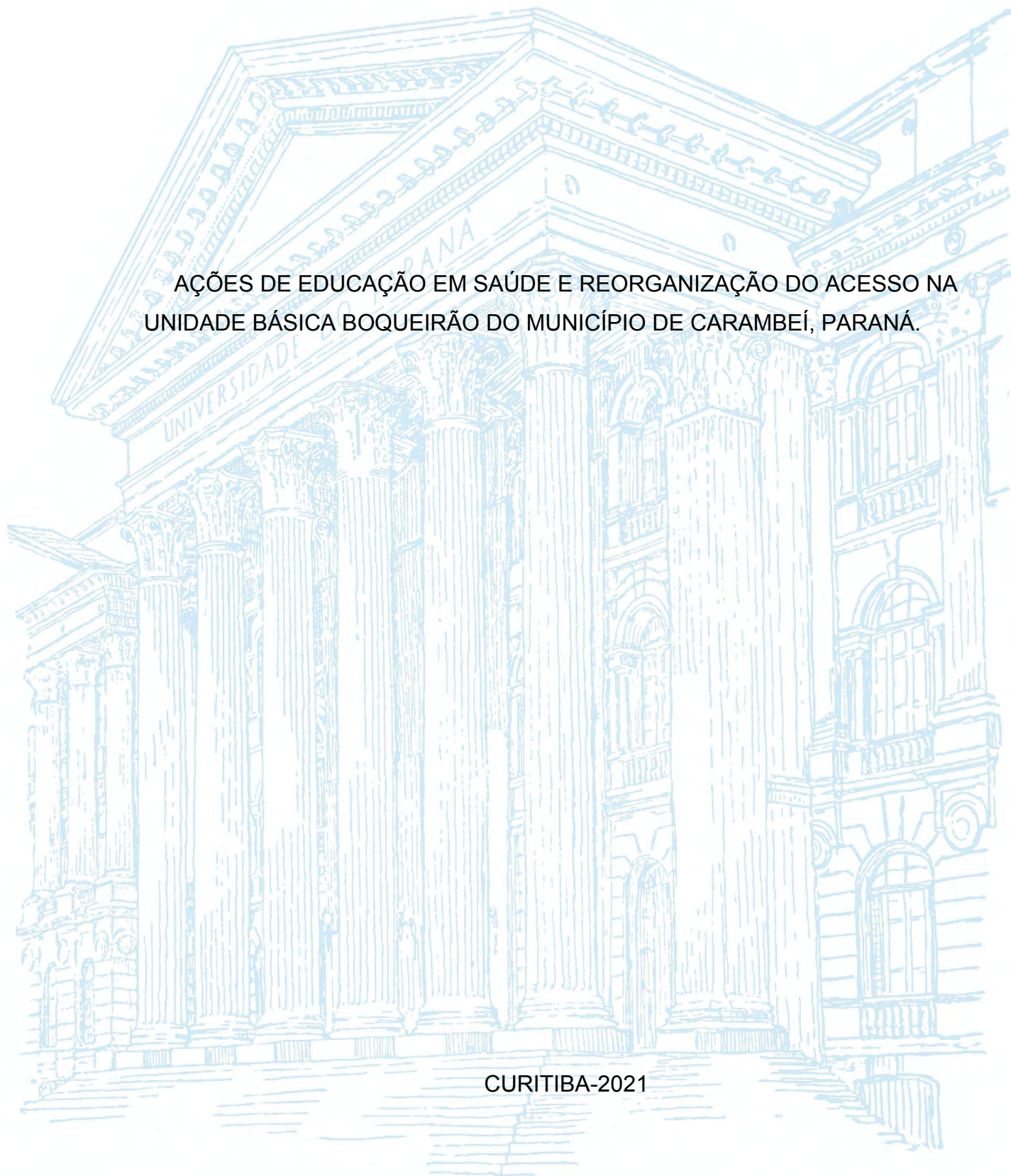


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLA FRANCIELE TONON

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA
UNIDADE BÁSICA BOQUEIRÃO DO MUNICÍPIO DE CARAMBEÍ, PARANÁ.

CURITIBA-2021



CARLA FRANCIELE TONON

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA
UNIDADE BÁSICA BOQUEIRÃO DO MUNICÍPIO DE CARAMBEÍ, PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Ma. Andréia Assmann Pettres

CURITIBA

2021

Dedico este trabalho aos meus pais, Carlos Roberto Tonon e mãe Wacherski Tonon, por todo apoio que tem me dado, por todas as orações que tem feito por mim. E também a minha enfermeira (Elizete), as agentes comunitárias de saúde (Iraci e Soelia), (Rosangela) técnica de enfermagem, as meninas da limpeza (Mila e Silvana) por deixarem nosso ambiente limpo e harmonioso, as recepcionistas por receber tão bem nossos pacientes (Ana e Lorryne), a nossa auxiliar de dentista (Elizandreia), a (Cassiane) por fazer um trabalho tão lindo e humanizado na saúde bucal, em geral a todos da Unidade Básica de Boqueirão pelo meu acolhimento e os ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Dêem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus. (1 Tessalonicenses 5:18).

É muito difícil encontrar uma forma de agradecer a Deus e a minha família, por tudo que me proporcionaram ao longo da vida, principalmente na ajuda no meu crescimento profissional. Vocês são a minha definição, sem vocês não sou nada.

Também não posso deixar de falar do amor que tenho à minha profissão, gosto muito do que eu faço, porque isso me dá a chance de ajudar as pessoas a viverem melhor. É gratificante o agradecimento pelo olhar deles.

Agradeço à Universidade Federal do Paraná pela oportunidade que me deu de fazer essa pós-graduação, e a todos os tutores pelos ensinamentos e correções dos trabalhos, colaborando com meu crescimento profissional.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento. (Frederick Herzberg, 2020, p. 1).

RESUMO

O plano de intervenção que trata das “Ações de educação em saúde e reorganização do acesso na Unidade Básica Boqueirão do município de Carambeí, Paraná” é um resultado do curso de especialização em atenção básica da Universidade Federal do Paraná (UFPR), financiado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). É preciso destacar que o uso de vários cartões de saúde causa certos tipos de transtornos tanto para o profissional de saúde como para os pacientes, sendo que às vezes o profissional de saúde acaba não sabendo realmente qual patologia e medicação que o paciente faz uso e os usuários principalmente os idosos, estes relatam sobre o esquecimento dos cartões no município de Carambeí, Paraná. Dentre os objetivos abordados neste trabalho foram: organizar a unificação dos cartões para cartão único de saúde junto aos gestores do município; atualizar os profissionais de saúde integrantes da Unidade de Saúde Boqueirão por meio de reuniões sobre a unificação dos cartões de atendimento; orientar os usuários por meio das consultas sobre a implantação do novo cartão de saúde. O método desta intervenção foi a pesquisa ação composta pelas seguintes etapas: exploratória, interesse do tema, definição do problema, base teórica e elaboração da proposta. Para a realização desse trabalho teve a colaboração da equipe multidisciplinar formada por enfermeira, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista e secretário de atenção básica, sendo implantado o novo cartão de saúde. Este cartão contém dados pessoais do paciente, número do cartão SUS, laboratórios, procedimentos e medicações dispensadas. O novo formato com o intuito de simplificar e unificar os cartões de diferentes problemas crônicos, no qual facilitou os agendamentos para consultas e contendo as informações relevantes como procedimentos realizados e patologias prévias. Dessa forma, organizou-se de forma adequada pela equipe envolvida o repasse de informações sobre o novo cartão de saúde unificado. Realizou-se orientação aos pacientes no momento da triagem sobre o novo cartão, havendo a participação de 44 pacientes que fazem acompanhamento contínuo para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes e problemas psiquiátricos. Conclui-se que o aprimoramento das unificações dos cartões oportunizou reorganizar o acesso e contém as informações necessárias para os profissionais, agilizando e desempenhando um papel de atendimento mais eficaz e eficiente voltado para a população e para o município.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos de Saúde Compartilhados. Acesso à Informação de Saúde. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The intervention plan that deals with “Health education actions and reorganization of access at the Basic Unit Boqueirão in the municipality of Carambeí, Paraná” is a result of the specialization course in primary care at the Federal University of Paraná (UFPR), financed by the University Open Health System (UNASUS). It should be noted that the use of several health cards causes certain types of disorders both for the health professional and for the patients, and sometimes the health professional ends up not really knowing which pathology and medication the patient uses and the users mainly the elderly, they report on the forgetfulness of cards in the municipality of Carambeí, Paraná. Among the objectives addressed in this work were: to organize the unification of cards for a single health card with city managers; update health professionals who are members of the Boqueirão Health Unit through meetings on the unification of attendance cards; guide users through consultations on the implementation of the new health card. The method of this intervention was the action research composed by the following steps: exploratory, interest of the theme, definition of the problem, theoretical basis and elaboration of the proposal. In order to carry out this work, the multidisciplinary team formed by a nurse, community health agent, nursing technician, dentist and primary care secretary collaborated, and the new health card was implanted. This card contains the patient's personal data, SUS card number, laboratories, procedures and medications dispensed. The new format in order to simplify and unify the cards of different chronic problems, in which it facilitated the scheduling for consultations and containing the relevant information such as procedures performed and previous pathologies. Thus, the team involved was appropriately organized to pass on information about the new unified health card. Guidance was given to patients at the time of screening on the new card, with the participation of 44 patients who are continuously monitored for the treatment of hypertension, diabetes and psychiatric problems. It is concluded that the improvement of the unification of the cards made it possible to reorganize access and contains the necessary information for professionals, streamlining and playing a more effective and efficient service role aimed at the population and the municipality.

