ação também foi discutida entre todos os atores envolvidos, assim como o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, da viabilidade e por último o desenho do plano operativo para ter um projeto de intervenção.

Posteriormente, foram desenvolvidas as práticas e estratégias determinadas dentro do plano de intervenção, procurando sempre, discussão em todos os níveis e dentro da comunidade para aplicar as medidas propostas.

Uma das principais medidas foi a utilização da classificação de riscos de todos os usuários dentro de um sistema de fichas coloridas de acordo com a prioridade para que se possa ter um melhor panorama com a finalidade de ajudar a equipe a determinar, riscos e necessidades, dividindo os pacientes em grupos de prioridade, e também sendo uma fonte para o controle de sua aderência e permanência estando inserido dentro das ações de promoção, prevenção e controle da saúde dentro da equipe. Com isso pretende-se diminuir o quantitativo de pacientes que recorrem ao Centro de Saúde sem ter tido a oportunidade de antes ter ingressado ao sistema, criando-se um vínculo que permite que o mesmo dificilmente precise ir ao Centro de Saúde por meio da demanda espontânea, já que estará sempre monitorado e saberá como proceder.

Foram utilizadas como apoio na elaboração do marco teórico as bases de dados DATASUS, IBGE, SINAN e ainda uma revisão de literatura utilizando a biblioteca virtual de saúde – BVS, LILACS, Biblioteca virtual – NESCON, Biblioteca virtual ARES – Ministério da Saúde, PUBMED, MEDLINE e *Scientific Electronic Library* (SciELO).

Os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados na pesquisa: Atenção Básica a Saúde, acolhimento, promoção da saúde, regionalização, necessidades e demanda de serviços de saúde, planejamento em saúde comunitária e Estratégia de Saúde da Família (BIREME, 2014).

Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referencia os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família dos autores Campos, Faria e Santos (2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos "nós críticos" (causas mais importante a serem enfrentadas);
- Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores utilizando estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Outro eixo importante tem relação com a implicação dos envolvidos em um projeto político, pedagógico e ético que considera o indivíduo, a família e a comunidade (GRILLO, 2009). Isso implica na necessidade de uma transformação do pensamento e das ações de todos estes atores para construir e elaborar estratégias de melhoria e qualificação da atenção primária nas unidades básicas de saúde.

Para Grillo (2009), partindo de nossa convicção de que o SUS tem um arcabouço teórico constituído de valores moralmente condizentes com a garantia dos direitos de cidadania, o componente pedagógico do projeto deve ser coerente com ele. No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa do apoio individual, dos conceitos e das práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais. Para tanto, não basta que os profissionais em saúde tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva e as atividades cotidianas. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar. Neste panorama, a integralidade das ações, deve-se sempre buscar o bem comum dentro da comunidade entre todos sem individualismo.

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, vínculo e acolhimento (MERHY, 1998).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar **vínculo entre equipe e população**, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (ORTIZ, 2004). Este é um processo em que trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma realidade dada, em sua área de abrangência, a partir das suas principais necessidades de saúde, procurando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

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, 2013). Este vínculo formado entre a comunidade e a UBS é um alicerce onde se sustentara o êxito de qualquer ação realizada pelo sistema de saúde.

Como estabelece a Constituição Federal ao estatuir a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), o centro de saúde deve se organizar e estar preparado para atender todas as demandas e necessidades dos usuários, devendo ser uma porta de entrada ao SUS. Então, é importante que o centro de saúde faça os arranjos necessários para ofertar os serviços dentro de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Precede a organização da rede os arranjos, nas formas de entrada e acolhimento dos usuários no sistema de saúde.

As experiências internacionais e mais antigas em relação ao papel da Atenção Primária em um sistema de saúde reforçam a necessidade das unidades básicas serem efetivamente a porta de entrada preferencial e ponto de atenção continuada para a maior parte das situações clínicas dos pacientes daquela área (STARFIELD, 2004).

Para que produza resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a **Educação Permanente** é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população - característica que fundamenta todo o trabalho do PSF (BRASIL, 1997).

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (GRILLO, 2009).