Keywords: Access to Health Services. Primary Health Care. Shared Health Resources, Access to Health Information, Basic Health Unit.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 :TURISMO RURAL NO MUNICÍPIO DE CARAMBEÍ-PARANÁ.....	16
FIGURA 02: LOCALIZAÇÃO DAS CIDADES VIZINHAS DE CARAMBEÍ.....	17
FIGURA 03: CASA DA MEMÓRIA EM CARAMBEÍ.	18
FIGURA 04 :MEDICAMENTOS OFERTADOS PELA UNIDADE BÁSICA.....	21
FIGURA 05: FOLDER OFERTADO PARA O CONVITE DA POPULAÇÃO PARA A UNIFICAÇÃO DOS CARTÕES.....	52

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO.	19
QUADRO 02 - QUANTITATIVO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE BOQUEIRÃO.....	20
QUADRO 03 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR FAIXA ETÁRIA EM CARAMBEÍ, PARANÁ.....	21
QUADRO 04 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR SEXO EM CARAMBEÍ, PARANÁ.....	21
QUADRO 05 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR MORADIA EM CARAMBEÍ, PARANÁ.....	21
QUADRO 06 - QUANTIDADE DE PESSOAS ASSISTIDAS MENSAL NA UBS.....	22
QUADRO 07 – COBERTURA VACINAL 0 a 15 MESES DE IDADE EM CARAMBEÍ EM 2020.....	22
QUADRO 08- COBERTURA VACINAL DAS GESTANTES EM CARAMBEÍ EM 2020.....	23
QUADRO 09- PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO PLANO DE INTERVENÇÃO	31
QUADRO 10 - DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	33
QUADRO 11 - DEVOLUTIVA DOS PACIENTES SOBRE AS ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A UNIFICAÇÃO DO CARTÃO DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA BOQUEIRÃO 2020.....	50
QUADRO 12 INTERVENÇÕES.....	51

LISTA DE SIGLAS

- APS Atensão Primária de Saúde
- COVID-19 Doença do coronavírus
- DPOC Doença pulmonar obstrutiva crónica
- ESF Estratégia saúde da família
- IBGE Instituto Brasileiro de Geologia e Estatística
- IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família
- PIB Produto Interno Bruto
- PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atensão Básica
- PNAB Política Nacional de Atensão Básica
- PNH Política Nacional de Humanização
- RM Ressonância Magnética
- SUS Sistema Único de Saúde
- TC Tomografia Computadorizada
- UBS Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA	26
1.2	OBJETIVOS	28
1.2.1	Objetivo geral	28
1.2.2	Objetivos específicos.....	28
2.	MÉTODO	29
3.	REVISÃO DE LITERATURA	344
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA	344
3.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	4038
3.3	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	40
3.3	IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	422
3.4	A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NO SERVIÇO DE SAÚDE.....	455
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	544
	REFERÊNCIAS	555
	APÊNDICE 1 – MODELO DO CARTÃO UNIFICADO	60

1 INTRODUÇÃO

O município de Carambeí, no Estado do Paraná, teve sua origem no início do século XX, antes era território indígena, povoada por várias tribos. Com a chegada dos imigrantes holandeses através do incentivo do governo brasileiro, começaram a construção da cidade, o incentivo dado aos colonos era um lote de terra, uma casa, uma canga de bois e três (03) vacas leiteiras, após assinar contrato com a famosa Brasil Railway Company, em troca teriam que oferecer leite e comida para os trabalhadores da ferrovia que ligava São Paulo–Rio Grande do Sul. (PATELLI, 2013). Conforme Figura 01, observa-se o turismo rural.

FIGURA 01 – TURISMO RURAL NO MUNICÍPIO DE CARAMBEÍ-PARANÁ.



FONTE: Adetur / Paraná Turismo. Guia turismo Brasil. 2020.

Os imigrantes fundaram em 1911 a cidade de Carambeí, como uma colônia agropecuária que levou o nome que deriva da linguagem tupi-guarani, que significa rio das tartarugas, a cidade cultiva suas tradições até o dia de hoje com cultura e arquitetura holandesas. Segundo estudos de Cordeiro (2006, p.125) de “1910 a 1939, a colônia de Carambeí se afirmou com a presença das atividades econômicas do leite, dos usos e costumes do imigrante e da ocupação do espaço por uma população cujo idioma falado era o holandês”.

Atualmente a cidade conta com 23.823 mil habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geologia e Estatística (IBGE-2020), possui uma área de extensão de aproximadamente 650 quilômetros quadrados, e uma densidade

demográfica de 36,72 hab/km². Os municípios limítrofes são Castro, Ponta Grossa e Tibagi (IPARDES, 2020).

FIGURA 02: LOCALIZAÇÃO DAS CIDADES VIZINHAS DE CARAMBEÍ.



FONTE: Cualbondi.org; Openstreetmap.org, 2020.

Com uma distância de aproximadamente 140 quilômetros da capital Curitiba, o município possui renda de aproximadamente 2,7 salários mínimos no ano de 2018, e um PIB per capita de 57,644,15 correspondente ao ano de 2018 (IBGE, 2020).

A economia de Carambeí é basicamente constituída pelo setor agropecuário com cooperativas, juntamente com pequenas e grandes indústrias de renome no nacional. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Carambeí era 0,728, em 2010, o que considerado alto pelo Programa da Organização das Nações Unidas (IPARDES, 2010).

O município, apresenta 66.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 19.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020).

Na arte e na cultura, a influência da imigração europeia apresenta-se na arquitetura, na gastronomia, nos museus e parques, mas principalmente no espírito do povo, que parece ter a vocação de celebrar os feitos e virtudes daqueles que fizeram desse pedaço do Paraná a sua nova morada (VIAJE PARANA, 2020). Sendo assim, caracteriza-se como uma região rica em turismo em histórico, religioso e gastronômico.

Os lugares mais visitados em Carambeí, destacam-se:

- Parque Histórico de Carambeí
- Orquidário e Cactário Taman Batoe
- Moinho do Artesão
- Monumento à Bíblia
- Capela Imaculada Conceição.
- A casa da memória.

FIGURA 03: CASA DA MEMÓRIA EM CARAMBEÍ.



FONTE: APHC, 2020.

A taxa de escolaridade entre 6 e 14 anos é de 98,2% (IBGE 2010). A taxa de analfabetismo para 15 anos ou mais, de acordo com IBGE (2010) se encontra em 4,99% (IPARDES, 2020).

A Rede de Atenção à Saúde e também a organização educacional do município é descrita no QUADRO 01.

QUADRO 01 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO

Estabelecimento	Quantidade
Escolas do Ensino Estadual Normal. <ul style="list-style-type: none"> • Carlos Ventura, C E-Ef M. • Darlene de Jp Moreira, E E Prof-Ef. • Julia Wanderley, C E-Ef M Profis. 	03
Escola do Ensino Estadual do Campo. <ul style="list-style-type: none"> • Julia Wanderley, C E-Ef M Profis. 	01
Escola do Ensino Estadual Civil Militar. <ul style="list-style-type: none"> • Eurico Batista Rosas, C E C-M-Ef M 	01
Escola do Ensino Municipal. <ul style="list-style-type: none"> • Escola Municipal Professora Geralda Harms Welbergen • Escola Municipal Professora Fátima Augusta Bosa • Escola Municipal Professora Tonia Joanna Harms • Escola Municipal Professora Theresa Gaertner Seifarth • Escola Municipal José Pedro Novaes Rosas • Escola Rural Municipal De Limpo Grande • Escola Rural Municipal Santa Cruz • Centro Municipal De Educação Infantil Betânia • Centro Municipal De Educação Infantil São Judas Tadeu • Centro Municipal De Educação Santa Rita De Cássia • Centro Municipal De Educação Infantil Canaã 	11
Escola do Ensino Privado. <ul style="list-style-type: none"> • Sesi-Carambei, C-Em • Raio de Sol, E-Ei Ef Mod Ed Esp • Evangelica de Carambei, E-Ei Ef. • Elo Sagrado, E-Ei Ef • Betel, C E I 	05
Secretaria de saúde	01
Unidades de saúde. <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidade de Saúde Jardim Brasília. 2. Unidade de Saúde Catanduvas. 3. Unidade de Saúde Nova Holanda 4. Unidade de Saúde Boqueirão 5. Centro Municipal de Saúde Otavio Pedroso de Oliveira. 6. Unidade de Saúde Novo Horizonte. 7. Unidade de Saúde Maria Maura Martins. AFCB 	07
Biblioteca Municipal	01
Laboratórios <ol style="list-style-type: none"> 1. Labmark Análises Clínicas. 2. Laboratório Fama Análises Clínicas. 3. Laboralfa Laboratório De Análises Clínicas 	03
Faculdade <ol style="list-style-type: none"> 1. Unicesumar. 2. CEBRAEP - Centro Brasileiro de Ensino Profissionalizante - Faculdade UNINA São Braz 	02

FONTE: Autora, 2020.

A saúde da cidade de Carambeí conta com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, as internações devido a diarreias no ano de 2016 foram de 0 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020). A taxa de mortalidade infantil no ano de 2019 na cidade foi de 11,63 para 1.000 nascidos vivos (IPARDES, 2020). Quanto à taxa de mortalidade geral no ano de 2019 (Datusus), ficou em 5,51 por 1000 habitantes e 290,70 por 100.000 nascidos vivos da taxa de mortalidade materna no ano de 2019.

Possui uma cobertura de saúde constituída por cinco (05) Unidades Básicas de Saúde, um (01) Posto de saúde central que atua também como pronto atendimento a urgências e emergências. Conta com um hospital de referência, Hospital da Cruz Vermelha no município de Castro, estando a 23 quilômetros da cidade de Carambeí, Paraná.

A Unidade Básica de Saúde Boqueirão, no bairro Boqueirão, em que atualmente atua, é organizada pela Estratégia de Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por treze (13) profissionais, sendo seis (06) médicos, uma (01) enfermeira no qual é a responsável pela Unidade, uma (01) técnica de enfermagem, uma (01) assistente de limpeza, uma (01) cirurgiã-dentista, uma (01) assistente odontológica, e dois (02) agentes comunitários de saúde, e profissional de serviços gerais em limpeza, com alguns profissionais alternados em algumas unidades.

São realizadas aproximadamente 5.141 consultas em todas unidades de Carambeí, sendo consultas mensais incluindo atendimento odontológico a medicina especializada (SAÚDE TRANSPARENTE, 2021).

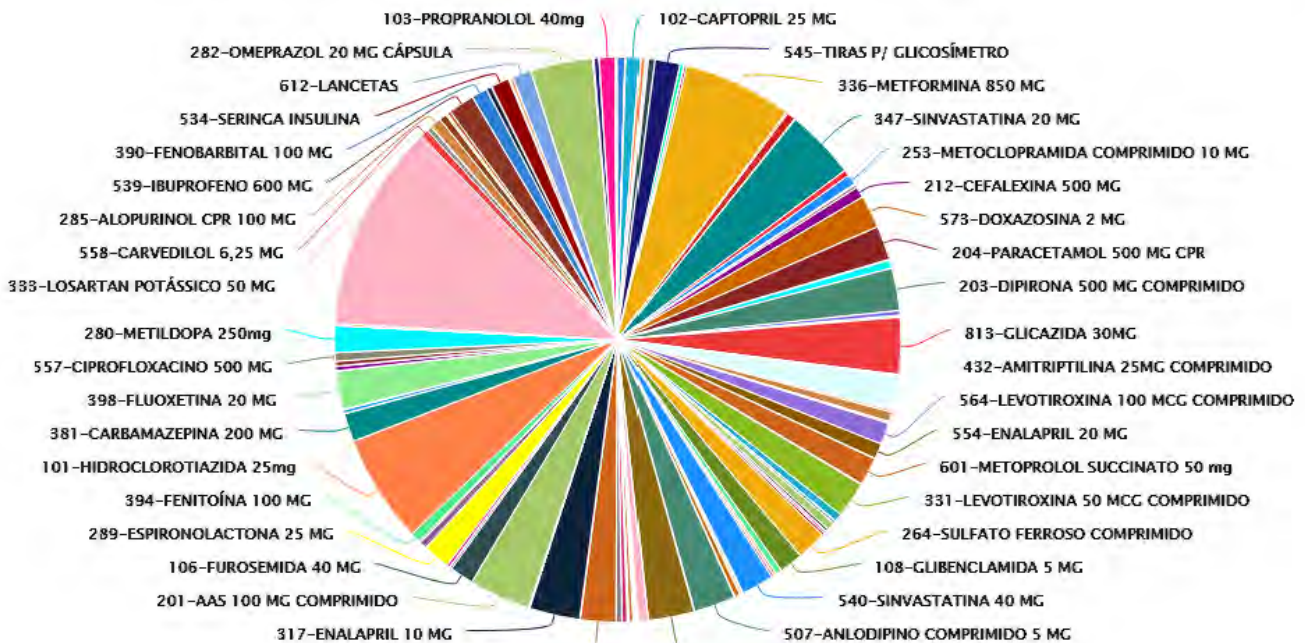
QUADRO 02: QUANTITATIVO DE ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE BOQUEIRÃO

Atendimento mensal	374
Quantidade de atendimentos odontológicos na unidade de saúde	46
Atendimento com Pediatra	14
Médico da Estratégia da Saúde da Família	171
Médico Clínico Geral	120
Enfermeiro	23
Atendimento farmacêutico	117

FONTE: PORTAL TRANSPARENCIA MUNICÍPIO CARAMBÉI, 2020.

Disponibiliza-se 38 medicamentos pela farmácia da Unidade Básica Boqueirão, conforme FIGURA 04.

FIGURA 04 – MEDICAMENTOS OFERTADOS PELA UNIDADE BÁSICA



FONTE: PORTAL TRANSPARENCIA MUNICÍPIO CARAMBÉI, 2020.

A Unidade possui um fluxo aproximado de 3.500 moradores e usuários da Unidade, distribuídos por faixa etária, sexo e moradia, conforme QUADRO 3, QUADRO 4 e QUADRO 5.

QUADRO 03 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR FAIXA ETÁRIA EM CARAMBÉI, PARANÁ.

IDADE	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80	TOTAL
Usuários	57	97	103	279	313	350	565	435	451	350	407	93	3.500

FONTE: Fichas de cadastro da Unidade (2020)

QUADRO 04 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR SEXO EM CARAMBÉI, PARANÁ.

Sexo	Feminino	Masculino	TOTAL
Usuários	1.937	1.563	3.500

FONTE: Fichas de cadastro da Unidade (2020)

QUADRO 05 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA POR MORADIA EM CARAMBÉI, PARANÁ.

Moradia	Zona Rural	Zona Urbana	TOTAL

Usuários	2.139	1.361	3.500
----------	-------	-------	-------

FONTE: Fichas de cadastro da Unidade (2020)

A Unidade Básica Boqueirão possui acesso através da rua Rio Xingu, próxima da rua Senador Flavio Guimarães, com ponto de ônibus próximo da Unidade Básica de Saúde facilitando o acesso da população, e se situando a 2,5 quilômetros do centro da cidade de Carambeí.

A Unidade Básica possui infraestrutura de pequeno porte, contando com uma sala para o consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de curativos, sala de triagem, recepção e estacionamento.

Os quantitativos dos grupos assistidos e da cobertura vacinal encontram-se nos QUADRO 06 e QUADRO 07.

QUADRO 06: QUANTIDADE DE PESSOAS ASSISTIDAS MENSAL NA UBS.

GRUPO	QUANTIDADE DE PESSOAS ASSISTIDAS Número aproximado de usuárias(os) participantes
HIPERDIA	150
Cegonha	45 gestantes / mês
Puerpério	27 puérperas / mês
Crianças (0 a 9 anos)	255
Adolescentes	592
Adultos	1000
Idosos	260
Acamados	90

FONTE: DADOS DA UNIDADE, 2020.

QUADRO 07 – COBERTURA VACINAL 0 a 15 MESES DE IDADE EM CARAMBEÍ EM 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
BCG	102%
HEPATITE B (Crianças até 30 dias)	47,12%
ROTAVÍRUS HUMANO	89,04%
MENINGOCOCO C	90,5%
HEPATITE B	90,0%
PENTA	89,5%
PNEUMOCÓCICA	88,51%
POLIOMILITE	88,0%
TRÍPLICE VIRAL D2	102,0%
TRÍPLICE VIRAL D1	101,0%

FONTE: DATASUS, 2020.

QUADRO 08- COBERTURA VACINAL DAS GESTANTES EM CARAMBEÍ EM 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
DUPLA ADULTA E TRÍPLICE ACELULAR	14,99%
dTpa	60,21%

FONTE: DATASUS, 2020.

O fluxo é feito por meio do acolhimento, e a partir da análise de cada situação se encaminha para os atendimentos das consultas agendadas com médicos e enfermeiras, coleta de Papanicolau que também é realizada por meio de agendamento, coleta de exames, triagem, sendo que a maioria das vezes há demanda espontânea ao longo do dia. Destarte, prioriza-se uma relação de respeito, empatia com um atendimento humanizado a todos usuários(as), mesmo aqueles que não são cadastrados na Unidade, procurando ajudar em todos os quesitos de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

A equipe realiza serviço atendimento odontológico, atendimento de farmácia, puericultura, atendimento com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), visitas domiciliares, oferta e agendamento de consultas médicas e de enfermagem, imunização de crianças, adolescentes, adultos jovens, idosos, puericultura, pré-natal, pedidos de exames laboratoriais de rotina, avaliação de recém-nascidos, encaminhamentos para outros serviços especializados, grupos operativos de hipertensão, diabéticos, mulheres, testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, testes para COVID-19, rodas de conversas com grupos de idosos.

Realizam-se campanhas e atividades educativas para detecção de casos, busca ativa e acompanhamento dos pacientes com neoplasia, tuberculose, hanseníase e contactantes, além de sensibilizações e ações para interromper a cadeia de transmissão da dengue, *Zika* Vírus e *Chikungunya*, Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), com depressão etc.

Entre as maiores queixas tem-se: Diarreia, vômito, dor articulares por carregar muito peso, dermatites, Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial, diabetes, dermatites, obesidades, problemas gastrointestinais,

problemas mentais, infecção urinária, febre, infecções das vias áreas superiores entre outros.

Os atendimentos ocorrem de segunda à sexta-feira das 08:00 horas às 12:00 horas e das 13:00 horas às 17:00 horas, e uma (01) vez por semana realiza-se o atendimento domiciliar, para aquelas pessoas incapacitadas de irem até à Unidade Básica. Os profissionais que participam das visitas são: Médico, Enfermeira e o agente comunitário de saúde.

A média de pacientes crônicos controlados é de 80 pacientes atualmente, segundo o mês setembro de 2020, para isto inclui o estilo de vida dos pacientes, a falta do uso correto dos medicamentos para controle das doenças crônicas, havendo então, um fluxo grande no acesso da Unidade de Saúde e uma dispensa alta de medicamentos de uso crônico, a maioria sendo do sexo feminino.

Dos atendimentos que foram feitos de setembro a novembro de 2020, caracterizando em torno de 1280 atendimentos na UBS, sendo que 455 foram consultas médicas e destes, aproximadamente 200 foram por quadros de Hipertensão arterial ou Diabetes descompensadas. Sabe-se que a Hipertensão arterial e a Diabetes representa um risco epidemiológico no Brasil e no mundo, tanto pela sua prevalência quanto pelas complicações que a mesma acarreta; e sabendo que sua origem é multifatorial e genética, também o que chamou a atenção foi da descompensação desses níveis levando em consideração o período dramático que vivemos em meio à Pandemia.