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da

integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1997).

Por tanto, é preciso e fundamental, segundo Grillo (2009) resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho; dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe; levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares; valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade; compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas; concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe; ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

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

Chama-se de demanda espontânea aquele indivíduo que comparece a unidade inesperadamente, seja para problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde. E ele deve ser acolhido na atenção básica por que: 1) o usuário apresenta queixas que devem ser acolhidas e problematizadas junto ao paciente; 2) a atenção básica consegue absorver e ser resolutiva em grande parte dos problemas de saúde; 3) para criação e fortalecimento de vínculos e 4) cria-se oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço (BRASIL, 2013). Esta última sendo a mais transcendente para uma adequada planificação das ações de melhoria do fluxo interno do centro de saúde fazendo que sejam mais dinâmicos e organizados os serviços prestados.

É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima por toda a equipe da saúde da família. Como as queixas e demandas são as mais variadas, a classificação de risco deve ser instituída para que

situações de risco e vulnerabilidade sejam reconhecidas. A esse processo chamamos de “Acolhimento”. O acolhimento é avaliado como estratégia para mudar o processo de trabalho em saúde. O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas as necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário responsabilizando-se e criando vínculos (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Segundo Gomes e Pinheiro (2005) o acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, devendo ser também um momento para o estabelecimento de prioridades. Reconhece-se que, através de uma escuta eficaz e qualificada cria-se novas alternativas que tiram de foco a consulta médica, tornando mais racional a sua utilização não servindo como barreira para disciplinar a população da demanda espontânea, ou seja, ao invés de facilitar o acesso dos cidadãos, coloca-se como mais um obstáculo a ser ultrapassado para que o usuário chegue à assistência.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer (BRASIL, 2013).

No que se refere à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em "não agudo" (intervenções programadas) e "agudo" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. Este documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) sugere ainda, algumas condutas possíveis de acordo com a classificação da demanda do usuário:

1. Demanda não aguda. Condutas:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos;
- Agendamento/programação de Intervenções.

2. Situação aguda. Condutas:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exemplos: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;

- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exemplos: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exemplos: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Com respeito à organização da agenda do médico da equipe o Ministério da Saúde explicita:

[...] o acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do "atendimento de casos agudos do dia". Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações (BRASIL, 2013, p. 35).

É importante lembrar que o formato da agenda deve considerar o número de usuários portadores de doenças crônicas e programadas, bem como as demandas por afecções agudas ou crônicas agudizadas. Não é aconselhável um modelo estanque. O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados, agravando o acesso (BRASIL, 2013).

Isso é o que demonstram de forma bastante clara Murray e Berwick (2003) no artigo “Acesso Avançado: reduzindo filas e demoras na APS”. Em muitos casos, é possível, a partir de uma reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento, oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais. A “mágica” da proposta é a de fazer menos algumas coisas, para poder fazer mais outras. Para essa mudança foram listados alguns desafios:

- Abrir mão de uma agenda fragmentada;
- Evitar pré-agendamentos prolongados;
- Envolver todos os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades;
- A equipe precisa estar mais voltada para as necessidades da população e com um acesso menos burocratizado;
- Definir quanto tempo será necessário para uma consulta pré-agendada, considerando que esta se dará para no máximo uma semana.

Uma proposta bem sucedida detalhada por Wollmann (2014) começa com a responsabilização de cada equipe com seus usuários, organizar a agenda para ter um acesso avançado (mediante 65-75% de uma agenda aberta) e direcionar todas as pessoas que procuram atendimento no dia para as suas próprias equipes (auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos). Desse modo, evita-se uma etapa no fluxo do acesso da população. A pessoa passa pela recepção apenas para identificar qual a sua equipe e já é agendada/encaminhada para ser atendida pelos profissionais de referência. Tendo com isso um aumento da resolutividade nos atendimentos e melhorando o vínculo usuário-equipe.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção será realizada no Centro de Saúde (CS) Vila Cemig no município de Belo Horizonte e no âmbito populacional e de organizações religiosas e comunitárias da sua área de abrangência.