Sabe-se que há diferenças nas elevações dessas duas doenças nas populações, influenciadas por diversas questões, entre elas, biológicas, do estilo de vida, da alimentação saudável, do uso de álcool, cigarro, entre outros, do estresse também pode acarretar as elevações esporádicas, do ambiente, da organização do sistema de saúde e das possíveis interações entre os componentes desses elementos, não posso deixar de citar que por conta da pandemia pela COVID-19, o isolamento também foi um dos fatores que elevaram os níveis de DM (Diabetes) e da PA (Pressão arterial Sistêmica) (CAMARGO, 2012).

Em virtude do tempo e vivência de trabalho na Unidade Básica Boqueirão e em outras unidades da cidade de Carambeí devido a mudanças e a pandemia da Covid-19, alguns fatores de risco foram levantados devido à prevalência como alimentação inadequada, rotina de trabalho extenuante, estresse, associação a uso excessivo de álcool e tabagismo, assim como problemas nas consultas.

A Unidade Básica de Saúde Boqueirão possui um grande fluxo de demanda espontânea, praticamente atende toda demanda da cidade sem agenda. Os encaminhamentos para procedimentos/exames como: cirurgias eletivas, exames mais complexos aos mais simples são bastantes morosos (TC RM, cintilografia), com isso acarreta filas gigantescas, que duram por meses. Devido a isso, muitas das vezes as pessoas não procuram o atendimento por causa da demora desses exames e acaba se automedicando e do uso abusivo de medicamentos controlado que eles fazem uso sem prescrição médica, um deles são os psicofármacos.

Como a longitudinalidade da ESF é a chave para o cuidado das situações crônicas, progressivamente maiores com o envelhecimento populacional, destaca-se também os problemas de saúde mental (TESSER, NORMAN E VIDAL, 2018). E o autor reforça que a multimorbidade daí decorrente exige longitudinalidade, pois dificulta o uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, facilita a polifarmácia, aumenta a iatrogenia e a medicalização, gerando mais demanda e prejudicando acesso (TESSER, NORMAN E VIDAL, 2018).

Na relação de consultas com especialista, a Unidade de Saúde Boqueirão possui poucas vagas mensais, somente 05 a 10 vagas para cada especialidade, onde as mais procuradas, em ordem decrescente: a *cardiologia*, seguido de *ortopedista*, *urologista*, *oftalmologista* e *ginecologista*.

Para crianças e adolescentes tem no município neurologista pediátrico, pediatria geral, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, psicólogo, nutricionista e fisioterapia. Os números de cotas por USF são bastante reduzidos, isso gera uma reclamação mútua usuários-profissionais, dificultando o serviço para finalizar quaisquer propedêuticas. Somando-se a isso, ocorre muitas filas e uma triagem muitas vezes não adequada, acarretando problemas e queixas, além do alto fluxo nos atendimentos.

Isso ocorre com a justificativa de alguns profissionais especialistas (psiquiatra, cardiologista, endocrinologista, ginecologista) que só atendem com um determinado cartão como por exemplo de hipertensão, de diabetes ou de saúde mental, causando incômodo primeiro aos pacientes de terem vários tipos de cartões e dificultando o acesso desses pacientes a outros setores de saúde para o atendimento como também para buscar certos medicamentos na farmácia. Sendo assim foi necessário intervir, propondo a unificação dos cartões, em um cartão

único, onde seria um método mais prático para os usuários, principalmente para pacientes idosos e leigos.

Souza et al. (2008) citam que o acesso e o acolhimento se articulam e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. E asseguram que análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário.

O tema foi levado à Secretaria de Saúde do município e foram feitas diversas reuniões e realizado diálogos com gestor da Unidade de Saúde, secretário responsável pela atenção básica do município, e secretário de saúde, juntamente à equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde.

Chegou-se à conclusão e aceitação da unificação dos cartões, sendo plano de intervenção: Unificação dos cartões de saúde do município de Carambeí, Paraná, com intuito de diminuir as filas de espera nas consultas com médico clínico e especialistas e facilitar a praticidade que os pacientes terão após a unificação dos cartões. E ainda corroborar com os outros profissionais que obterão conhecimento sobre as comorbidades que o paciente possui e conhecimento sobre o uso de certos medicamentos. A unificações dos cartões seriam dos cartões dos usuários com hipertensão, diabetes e saúde mental em um único cartão.

Dessa forma, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, contudo, seria a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (SOUZA et al., 2008, p. S101).

1.1 JUSTIFICATIVA

Com a organização do acesso por meio de um único cartão, baseado na unificação dos cartões, torna-se relevante para o município de Carambeí, pois o conceito de acesso pode ser entendido como ato de chegar e ingressar no serviço ou grau de facilidade para obter cuidados de saúde (REIGADA, 2017). E assim, essa abordagem se faz necessária para facilitar esse processo da entrada do usuário ao serviço de saúde.

O único cartão oportunizará o atendimento médico e em busca de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas como também para o tratamento de doenças psíquicas na farmácia, dessa forma, proporcionando a facilidade aos profissionais de saúde e aos usuários, representando também um fator de redução de custo para o município. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades envolve diversos aspectos, desde organizacionais (dinâmica do processo de trabalho) até geográficos, financeiros e culturais e funcionais dos serviços de saúde, envolve também o cuidado especializado, cirurgias, ações preventivas específicas, apoio diagnóstico, medicamentos, etc. (TESSER, NORMAN E VIDAL, 2018; SOUZA et al, 2008).

Um acesso mais qualificado, organizado e com eficiência, estabelece-se assim, com o modelo de cartão proposto por este plano de intervenção, atendendo às necessidades dos usuários da rede pública de saúde de Carambeí. Reigada (2017) cita que é necessário que os sujeitos tenham acesso facilitado à sua equipe de saúde, e assim prerrogativa para efetivação de planos terapêuticos centrados no usuário.

É preciso destacar que o uso de vários cartões de saúde causa certos tipos de transtornos, sendo que às vezes o profissional de saúde acaba não sabendo realmente qual patologia e medicação que o paciente faz uso e não possui conhecimento do controle de algumas patologias.

Para os usuários principalmente os idosos, estes relatam sobre o esquecimento de algum cartão ou não sabem identificar os cartões de controle, havendo mais um ponto positivo para a unificação, e assim resultará em atendimentos mais racionais, eficientes e equitativos. Reigada (2017) ressalta a organização da equipe para atender às necessidades específicas de sua comunidade, inclusive em relação ao processo de trabalho, é essencial para prover acesso real aos pacientes. E a autora destaca que o acesso também depende da adaptação da equipe às necessidades e funcionamento da população à qual serve (REIGADA, 2017).

A partir disso, levantaram-se algumas questões: Esse novo sistema facilitará os nossos atendimentos? O atendimento será mais rápido? Será possível ter todos os dados em único cartão? O profissional também terá um cartão para ter controle? Esse cartão terá as doenças que fazemos o controle? Terá todos os medicamentos que fazemos o uso?

Os dados coletados ficarão em único cartão para que os profissionais possam avaliar as atividades diárias e monitorar os agendamentos em períodos de tempo específicos. Assim, oportunizar-se-ão engajamento, agendamento, preparação, encontro, ação e comunicação.

Considerada como um instrumento efetivo para o conhecimento da realidade social, econômica e epidemiológica local, as informações nos cartões de saúde servem de apoio para os processos de acompanhamento, diagnóstico, decisão e alerta para os profissionais de saúde. Contudo, é importante que as informações produzidas, por meio da coleta de dados e prescrita nos cartões, na Estratégia Saúde da Família (ESF), sejam eficazes e convenientes para o uso pela gestão, para os profissionais e para os usuários, com o intuito de produzir subsídios ao cuidado adequado.

Neste cenário, tendo como objetivo de garantir a qualidade das informações coletadas e os dados produzidos na Atenção primária de Saúde (APS), por isso a criação desse projeto para unificar os cartões, junto à Equipe da Unidade Básica de Saúde Boqueirão, da Coordenação de Saúde, da Comunidade e Secretaria de Assistência à Saúde. Tesser, Norman e Vidal (2018) cita que o acesso deve estar atrelado à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado para a APS realizar sua efetividade.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Oportunizar ações de educação em saúde e unificação dos cartões de saúde para reorganização do acesso na Unidade Básica de Saúde Boqueirão, Carambeí, Paraná.

1.2.2 Objetivos específicos

- Organizar a unificação dos cartões para cartão único de saúde junto aos gestores do município;
- Atualizar os profissionais de saúde integrantes da Unidade por meio de reuniões sobre a unificação dos cartões de atendimento;
- Orientar os usuários por meio das consultas sobre a implantação do novo cartão de saúde.

2. MÉTODO

Para realizar este trabalho de intervenção amparou-se pela pesquisa-ação, sendo que esta metodologia pode desempenhar um papel importante nos estudos e na aprendizagem dos pesquisadores e nos demais participantes imersos em situações problemáticas. (PICHETH; CASSANDRE; THIOLENT, 2016).

Os autores ainda destacam este método como forma de identificar e resolver problemas coletivos e também possibilitar aos sujeitos da pesquisa, participantes e pesquisadores, os meios para conseguirem responder aos problemas que vivenciam com maior eficiência e com base em uma ação transformadora.

A pesquisa-ação é composta pelas seguintes etapas: Exploratória, Interesse do tema, Definição do problema, Base teórica e Elaboração da proposta, sendo abaixo minuciosamente detalhadas.

- Exploratória: esta etapa inclui o diagnóstico situacional, o qual está detalhadamente descrito na introdução deste trabalho.
- Interesse pelo tema: O interesse em realizar esta pesquisa-ação com o problema vinculado à unificação do cartão de saúde, adveio da percepção dos profissionais da Unidade e para a melhoria no atendimento dos usuários.
- Definição do problema: O problema priorizado se refere à reorganização do acesso por meio da unificação dos cartões de saúde, no conhecimento que os profissionais de saúde terão ao tratamento medicamentoso que o paciente está fazendo.
- Base teórica: foi construída a revisão de literatura em capítulo específico desta intervenção.
- Elaboração da proposta:

O plano de intervenção foi organizado por meio de reuniões com a equipe e os gestores, apresentações e debate para decisão da melhor composição do formato do cartão. É um projeto que foi realizado em duas frentes, a primeira é a unificação e confecção do cartão depois da aprovação da equipe da Unidade e do Secretário de atenção básica; a outra frente de trabalho foi a implantação de ações de educação em saúde com o objetivo de informar e promover o novo cartão de saúde.

Somando a isso, a equipe de saúde participou de capacitação para o novo método de cartão, além dos usuários da Unidade participaram de uma palestra educativa com todas as proteções devido à COVID-19.

Na sequência, solicitou-se equipamentos de proteção individual (EPI) e testes rápidos para a detecção das ISTs à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para proteção de todos os profissionais de saúde envolvidos. Além disso, todos passaram por um rigoroso treinamento em relação à COVID-19. No qual foram orientados sobre a unificação do cartão de saúde e o seu cartão disponibilizado durante este momento. Além dos participantes estiveram presentes a equipe tanto da Unidade como das outras entidades de saúde como CAPS, NASF e os gestores de saúde.

Coletou-se dados dos pacientes cadastrados na Unidade da atenção básica: Nome, idade, sexo, Endereço, peso, dados antropométricos, Patologia, Medicamentos que está fazendo uso, História Cirúrgica. Isso ocorreu durante a triagem feita pela equipe de enfermagem, antes da realização da consulta médica, sendo ela clínica ou com o especialista.

No QUADRO 09 apresenta-se os itens indicados para o Planejamento em Saúde elaborado para a UBS (problema priorizado, ações, indicadores, parâmetros, finalidade, momento da realização, natureza).

QUADRO 09- PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO PLANO DE INTERVENÇÃO.

Problema priorizado: REORGANIZAÇÃO DO ACESSO POR MEIO DA UNIFICAÇÃO DO CARTÃO					
AÇÕES	INDICADORES	PARÂMETROS	FINALIDADE	MOMENTO DA REALIZAÇÃO	NATUREZA
Orientar os profissionais da equipe sobre reorganização do acesso por meio do cartão único	Realização da orientação para os profissionais de saúde	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Gerência	Ex-post	Normativa
Organizar o cartão único junto à Secretaria Municipal de Saúde	Realização de reuniões da equipe da Unidade e gestores	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Conhecimento	Ex-post	Avaliativa
Orientar usuários sobre o novo cartão de saúde	Realização de orientações em consultas para os usuários	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Gerência	Ex-post	Normativa

Fonte: A autora (2021).

Estratégia

Com a colaboração da equipe multidisciplinar formada por enfermeira, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista e secretário de atenção básica, realizou-se a implantação do novo cartão de saúde na Unidade Básica de Saúde Boqueirão, no município de Carambeí, Paraná.

Em um primeiro momento ocorreu apenas na Unidade Básica Boqueirão, e posteriormente a capacitação dos profissionais de saúde da Unidade. Nesse processo, também estará em análise a capacitação em outras Unidades de Saúde do município de Carambeí, Paraná, por meio de palestras e reuniões em meses posteriores à confecção do novo cartão unificado.

As palestras foram realizadas com todos itens de prevenção contra o COVID-19, também foi usado o app de WhatsApp com grupo virtual dos profissionais de saúde, para que não houvesse aglomeração e risco de contaminação do COVID-19 onde foi possível sanar as dúvidas.

Na Unidade Básica Boqueirão posteriormente à confecção do cartão, em um primeiro momento com a profissional que realiza a triagem na Unidade correspondente, a enfermeira, conjuntamente à técnica de enfermagem colaborarão colaborará nesse processo gradativo em explicar a composição do novo cartão. Este cartão foi formado a partir do modelo de três cartões antigos os quais eram especificamente de hipertensão arterial, diabetes mellitus, e saúde mental.

Como o cartão possuía dados do paciente, número do SUS, laboratórios, procedimentos e medicações dispensadas, o novo formato com o intuito de simplificar e unificar os cartões, facilitará os agendamentos para consultas, as informações relevantes como procedimentos realizados, patologias prévias, assim como dados pessoais, entre eles, número do SUS, nome completo, idade, sexo, nome social. Dessa forma, será organizado de forma adequada por esses profissionais no repasse de informações sobre o novo cartão de saúde unificado.

O trabalho desses profissionais que realizam a triagem colaborou na explicação sobre o novo cartão, sendo imprescindível para a implantação e seguimento do projeto.

Duração

A organização, desenho e aprovação mediante reunião com equipe multidisciplinar, gestora, secretário de atenção básica, e médicos da Unidade para

posterior confecção e implantação do cartão unificado de saúde, foi realizada nos meses entre novembro e dezembro de 2020, pois alguns recursos e reuniões foram limitados devido a essa grande pandemia ocorrendo em todo mundo.

O projeto está definido, com bases sólidas assim como colaboração de pessoas responsáveis e que compactuam com a política de saúde, compartilhando o ideal de brindar saúde com qualidade e seguir os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, ao encontro da integralidade, acesso à saúde, universalidade e equidade no atendimento.

A equipe multidisciplinar foi vital na realização da unificação dos cartões e na realização de educação em saúde, pois esses profissionais estão em contato diário com a comunidade e pacientes de forma mais intensa.

A Enfermagem, que está na maioria do tempo no primeiro contato com os pacientes, foi capacitada também para realizar tais recomendações aos usuários dos novos cartões, com o objetivo de esclarecer dúvidas pertinentes a causa. Os Agentes comunitários de saúde, peças chave de toda Unidade Básica, com o papel de carrear novas informações a respeito do novo cartão de saúde da Unidade Básica Boqueirão, ao serem o elo com a comunidade. Esses profissionais receberam capacitação técnica para informar os pacientes e usuários da unidade sobre o novo cartão, assim como informar sobre qualquer eventualidade ocorrida nas consultas e visitas domiciliares realizadas por eles.

A população adstrita na unidade foi informada da troca do cartão, o que não inviabiliza o cartão antigo e nem seu cadastro, sendo informada apenas que a partir das novas consultas os cartões novos serão utilizados, e que não há nenhuma rapidez em trocar o antigo pelo novo para que o processo seja gradual. E dessa forma, informa-se que será o novo cartão e que novamente os cartões antigos não inviabilizarão os atendimentos, pois será substituído na nova consulta. No QUADRO 10, apresentam-se as ações da Unidade de Saúde Boqueirão.

QUADRO 10: DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
- Realizar palestras educativas em saúde, aos usuários da unidade básica.	Médico responsável pelas palestras e reuniões de capacitação com equipe multidisciplinar, enfermeira na triagem da unidade explicando o novo cartão, agentes comunitários capacitados nas visitas domiciliares.	3 meses de duração a partir da implantação do cartão	Médico Enfermeiros Agentes comunitários de saúde Técnicos de enfermagem	Usuários da unidade básica Boqueirão	10/11/20 até 10/02/21	- Novo cartão Unificado de saúde para amostra. Reunião e palestras educativas com recursos visuais (flyer, panfleto, banner, vídeo)	- Unidade básica de saúde Boqueirão - Unidades de saúde da cidade de Carambei, PR
Unificar os cartões de saúde na Unidade básica Boqueirão.	Organização do desenho e normas para aprovação em reunião com equipe multidisciplinar e secretário de atenção básica, confecção do cartão único de saúde.	2 a 3 meses.	Médicos, Enfermeiros, Agentes comunitários de saúde, Gestora, Técnico de enfermagem Secretario de atenção básica.	Usuários da unidade Básica Boqueirão	10/10/20 até 10/12/20	Novo cartão de saúde unificado	Unidade Básica de saúde Boqueirão
- Atualizar e promover reuniões sobre a unificação dos cartões de atendimento da unidade básica aos profissionais da saúde.	Projeto	3 meses	Médicos, Enfermeiros, Agentes comunitários de saúde, Gestora, Técnico de enfermagem Secretario de atenção básica.	Usuários da unidade Básica Boqueirão	10/10/20 a 10/12/20	Novo cartão de saúde unificado	Unidade Básica de saúde Boqueirão

Fonte: A autora (2020).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo abordará temas que retratam este plano de intervenção, a Atenção Básica e a Política Nacional de Atenção Básica com o direcionamento para o Acesso e o Acolhimento. Estes temas elucidarão sobre a importância da entrada do usuário ao serviço de saúde de forma organizada e equânime.

Dessa forma, será apresentada a Política Nacional de Atenção Básica no qual guia a estruturação dos serviços de saúde da Atenção Básica. Após, enfatiza-se a importância da Política Nacional de Humanização que também inclui conceitos de Acolhimento e na sequência o tema na especificidade como uma ferramenta que propicia a humanização, melhoria da qualidade do atendimento e a satisfação da equipe e dos usuários. Finalizando este capítulo, aprofunda-se na viabilização do Acesso da comunidade no contexto da realidade da organização dos serviços de saúde

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

As reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por "Movimento Sanitarista" foram catalisadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Houve ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores (BRASIL, 2000).

A 8ª Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu a saúde como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde". Esse documento serviu de base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte em 1987 (FULGÊNCIO et.al, 2016).

Antes disso existia um "duplo comando" na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social cuidava dos serviços médicos curativos. O acesso a esses serviços médicos, até então, não era um direito de todos, universal, mas somente para os trabalhadores com "carteira assinada" (BRASIL, 2000).