Participaram todos os funcionários do CS, usuários, comissão local de saúde, membros do Distrito Sanitário, membros de diferentes organizações comunitárias e religiosas, também preceptores de diferentes áreas da saúde que atuam na área de abrangência.

Esta elaboração seguiu os passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010).

6.1 Definição e Priorização dos Problemas.

O diagnóstico situacional permitiu, mediante uma estimativa rápida, identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, onde foi elaborada a seguinte lista:

- Alta vulnerabilidade social de todos os habitantes.
- Elevado número de atendimentos de demanda espontânea de pacientes com quadros agudos e principalmente com complicações de doenças crônicas.
- Elevado índice de doentes crônicos (hipertensos 16% e diabéticos 10% principalmente).
- Dificuldade para o encaminhamento de referência de pacientes a especialidades.
- Elevado índice de pacientes com alterações psiquiátricas e usuários de medicamentos antidepressivo-benzodiazepínicos.
- Elevado índice de pacientes usuários dependentes de drogas e etilistas.
- Elevado índice de pacientes com fatores de risco a enfermidades (obesos, fumantes, estres, depressão, precariedade e aglomeração habitacional, etc.).
- Elevado índice de pacientes com doenças respiratórias.
- Elevado índice de gravidez na adolescência.
- Elevado índice de pacientes com dor crônico.

Apesar de ser uma comunidade considerada de alta vulnerabilidade social, não se observou, como se esperava, problemas com acesso ao emprego (formal ou informal), serviços básicos como água, luz e telefone, escola ou transporte. Também é baixo o índice de analfabetismo e de desocupação.

Com os principais problemas identificados foi feita uma ampla discussão para determinar em base ao tipo (foi estudado somente problemas terminais), importância, transcendência, urgência e, se está dentro do âmbito das funções dos atores envolvidos.

Foi determinado que o principal problema fosse o elevado número de atendimentos de demanda espontânea de pacientes com quadros agudos e principalmente com complicações de doenças crônicas. Então, o objetivo do problema a ser enfrentado será o de **controlar e diminuir a demanda espontânea no C. S. Vila Cemig.**

6.2 Descrição e Explicação do Problema.

Diferente da atenção programada, onde se tem tempo para planejar com antecedência, o atendimento da demanda espontânea não permite isto. Não se sabe, quem e com que demanda o Centro de Saúde irá se deparar naquele dia.

Porém, têm se encontrado muitas dificuldades na organização de trabalho, decorrentes do excesso de demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de prevenção e promoção, e percebem que a população tem expectativa de atendimento imediata já instaurada na cultura.

Existem dados do registro de entrada do CS que mostram que aproximadamente 100 usuários procuram atendimento na demanda espontânea (quadros agudos) a cada dia, sendo que existe um dia específico para o acolhimento de cada equipe. Outro fator está no reduzido número de funcionários pelo fato de somente existir três equipes do PSF alocadas na área de abrangência.

A explicação pelo elevado número de casos também se justifica pelo fato de que na região do Barreiro, onde se encontra o CS, existe apenas uma saturada Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atender mais de 300mil habitantes sem contar pacientes que vem pela proximidade de cidades onde o atendimento à saúde é deficitário, como Ibitaré, Sarzedo, Contagem e outras regiões próximas.

Também a falta de vínculo associada aos anos sem haver médicos no centro de saúde faz que os usuários tentem sempre solucionar suas queixas imediatamente, às vezes exacerbando seus sintomas para poder ter acesso ao consultório médico no mesmo dia.

6.3 Identificação dos “Nós Críticos”.

Em base ao estudo do problema e das causas, houve discussão entre todos os participantes para determinar como principais “nos críticos”:

- **Dificuldade de encontrar soluções** para este problema devido à complexidade e multifatorialidade de causas.
- **Falta de informação e estatísticas** precisas sobre o número exato dos usuários e suas condições de saúde.
- **Resistência dos usuários aos controles** mesmo já diagnosticados com doenças crônicas, como também o abandono do tratamento.
- Dificuldade para **conscientizar e motivar a mudança do hábito estabelecido** com o tempo, dos integrantes da ESF e funcionários do centro de saúde (CS), do atendimento centrado no agudo.
- Dificuldade para **aproximar os usuários ao CS**, não somente em casos agudos (fator “cultural do agudo” herança do sistema hospitalocêntrico).