Brasil (2000) acrescenta que ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma nos estados e municípios, onde a responsabilidade ficara a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade, inscrito no artigo 196 da Constituição, representou a inclusão de todos os cidadãos brasileiros nos cuidados prestados pelo SUS.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (MORAES, 2016).

Souza (2002) cita que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, este é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Para a iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar, segundo contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2000).

Brasil (2000) destaca que o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Com uma nova concepção de assistência, o SUS traz uma mudança de paradigma, no qual antes a saúde era entendida como "o estado de não doença", centrada em medidas curativas, apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas. E com o SUS houve uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, relacionando o conceito de saúde com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer (BRASIL, 2000).

De acordo com essa nova concepção de saúde, compreende-se que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Ou seja, os indicadores de saúde da população servem para medir o nível de desenvolvimento do país e o de bem-estar social da população (SILVA et al., 2017).

A Atenção Básica tem uma grande importância e relevância, sendo que no Brasil se caracterizou com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A APS tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorialidade e democrático. (FAUSTO; MATTA, 2007, P. 43).

A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em plena Declaração de Alma-Ata, em 1978 como:

"Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde." (GOMES, 2012, p.541-549).

Atenção primária é o mais importante componente do sistema de saúde, pois é a estratégia organizativa da atenção, definida pelos princípios e diretrizes da

atenção generalizada, sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem-estar (STARFIELD apud BRASIL, 2003).

Os principais atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo Barbara Starfield, conforme Rede HumanizaSus (2016) incluem:

- Constituir a porta de entrada do serviço: espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- Continuidade do cuidado: a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge, esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
- Integralidade: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- Coordenação do cuidado: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si.
- Outros: centralização na família, orientação na comunidade e valorização da cultura local. Existem também mais algumas características que não são exclusivas da atenção básica (primária), que são: o registro adequado, a continuidade do pessoal, a qualidade clínica etc.

As evidências internacionais destacam a importância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nesse mesmo sentido. Percebam bem, a atenção especializada é muito mais cara que a atenção básica, assim um sistema de saúde centrado na especialização vai afetar, por exemplo, os princípios da equidade e da universalidade (BRASIL, 2003).

Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico. Países como Inglaterra, Holanda, Austrália, entre outros, permitem o acesso a especialistas somente mediante encaminhamento do médico da atenção primária. Esse fato já demonstrou ter repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema (BRASIL, 2003).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica possui três edições, sendo que a primeira edição ocorre em 2006, a segunda edição em 2011 e a terceira edição em 2017. A portaria 648 de 03 de março de 2006, ampliou a concepção da Atenção Básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica (MELO et al., 2018).

Em 2011, em 21 de Outubro, a PNAB foi revisada através da Portaria 2.488, as mudanças ocorreram com enfrentamentos dos nós críticos, tendo o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM), criado e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo) (MELO et al., 2018).

E por fim, em 21 de setembro de 2017, por meio da Portaria 2.436, alguns pontos foram agregados, entre eles, reconhece o papel do gerente de atenção básica e também de outros modelos de organização da atenção básica que não o modelo da ESF, e a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde, entre outros aspectos. (BRASIL, 2017; ALMEIDA et al., 2018).

Os princípios e diretrizes aparecem, em suma, conservados na escrita da PNAB 2017 (universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade).

Na PNAB 2017, estão identificadas o que poderiam ser as causas das 'diferenciações excludentes' indicadas na PNAB de 2011, no acesso e acolhimento do serviço de saúde, ressaltando a proibição dessas (distinções acompanhadas de exclusão devido a condições como idade, gênero, orientação sexual, raça/cor, entre outras). (MELO et al., 2018, p.43).

Contudo, conforme estudos, entre 2007 e 2017, diversos programas e estratégias foram implementadas na busca de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica, porém persiste o desafio da baixa resolubilidade desses serviços (ALMEIDA et al, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasil (2017) define ser atribuição comum a todos os profissionais das ESF: manter atualizado o cadastramento das famílias no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Além disso, é responsabilidade comum a todas as esferas dos gestores: desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica, de acordo com suas responsabilidades; estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação (BRASIL, 2017).

Também a PNAB tem os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica orientados para a sua organização nos municípios, Brasil (2017) aborda então os princípios:

- **Universalidade:** que possibilita o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade, e resolução deste da porta de entrada a unidade de saúde até a sua saída, com objetivo de acolher, promover vinculação e corresponsabilizando atenção para as suas necessidades. Além de ter organização e funcionamento para as equipes que atua na Atenção básica UBS, devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade, sempre ofertar os cuidados, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.
- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) destaca que o texto da nova PNAB explicita alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais. E o autor reforça que a AB tem sido destacada para maioria da população orientada pelos princípios.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) já está implantada no SUS há 18 anos, foi criada em 2003, com o objetivo de atuar diante as orientações clínicas, éticas e políticas, as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (BRASIL, 2003). Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (RAMOS, 2018; BRASIL, 2013).

Ramos (2018, grifo meu) destaca que a PNH possui três princípios fundamentais para a sua implementação, sendo o primeiro deles a **transversalidade**, que traduz na horizontalização das relações e troca de experiências entre profissionais multidisciplinares e o usuário assistido, ampliando a intercomunicação; a **indissociabilidade** entre atenção e gestão, corresponsabilização, assim decisões devem ser tomadas em conjunto e todos devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e redes de saúde; e o **protagonismo**, corresponsabilidade e empoderamento dos sujeitos e coletivos.

Ramos (2018) considera que a efetivação dos princípios da PNH, depende de uma Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada, permitindo aos profissionais de saúde assistenciais, conhecer o paciente, identificar suas necessidades conforme o acompanhamento contínuo e, dessa forma, se necessário, encaminhá-lo a especialistas e a atendimentos de maior complexidade. Por fim, a autora cita que a gestão coletiva deve habituar os trabalhadores da instituição - profissionais da assistência, de apoio e todo profissional que se relaciona com os usuários - a estabelecer modos humanizados naquele ambiente.

A (PNH) está inserida em todas as políticas e programas do SUS, onde houve muitas mudanças nas relações do trabalho na ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, onde foi possível excluir o isolamento das relações de poder hierarquizadas, que havia antigamente (BRASIL, 2013).

Na diretriz que há na PNH, é que o dever é acolher é reconhecer o outro e sua necessidade de saúde. O acolhimento tem o objetivo de sustentar e comparecer na relação entre equipes/serviços e usuários/comunidade. Como valor das práticas de saúde, de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho na construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos de saúde, mas também ultrapassando seus limites institucionais constituindo como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Goulart e Chiari (2010) destacam a humanização das práticas dos profissionais de saúde, pois como são submetidos a processos de trabalhos mecanizados e ainda considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto no qual se configuram formas de relação médico-paciente e, assim, ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática.

Todo profissional de saúde deve ter uma boa escuta para ser oferecida às necessidades do usuário, assim garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas a cada necessidade, aumentando a efetividade das práticas de saúde. Isso dará certeza que todos possam ser atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

Os usuários do SUS, possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devemos incentivar a todos do conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2013).

Se todos os profissionais de saúde pudessem fazer com que as informações os direitos possam chegar até ao usuário, assim como, a implementação das ouvidorias e outros meios de escuta do usuário que façam suas questões chegarem aos gestores e sejam defendidas conforme seus direitos. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social (BRASIL, 2013).

Ramos (2018) destaca que o acolhimento é ferramenta essencial para que a humanização na atenção básica seja efetivada, podendo ser realizada por todos os profissionais da equipe, em todos os níveis e em todas as situações do cotidiano que se faça presente a possibilidade de diálogo direto entre profissional-paciente. Além da recepção no primeiro contato, estabelecimento de graus de prioridade e gravidade, o processo conta com o atendimento integral ao usuário, para que ele se sinta valorizado, cuidado e realmente acolhido.

3.4 IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliado dentro do contexto do acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde, assim devem ter as possibilidades de chegar até uma unidade de saúde para obter um determinado serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

Brasil (2010) traz a referência do conceito como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

A equidade no serviço de saúde é um fator essencial, incluindo:

- (1) acesso igualitário para necessidades semelhantes (incluindo o acesso geográfico, acesso cultural e econômico);
- (2) tratamento igualitário para necessidades semelhantes (pacientes devem receber o mesmo tratamento de saúde independentemente de sua idade, sexo, renda,;) e
- (3) resultados (outcome) igualitários para necessidades semelhantes (OLIVEIRA et al., 2014).

O acolhimento implica reorganização do processo de trabalho buscando a otimização das ações e serviços, a diminuição do tempo de espera nas unidades, a hierarquização de riscos e a respostas às demandas da população, incluindo as intersetoriais. Para que a estratégia do acolhimento seja mais efetiva, os profissionais de saúde devem estar capacitados para a sua realização (OLIVEIRA et al., 2014, p.45).

Brasil (2010, p. 18) enfatiza que o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, como diretriz e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços, sendo assim caracterizadas minuciosamente:

- Diretriz, como uma tecnologia do encontro, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.
- Ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Souza et al (2008) citam que os conceitos acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Acrescentam que apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares, sendo que acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis.

Clementino et al. (2015) reforça que para a concretização do acolhimento se requer a interação de diversos aspectos e alteração na micropolítica da

produção de saúde, refletindo diretamente no envolvimento e satisfação do usuário, já que o mesmo é o elemento central desse processo.

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA et al., 2008).

Segundo Franco et al. apud Souza et al (2008), o acolhimento integra três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Penna, Faria e Rezende (2014) enfatizam que para melhoria do acesso aos serviços de saúde, tornam-se fundamentais a prática da integralidade e a implantação do acolhimento como tecnologia de organização do serviço e da demanda programada e espontânea. Assim, representa um conjunto de ações que repensam a dinâmica de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF), construindo um modelo assistencial capaz de envolver todos os profissionais na realização da assistência, na escuta de qualidade e na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários (CLEMENTINO et al, 2015).

Clementino et al (2015) em seu estudo com a avaliação pelos profissionais pelo Programa PMAQ, no ano de 2012, no Sul, 81,9% citam a implantação do acolhimento, 80,2% utilizam o turno matinal para realização do acolhimento, 78,3% na frequência de realização do acolhimento em 5 dias na semana, 98,1% para escuta e avaliação das necessidades (protocolo). Já em relação à perspectiva dos usuários, 73,8% conseguiu ser escutado ao procurar a UBS, 18,1% consideraram Muito Bom quanto à qualidade do acolhimento recebido (no território Nacional) e 37,6% Bom.

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. (LOPES et al., 2015, p. 116).

Por fim, nota-se que, quando o acolhimento é qualificado, o vínculo e o acesso são efetivados de forma a refletir em resultados positivos no atendimento à população (PENNA, FARIA, REZENDE, 2014).

3.5 A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NO SERVIÇO DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com Mendes (2016) o acesso foi definido recentemente como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas de cuidado, resultante então de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

As experiências de adequados acessos aos serviços de saúde estão associadas com maiores adesões aos tratamentos, com melhores resultados clínicos, com melhor qualidade dos cuidados e com menor utilização dos serviços (ANHANG PRICE et al., 2012 apud MENDES, 2016).

Segundos estudos de Dias et al. (2016) quanto ao atendimento ofertado nas Unidades do serviço de saúde pública, 64,2% informaram que há algo que os desagrada. Entre os desagradados destacam-se: dificuldade de marcar consultas no geral (18,2%), de marcar exames laboratoriais e outros exames (14,5%), de marcar consulta com especialistas (17,0%), de acesso geográfico ao local de atendimento (0,9%), demora no atendimento (32,9%) e outros desagradados (16,5%). Dessa forma, destaca-se a necessidade de organização do serviço para compreender as necessidades dos usuários e verificar forma de solucionar e/ou minimizar esses impactos na saúde da comunidade.

O acesso aos serviços de saúde deve estar referido pelo conceito de atenção centrada na pessoa, pois para Mendes (2016) esse enfoque exige a substituição da pessoa-paciente, aquela que foi destituída de sua condição de agente e que recebe prescrições dos profissionais de saúde e as executa, pela pessoa-agente de sua própria saúde que interage proativamente com a equipe de saúde.

A participação da pessoa na atenção à saúde envolve a compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam; o autodiagnóstico e o manejo de certos sintomas menores; a seleção, em parceria com os

profissionais de saúde, dos tratamentos; o uso apropriado das tecnologias de tratamento e de medicamentos; o monitoramento dos sintomas e da evolução do tratamento; a consciência sobre a segurança das tecnologias sanitárias utilizadas; e a adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde (MENDES, 2016, P. 17).

Mendes (2016) enfatiza que a organização do acesso aos serviços de saúde implica a busca de um equilíbrio entre ações concomitantes que devem ser realizadas no lado da oferta e da demanda. Contudo, o predomínio do modelo de gestão da oferta diminui a importância relativa que devem ter as ações de racionalização da demanda. Assim, a emergência do modelo de gestão da saúde da população permite superar essa limitação vigente ao colocar como foco dos sistemas de atenção à saúde as necessidades de uma população adstrita a uma rede de atenção à saúde.

A demanda na atenção primária é muito ampla, mas também muito concentrada em poucas condições de saúde, assim as necessidades de saúde da população vinculada à atenção primária à saúde, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais) transformam-se em demandas efetivas que levam ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos (MENDES, 2016).

Nesse sentido, o desafio do SUS, com princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, é garantir acesso com disponibilidade de serviços e recursos; acessibilidade; adequação funcional; capacidade financeira; e aceitabilidade por parte de trabalhadores e usuários (JESUS, ASSIS, 2010; CHÁVEZ et al, 2020). E os autores reforçam que a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal.

Com base nessas premissas, o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma que existia de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco - pela

incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. (PROGRAMA, 2000).

Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (PROGRAMA, 2000).

Assim, ao encaminhar os pacientes com mais garantia de referência e menos desperdício, o Programa Saúde da Família amplia o acesso de todos aos benefícios tecnológicos. O modelo de atenção preconiza do pelo Programa de Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos - o percentual restante destina-se a unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos (PROGRAMA, 2000).

Portanto, Mendes (2016) ressalta que para organizar o acesso à atenção primária à saúde deve-se desencadear um processo que envolve alguns passos: a definição do problema, a designação de grupo tarefa para manejá-lo, a definição de objetivos e metas, a identificação e implementação das mudanças propostas e o monitoramento do processo para verificar se as mudanças resultaram em melhorias.

A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção (PROGRAMA, 2000).

Mendes (2016, p.43) destaca

O desequilíbrio entre oferta e demanda gera atrasos e aumentos de tempo de espera, diminuindo a satisfação das equipes de saúde e das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde. Se a demanda é igual à capacidade de oferta não há problema, mas se houver variações, seja no lado da demanda, seja no lado da oferta, podem surgir desequilíbrios, ainda que temporários, que incrementam os tempos de espera. As estratégias para equilibrar oferta e demanda requer ações de racionalização no lado da demanda, da oferta e dos fluxos de trabalho e das pessoas usuárias a fim de ajustar a demanda e a capacidade de oferta de forma contínua.

Um sistema adequado de acesso à atenção primária à saúde tem como objetivo fortalecer o princípio da longitudinalidade que garante o aporte regular de

cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (MENDES, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este projeto foi apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde junto à população e equipe da Unidade Básica. Elaborou-se um plano de intervenção para desenvolver Ações de educação em saúde e reorganização do acesso na Unidade Básica Boqueirão do município de Carambeí, Paraná. Como início da execução deste trabalho houve reunião com os gestores (Secretário de saúde, a equipe da atenção primária e a equipe em geral de saúde. Sendo que as ações ocorreram entre do dia 05 de outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

Primeiramente foi realizada reunião com a equipe de saúde da UBS Boqueirão, no dia 09/11/2020 onde se teve a ideia em conjunto de iniciar um plano para que fosse possível debater ideias para a organização dos atendimentos aos pacientes que fazem uso dos cartões para os atendimentos com os especialistas (cardiologista, endocrinologista, cirurgião, psiquiatra) e também para os pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos.

Após a realização da reunião em equipe da unidade, realizou-se outra reunião com os atuais gestores no mês de outubro para que pudéssemos ter o apoio para este trabalho e visando desburocratizar e agilizar o acesso à saúde no município. Pois a utilização de um único cartão reduzirá a sobrecarga nos serviços ofertados em cerca de 50% na medida em que os atendimentos serão direcionados especificamente à população local.

Após essas reuniões, foi realizada uma busca ativa no mês de novembro com a ajuda da equipe, principalmente dos ACS, pois o contato com a população é direto e constante. Foram coletados dados dos pacientes hipertensos, diabéticos, pacientes psiquiátricos, com comorbidades. As informações coletadas pelos ACS foram repassadas para a equipe da unidade. Na sequência, foram solicitados equipamentos de proteção individual (EPI) para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para proteção de todos os profissionais de saúde envolvidos, por conta da pandemia. Além disso, todos passaram por um rigoroso treinamento em relação à COVID-19.

A entrega do folheto em forma de convite foi feita através dos agentes de saúde nas visitas domiciliares, uma semana antes da reunião que foi realizada na UBS, nas datas 05 de outubro a 09 de outubro de 2020.

Realizaram-se palestras educativas **quando?** para a população, no qual se mostrou os benefícios que a população terá após a unificação do cartão de saúde. Exemplo: caso o paciente perca o seu cartão no dia da consulta, como já acontece rotineiramente, cada setor de atendimento terá um cartão do paciente com todos os seus dados pessoais, clínicos e patológicos, e também acesso as vacinas tomadas, os últimos exames feitos.

Todo desenvolvimento do cartão foi no período de 3 meses, e as reuniões realizadas foram todas na própria UBS.

Relato dos participantes, conforme QUADRO 11.

QUADRO 11: DEVOLUTIVA DOS PACIENTES SOBRE AS ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A UNIFICAÇÃO DO CARTÃO DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA BOQUEIRÃO 2020.

QUESTIONAMENTOS	RESPOSTAS
O que eu aprendi?	“Aprendi que esse novo cartão que a doutora Carla, criou facilitará para o meu controle de consultas e remédio com meu psiquiatra “B.H.C
O que precisa melhorar?	“Melhorar e ter em mente sobre a importância do de ter todos meus dados em único só cartão, porque muitas das vezes acabo esquecendo o cartão errado em casa ou perdendo, causando transtornos para você médicos. M.C.O 70 anos
O que eu irei levar de ensinamentos para a minha vida?	Ter mais cuidado quando tiver durante o tratamento para qualquer tipo enfermidade e não deixar de tomar as medicações, porque aprendi que se não tomar os remédios certinhos, não cura e pode trazer complicações para mim. L.S.B 65 anos
O que é unificação do cartão?	Unir todos meus cartões de atendimento em único só cartão, isso vai facilitar meus cuidados agora com os remédios e meus exames. Obrigada Dr ^a Carla. (G4)
O que acha sobre a unificação?	Creio que esse novo cartão os atendimentos serão mais rápidos, e facilitará para vocês da saúde monitorar a nossa doença. W.A 75 anos

FONTE: A autora (2020).

Os participantes do estudo foram apenas n=44 pacientes que fazem acompanhamento contínuo para o tratamento (hipertensão arterial, diabetes e problemas psiquiátricos). Foram colhidos dados: Medicamentos que eles fazem uso, histórico de cirurgias feitas, patologias atuais.

A execução do projeto seguiu o plano de intervenção proposto no QUADRO 12.