6.4 Plano de Ação.

Depois de analisar os dados levantados para a elaboração do diagnóstico situacional da Equipe de saúde da família (ESF) número dois (azul) do Centro de saúde Vila Cemig no distrito do Barreiro, e identificar os problemas, priorizá-los, selecionar o mais importante e transcendente, descrevê-lo, explicá-lo e selecionar os “nós críticos”. Foi novamente discutida entre todos os atores a elaboração do plano de ação.

A partir dos dados levantados foi possível compreender que devemos entre outras coisas:

- Construir uma agenda (dinâmica, contínua e permanente) onde participem todos os atores envolvidos na busca de soluções e formas alternativas para a resolução do problema.

- Elaboração de fichas pessoais de usuários simplificadas onde nela estejam explicitadas e classificadas: sua condição de saúde com sua classificação dentro de cada patologia, assistência aos controles, data do retorno em base aos protocolos da prefeitura/Ministério da Saúde.

- Priorizar a Educação Permanente em Saúde como alicerce sólido na construção de projetos dentro da equipe e transformações nas atividades cotidianas, procurando sempre a interação entre Centro de Saúde e comunidade.

- Promover e planificar, para intensificar, a busca ativa de pacientes que não compareçam aos controles estabelecidos ou tenham abandonado o tratamento.

- Conscientizar e motivar com reuniões e palestras a ESF e funcionários do Centro de saúde, da importância e benefícios a médio e longo prazo, na mudança do atendimento centrado no agudo.

- Disponibilizar espaço na agenda da equipe não somente aos crônicos e sim a todos os usuários para realizações de controles determinados por sexo, faixa etária, risco social, etc.

No entanto, há necessidade de se organizar para conseguir chegar às metas, a fim de que os pacientes possam ter suas demandas resolvidas no menor tempo possível, e com a utilização racional dos recursos disponíveis.

A partir dos “Nós Críticos” já explicitados, foram esquematizados quadros onde se detalhará passo a passo a **proposta de Intervenção** realizada pela equipe do Programa de Saúde da Família número dois (Azul) do Centro de saúde Vila Cemig do município de Belo Horizonte.

6.5 Gestão do plano.

Os atores deverão estar totalmente envolvidos para o sucesso do plano, não deixando de se envolver paralelamente com a comunidade da área de abrangência, inclusive no seu acompanhamento e avaliação.

Durante e após a implantação do plano, deve-se avaliá-lo constantemente para identificar se houve maior adesão, se a comunidade está procurando adequadamente o serviço de atenção básica, no que se refere aos fluxos e atividades desenvolvidas.

Para isto serão elaborados instrumentos pela equipe, comissão local e colegiado gestor, como planilhas com indicadores que facilitarão o processo de acompanhamento, indicando as possíveis sugestões de reajustes no plano elaborado, para cumprir os objetivos desejados.

QUADRO 01 – Operações sobre a “Dificuldade de encontrar soluções para este problema devido à complexidade e multifatorialidade de causas” relacionado ao “elevado número de atendimentos de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois do CS Vila Cemig, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 01	Dificuldade de encontrar soluções para este problema devido à complexidade e multifatorialidade de causas.
Operação	Participação local, responsabilidade de todos!
Projeto	Estabelecer ferramentas de gestão locais e discussão, para procurar ações de resposta, à elevada procura por demanda espontânea.
Resultados esperados	Envolvimento de toda a comunidade e funcionários do CS na discussão de projetos e ideias para solução do problema.
Produtos esperados	Implantação dos grupos operativos de discussão com todos os atores da área de abrangência. Implantação do Colegiado Gestor local. Pautar nas reuniões gerais do CS e do Conselho Local de saúde a abordagem ao problema a todos os envolvidos.
Atores sociais	Funcionários do Centro de Saúde e Conselho Local de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Sala de reunião. Disponibilizar tempo nas agendas para realização dos encontros. Cognitivo: Aprofundamento sobre questões referentes. Levantamento de dados para explicitar falências. Político: Viabilizar tempo e espaço para implantar os grupos, reuniões e o colegiado. Participação dos representantes hierárquicos. Aprovação dos projetos.
Recursos críticos	Político: Adesão e articulação dos diferentes setores envolvidos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente do Centro de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir os projetos. Apoio intersetorial.

Responsáveis:	Gerente do Centro de saúde.
Cronograma Prazo	/ Imediato

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 02 – Operações sobre a “Falta de informação e estatísticas precisas sobre o número exato dos usuários e suas condições de saúde” relacionadas ao “elevado número de atendimentos de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois do CS Vila Cemig, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 02	Falta de informação e estatísticas precisas sobre o número exato dos usuários e suas condições de saúde.
Operação	Conhecer melhor.
Projeto	Elaboração de listas e banco de dados específicos sobre a área de abrangência do Centro de Saúde.
Resultados esperados	Conhecimento da realidade da situação de forma objetiva e atualizada. Mais informação.
Produtos esperados	Banco de dados local e detalhado.
Atores sociais	Funcionários administrativos do CS.
Recursos necessários	Estrutural: Arquivo e terminais informáticos. Cognitivo: Pesquisar dados e estatísticas. Levantar informações. Político: Viabilizar informações.
Recursos críticos	Estrutural: Montagem das listas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente do Centro de saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto.
Responsáveis:	Chefe administrativo.
Cronograma / Prazo	Início após apresentação do projeto e finalização em dois meses.

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 03 – Operações sobre o “Rechaço dos usuários aos controles mesmo já diagnosticados com doenças crônicas, como também o abandono do tratamento” relacionado ao “elevado número de atendimentos de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois do CS Vila Cemig, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 03	Resistência dos usuários aos controles mesmo já diagnosticados com doenças crônicas, como também ao abandono do tratamento.
Operação	Conscientização.
Projeto	Sensibilizar os usuários portadores de doenças crônicas, a manter controles e tratamentos.
Resultados esperados	Diminuição da taxa de absenteísmo das consultas programadas. Conscientização aos doentes crônicos de sua condição e importância do acompanhamento. Diminuição do tempo de marcação e espera para as consultas.
Produtos esperados	Implantação do acesso avançado (Agenda aberta). Estipular tempo máximo de agendamento programado em 10 dias. Implantar a marcação do retorno e pedido antecipado de exames de rotina para próxima consulta do paciente estável ao finalizar a consulta.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipes do Programa de Saúde da família.
Recursos necessários	Cognitivo: Capacitação dos membros de cada equipe sobre o projeto. Conscientização e informação dos pacientes crônicos. Político: Viabilizar ações.
Recursos críticos	Político: Viabilização das ações
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira de cada equipe. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Mobilizar toda equipe na vinculação dos usuários.
Responsáveis:	Médico de cada equipe.

Cronograma Prazo	/	Imediato
-----------------------------------	---	----------

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 04 – Operações sobre a “Dificuldade para conscientizar e motivar a mudança do hábito estabelecido com o tempo, dos integrantes da ESF e funcionários do centro de saúde, do atendimento centrado no agudo” relacionado ao “elevado número de atendimentos de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois do CS Vila Cemig, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 04	Dificuldade para conscientizar e motivar a mudança do hábito estabelecido com o tempo, dos integrantes da ESF e funcionários do centro de saúde, do atendimento centrado no agudo.
Operação	Modernização no atendimento.
Projeto	Conscientização e motivação dos funcionários de centro de saúde, da importância do modelo de atenção centrado na prevenção e acompanhamento.
Resultados esperados	Funcionários conscientizados mediante educação permanente, à transcendência que o modelo de atenção focado na medicina preventiva e na resolutividade, melhorarão as condições de trabalho dos funcionários e de saúde dos usuários. Reuniões com as categorias para esclarecer dúvidas e temores à mudança.
Produtos esperados	Aumento da resolutividade nas abordagens diárias. Responsabilização de cada integrante do centro de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Todos os funcionários do Centro de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Funcionários do centro de saúde. Cognitivo: Capacitação e educação permanentes sobre a importância do projeto. Político: viabilizar as ações.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão dos funcionários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira de apoio. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto.

Responsáveis:	Gerente do Centro de saúde.
Cronograma / Prazo	Início após apresentação do projeto com prazo indefinido (ação permanente).

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 05 – Operações sobre a “Dificuldade para aproximar os usuários ao CS, não somente em casos agudos” relacionado ao “elevado número de atendimentos de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dois do CS Vila Cemig, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 05	Dificuldade para aproximar os usuários ao CS, não somente em casos agudos.
Operação	Mais vínculo.
Projeto	Possibilitar o Estabelecimento de vínculos da comunidade com os profissionais do Centro de Saúde.
Resultados esperados	Aproximação dos usuários ao centro de saúde. Acesso à informação à comunidade sobre fluxos do CS. Conscientização dos Agentes comunitários de saúde sobre seu papel de enlace entre o CS e a comunidade.
Produtos esperados	Estabelecimento do vínculo entre a comunidade e o centro de saúde. Implantação do acesso avançado (Agenda aberta). Agilização dos fluxos (desburocratizar). Capacitação dos Agentes comunitários sobre o funcionamento interno, fluxos e agenda das equipes.
Atores sociais	Equipes do Programa de Saúde da família.
Recursos necessários	Cognitivo: capacitação aos funcionários do Centro de saúde sobre o modelo de atenção de cada equipe. Financeiro: Cartilhas e panfletos com informações pertinentes, do funcionamento e fluxos, aos ACS e usuários.
Recursos críticos	Cognitivo: Adesão dos funcionários ao projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira de cada equipe. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Mobilizar toda equipe na vinculação dos usuários.
Responsáveis:	Médico de cada equipe.

Cronograma Prazo	/	Início após apresentação do projeto com prazo indefinido (ação permanente).
-----------------------------------	---	---

Fonte: próprio autor, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância, na transcendência, deste projeto está dada a complexidade de fatores que impedem uma visão clara na solução dos problemas enfrentados. Justamente foi escolhido por ser um problema que demanda muitas horas/trabalho pela equipe, prejudicando o desenvolvimento das estratégias do Programa de saúde da família (PSF) na área de abrangência. Sendo um fator para um “*feedback* positivo” ou retroalimentação positiva que produz um círculo vicioso onde, por falta de ações de promoção/prevenção e controle da população de usuários, existira sempre um aumento de demanda de atendimentos de pacientes com complicações de quadros crônicos e quadros agudos evitáveis com estratégias contempladas no PSF. Também existe uma elevada taxa de mortalidade específica por grupos de causas relacionadas a complicações de doenças crônicas ou condições agudas evitáveis com ações de prevenção/promoção da saúde.

A tentativa de sempre melhorar e aperfeiçoar práticas dentro de estratégias para uma atenção mais voltada aos princípios que propõem as diretrizes do SUS nunca devem ser deixados de lado por todos nós.

Este é um projeto complexo e de difícil realização. Porém a transcendência e a importância dos resultados esperados faz que seja um desafio encarado por todos os atores que participaram e ajudaram neste projeto de intervenção ativamente com um benefício multiplicador na atenção básica da saúde.

REFERÊNCIAS

BIREME - OPAS – OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual da saúde. 2014. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>> Acesso em: 15 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 20-24, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. I. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

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

GOMES. M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GRILLO, M. J. C. et al. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009.

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

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. organizador. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

MURRAY, M. BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. EUA, **Rev. JAMA**, v.289, n.8, p: 1035-40, 2003.

ORTIZ, J.N. et al. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde. 2004.

TESSER, C. D; NETO, P.P; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 3; p.3615-3624, 2010.

VASCONCELOS, M. C. **Empreendedorismo e learning organization: Estudo de caso numa instituição superior.** 2005. Disponível em <gesventure.pt/newsletter/pdf/emp_learn_org.pdf> Acesso em: 15 abr 2014.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde.** 1ed. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2014.