QUADRO 12 - INTERVENÇÕES

Data/horário local	Objetivo	Estratégia	Duração/participantes	Recursos
UBS	Organizar a unificação dos cartões para cartão único de saúde junto aos gestores do município;	Realizar duas capacitações para a equipe.	4 horas- Médico Psiquiatra Enfermeira Farmacêutico Cardiologista Endocrinologista Cirurgião ACS	Apresentação de slides.
UBS CAPS	Atualizar os profissionais de saúde integrantes da Unidade por meio de reuniões sobre a unificação dos cartões de atendimento.	Orientar sobre o novo cartão para os atendimentos médicos	2 meses Médico Psiquiatra Enfermeira Farmacêutico Cardiologista Endocrinologista Cirurgião ACS 1 semana Pacientes cadastrados	Folder e os cartões atualizados Folder
UBS CAPS	Rodas de conversa com pacientes.	Orientar os usuários por meio das consultas sobre a implantação do novo cartão de saúde.	Médico Psiquiatra Enfermeira Farmacêutico Cardiologista Endocrinologista Cirurgião ACS	

FONTE: A autora, 2020.

Na FIGURA 05 encontra-se o fôlder utilizado e a imagem do cartão unificado.

FIGURA 05: FOLDER OFERTADO PARA O CONVITE DA POPULAÇÃO PARA A UNIFICAÇÃO DOS CARTÕES.



CUIDE DA SUA SAÚDE.

Organizações Para a Unificações dos Cartões de Saúde.

Unidade Básica de Saúde Boqueirão,
CAPS: Centros de Atenção Psicossocial de Carambeí.
Policlínica (Cardiologia, Endocrinologia e Cirurgia)
Secretaria de Saúde

Você que estar fazendo acompanhamento médico e medicamentoso para o controle da Hipertensão Arterial, Diabetes e faz acompanhamento no CAPS, estamos te convidando para fazer a unificação dos cartões.

UNIDADE BÁSICA BOQUEIRÃO
RUA XINGU- BAIRRO BOQUEIÃO/ CIDADE
CARAMBEI

TONON, C; PETTRES, A.P. Ações De Educação Em Saúde E Reorganização Do Acesso Na Unidade Básica Boqueirão Do Município De Carambeí, Paraná. Curso de Especialização Atenção Básica /UNA-SUS/UFPR, 2021.



CARTÃO DE SAÚDE

FOTO

NOME:

CNS:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

POSTO DE SAÚDE:

MÉDICO CLINICO:

MÉDICO PSQUITRICO:

MÉDICO CARDIOLOGISTA

MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA

MÉDICO GINECOLOGISTA

OBSTETRA

MÉDICO PEDIATRA:

AGENTE DE SAÚDE:

ENFERMEIRO:

FARMACEUTICO

EM CASO DE EMERGENCIA

AVISAR:

DEFICIENTE FISICO: SIM ()

NÃO ()

ALERGICO A MÉDICAÇÃO: SIM ()

NÃO ()

PERFIL GERAL DO PACIENTE:

CID-10:

Internações hospitalares: SIM () NÃO ()

Procedimento cirúrgico: SIM () NÃO ()

Qual?

Motivos: _____

Tratamento anteriores:

Suporte Familiar: SIM () NÃO ()

GRAVIDA: SIM () NÃO ()

Uso de Droga: SIM () NÃO ()

Doença: SIM () NÃO ()

Qual?

Tratamento atual?

Atualização

terapêutico _____

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

CURVA DA HIPERTENSÃO ARTERIALE HGT

DATA	HORARIO	PA- HGT	PESO

RESULTADOS DE EXAMES:

DATA	GLIC EMIA	COLESTEROL	TRIGLICE.	A.URI

RESULTADOS DE OUTROS EXAMENS:

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do plano de intervenção foi contemplado, pois conseguiu-se realizar ações educativas para a população e a unificação do cartão de saúde foi bem aceita tanto para os gestores como para a população.

Em relação à capacitação da equipe de Saúde, a atualização do novo método implantado na saúde fortaleceu o trabalho em equipe de forma bem exitosa, onde foi possível também de ampliar o acesso mais qualificado da população, baseado nos princípios do SUS, pois os valores de compromisso, ética, organização, transparência, resolutividade, inovação e cooperação permitiu a sensibilização aos profissionais na orientação nessa nossa missão.

A necessidade de unificar os cartões de saúde oportunizou informações de marcação de procedimentos no sistema de saúde, tratamento que o paciente está fazendo, procedimentos cirúrgicos, patologias, valores de exames, entre outros. Assim, unificação trará mais controle e tornará o atendimento restrito, evitando as sobrecargas nos profissionais de saúde.

As limitações deste estudo ainda se encontram na demora em padronizar para todos os pacientes com o novo cartão, porém a meta está em alcançar 50% da população até o final de 2021.

Conclui-se que o aprimoramento das unificações dos cartões possibilitou acesso a informações para os demais profissionais e assim agilizar e desempenhar um papel de atendimento mais eficaz e eficiente voltado para a população e para o município.

REFERÊNCIAS

ADETUR. TURISMO RURAL NO MUNICÍPIO DE CARAMBEÍ-PARANÁ. Paraná Turismo. 2020. Disponível em: <https://www.guiadoturismobrasil.com/cidade/PR/808/carambei>. Acesso em: 11 outubro 2020.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.

BORDIN, D et al. Relação entre empatia e qualidade de vida: um estudo com profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf >. Acesso em: 05 de fev 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em 05 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf>. Acesso em 10 abril 2021

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. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em: 05 de fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

CHAVEZ, G. M. et al . Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, , v. 24, n. 4, e20190331, 2020 . Disponível em

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400219&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2020.

CHUEIRI, Patricia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Sílvia M. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde—uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 12, n. 39, p. 1-18, 2017.

CLEMENTINO, F. S. et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Ab). **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015.

DIAS, O. V. et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 11(38):1-13, 2016.

Cualbondi.org; Openstreetmap.org, 2020. Disponível em: <https://www.openstreetmap.org/?locale=pt-BR>. Acesso em: 12 de dezembro 2020

DATA SUS. IMUNIZAÇÃO. 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11637>>. Acesso em: 12 de dezembro 2020

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.

FRANCA, Viviane Helena de; MODENA, Celina Maria; CONFALONIERI, Ulisses Eugenio Cavalcanti. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2795, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100319&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 dez. 2020.

GOMES, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2021.

IPARDES - INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICA E SOCIAL.2021. **Caderno Estatístico Município de Carambeí**. Disponível em <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84145&btOk=ok>> . Acesso em 03 abril 2021.

JESUS, W.L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 outubro 2020.

KESSLER, Marciane et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200186&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 outubro 2020.

LOPES, A.S.; VILAR, R.L.A.; MELO, R.H.V.; FRANÇA, R.C.S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso em 15 mar 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

MELO, Eduardo Alves et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 15 novembro 2020.

MENDES, E.V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). 2016.

MORAES, Paula Belgo. **Institucionalização dos princípios do sistema único de saúde (SUS): um estudo de caso do conselho municipal de saúde de São João Del Rei (MG)**. 161p. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Lavras. Lavras : UFLA, 2016.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3231-3242, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 novembro 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 novembro 2020.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.R.; REZENDE, G.P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm.** Vo. 18, n.4, p. 815-822, 2014. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>>. Acesso em 20 mar 2021.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, v. 39, n. 4, p. s3-s13, 31 dez. 2016. Disponível em:<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/24263>> . Acesso em: 17 fevereiro 2021

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Apr. 2021.

REDE HumanizaSUS. **Atenção Básica, RAS e Linha de Cuidado**. 2016. Disponível em:<https://redehumanizasus.net/94892-atencao-basica-ras-e-linha-de-cuidado/>. Acesso em 10 abril 2021.

RAMOS, Elen Amaral et al. Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 28, 2018.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2017; 12(39):1-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1451](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1451). Acesso em: 15 janeiro 2021

SOUZA, R.R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Secretário de Assistência à Saúde Ministério da Saúde – Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar 2021.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W.M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**. 2020;44:e4. Disponível em:< doi:10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em xxxx

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1

[Acessado 22 Novembro 2020] , pp. 361-378. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1089-1100, 2015.

APÊNDICE 1 – MODELO DO CARTÃO UNIFICADO



Unificação do cartão para os atendimentos



CARTÃO DE SAÚDE

FOTO

NOME:
 CNS:
 DATA DE NASCIMENTO:
 SEXO:
 ENDEREÇO:
 BAIRRO:
 TELEFONE:
 POSTO DE SAÚDE:
 MÉDICO CLÍNICO:
 MÉDICO PSQUIATRICO:
 MÉDICO CARDIOLOGISTA:
 MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA:
 MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA:
 MÉDICO PEDIATRA:
 AGENTE DE SAÚDE:
 ENFERMEIRO:
 FARMACÊUTICO:
 EM CASO DE EMERGENCIA AVISAR:
 DEFICIENTE FÍSICO: SIM () NÃO ()
 ALÉRGICO A MEDICAÇÃO: SIM () NÃO ()

PERFIL GERAL DO PACIENTE:

CID-10:
 Informações hospitalares: SIM () NÃO ()
 Procedimento cirúrgico: SIM () NÃO ()
 Qual? _____
 Motivos: _____
 Tratamento anteriores:

 Suporte familiar: SIM () NÃO ()
 GRAVIDA: SIM () NÃO ()
 Uso de Droga: SIM () NÃO ()
 Doença: SIM () NÃO ()
 Qual? _____

 Tratamento atual?

 Atualização terapêutica: _____

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

CURVA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (HGT)

DATA	HORARIO	PA-HST	PESO

RESULTADOS DE EXAMES:

EXAM	VALOR	COMENTARIO	REFER	LAB

RESULTADOS DE OUTROS EXAMES: