

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Juliana Mara Nascimento Pereira

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA 01 “PREVENÇÃO: O MELHOR REMÉDIO” DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. LUNARDE TADEU BIANCHETTI, MUNICÍPIO DE ALFREDO
VASCONCELOS – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Juliana Mara Nascimento Pereira

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA 01 “PREVENÇÃO: O MELHOR REMÉDIO” DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. LUNARDE TADEU BIANCHETTI, MUNICÍPIO DE ALFREDO
VASCONCELOS – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Professor Dr. Alisson Araújo

Belo Horizonte

2020

Juliana Mara Nascimento Pereira

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA 01 “PREVENÇÃO: O MELHOR REMÉDIO” DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. LUNARDE TADEU BIANCHETTI, MUNICÍPIO DE ALFREDO
VASCONCELOS – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Banca examinadora

Professor: Alisson Araújo, Doutor, Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

Professora Maria Dolôres Soares Madureira, Mestre, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de setembro de 2020

Dedicado a todos os pacientes que, em 10 anos de prática clínica do SUS, enriqueceram-me com suas queixas, ajudaram-me a tornar-me melhor profissional e humana e me ensinaram sobre medicina.

Dedico também a todas as equipes das quais tive o privilégio de participar, somando com a minha parte do conhecimento para ajudar o bem comum.

Dedico aos meus pais, que sempre me ensinaram a ouvir mais e falar menos, a escutar com atenção e não apenas com os ouvidos e a me importar com o que me era dito.

Ao meu esposo, que sempre me corrige com ternura, me elevando ao próximo patamar, e que me ouve com todos os sentidos.

Às minhas filhas Petrina e Verena, pedras preciosas que o senhor Deus me enviou, para que pudesse lapidar ainda mais minha capacidade de me importar com o próximo.

Por fim, agradeço a Deus e à Nossa Senhora das Graças a oportunidade concedida de vivenciar a minha vocação.

“O importante é saber ouvir...”

“A dificuldade em falar com uma pessoa não está em saber o que dizer, nem no método de argumentação que torne claro o que se pretende (...) A dificuldade está em conhecer a mentalidade da pessoa a quem se fala e adotar o meio mais adequado para atingi-la.”

(Han Fei Zi, filósofo chinês)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para reestruturar o processo de trabalho da equipe de Saúde da família “01 – Prevenção é o melhor remédio” no município de Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais. O estudo tem ainda como intuito possibilitar o acesso de seus usuários a ações programáticas resolutivas, elaboradas a partir do estudo da área, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica do Brasil. Para este projeto foi realizada uma breve revisão da literatura por meio da Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família e Acolhimento. Para compilação de informações e construção de uma proposta de intervenção foram utilizados os seis passos do método simplificado de planejamento Estratégico Situacional. Espera-se com este plano de intervenção melhorar o atendimento à população adscrita à unidade, otimizar o uso dos recursos já empregados para a Estratégia de saúde da família e atuar também preventivamente na promoção de saúde, não apenas em ações curativas/assistenciais, além de, com a otimização das atividades, práticas e recursos, reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção básica do município atendido.

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

ABSTRACT

This study aims to propose an intervention plan to restructure the work process of the family health team "01 - Prevention is the best medicine" in the municipality of Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais. The study also aims to enable its users to access resolute programmatic actions, elaborated from the study of the area, recommended by the National Policy for Primary Care in Brazil. For this project, a brief review of the literature was carried out through the Virtual Health Library using the descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy and Reception. To compile information and build an intervention proposal, the six steps of the simplified method of Strategic Situational planning (PES) were used. This intervention plan is expected to improve the service to the population assigned to the unit, to optimize the use of the resources already employed for the Family Health Strategy and also to act preventively in health promotion, not only in curative / assistance actions, in addition to , with the optimization of activities, practices and resources, reducing the workload of professionals involved in primary care in the municipality served.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. User Embracement. Empathy.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 1 – Prevenção é o melhor remédio, Unidade Básica de Saúde Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti, município de Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais – MG.	18
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Demanda excessiva e desorganizada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 – Prevenção é o melhor remédio, do município de Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais – MG.	30
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Demanda excessiva e desorganizada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF1 – Prevenção é o melhor remédio, do município Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais	31
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Demanda excessiva e desorganizada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF1 – Prevenção é o melhor remédio, do município Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CISALV	Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto das Vertentes
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Alfredo Vasconcelos – MG	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família 1 – Prevenção: O Melhor Remédio da Unidade Básica de Saúde Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 1 – Prevenção: O Melhor remédio	15
1.7 O dia a dia da equipe 1 – Prevenção: O Melhor Remédio	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária à Saúde	23
5.2 Estratégia de Saúde da Família	25
5.3 Acolhimento	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Alfredo Vasconcelos está localizado na Zona Campos das Vertentes, pertencendo à Microrregião da Mantiqueira, às margens da Rodovia BR040 (Rodovia JK Rio/Brasília), distando 160 quilômetros de Belo Horizonte (ALFREDO VASCONCELOS, 2020).

Possui uma área territorial de 130,8 Km², sendo predominantemente de área rural, com 90,22%, composta pelas localidades Pouso Alegre, Potreiro, Tanque, Cará, Açude, Américo e Valério (ALFREDO VASCONCELOS, 2020).

De acordo com o censo de 2010 possuía neste ano uma população de 6.075 habitantes, com distribuição semelhante entre os sexos, com uma densidade demográfica de 46,44 hab/km² (BRASIL, 2020).

A principal atividade econômica do município é a produção de rosas, flores e morangos sendo o índice de desenvolvimento urbano em 2010 de 0,675. O salário médio mensal em 2017 era de 1,7 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11,1% (BRASIL, 2020).

No que tange às questões sanitárias, apresenta 62,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 30,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 27,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, ou seja, com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (BRASIL, 2020).

Conta com quatro estabelecimentos de ensino fundamental e um de ensino médio, com uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98 % (BRASIL, 2020).

No âmbito da saúde, possui Gestão Plena da Atenção Básica, pertencendo à microrregião de Barbacena e macrorregião Centro Sul. Para garantir o atendimento em saúde aos seus usuários utiliza-se da rede de assistência à saúde regional.

1.2 O sistema municipal de saúde

Para atendimento aos usuários na Atenção Básica a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza de um Centro de Saúde que abriga três Equipes de Saúde da Família (eSF), cada uma delas compostas por um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A primeira equipe foi implantada no ano de 2001 e a segunda no ano de 2013 e a última em 2016.

Espera-se que a atenção básica seja a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde. Para os casos que demandam atenção especializada, o usuário é encaminhado para outros municípios da região, por meio da Central de Marcação, considerando a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do município. O município tem pacto para os atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar com os municípios de Alfenas, Antônio Carlos, Barbacena, Belo Horizonte, Ibertioga e Juiz de Fora. No entanto, a oferta é insuficiente para atender os usuários com base no princípio da integralidade. Sendo assim, para complementar e suprir a necessidade o município complementa as ações de média complexidade através do Consórcio Intermunicipal do Alto das Vertentes (CISALV).

1.3 Aspectos da comunidade

A UBS está inserida no território municipal urbano, há predomínio de grande atividade comercial na região, como lojas, supermercados, açougues, além da igreja Matriz de Nossa Senhora do Rosário, padroeira municipal. Conta com serviço de coleta seletiva diária, saneamento e rede de esgoto. É um local com boa infraestrutura, com calçamento, iluminação, serviço de transporte coletivo e privado. Por ser a região central do município, recebe grande número de pessoas diariamente em busca de diversos serviços, como por exemplo, o serviço de saúde da UBS Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti.

A ESF 01 – “Prevenção: O Melhor Remédio”, assim como as outras duas equipes, atende tanto a população residente na zona rural quanto urbana do

município, não havendo uma adscrição dos usuários bem definida para cada uma das equipes.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti, está localizada na Praça Nossa Senhora do Rosário, no centro do município de Alfredo Vasconcelos.

Essa unidade conta com 11 médicos ao todo, sendo dois ginecologistas, dois pediatras, quatro clínicos gerais, três médicos da Estratégia Saúde da Família (sendo dois bolsistas). Além disso, conta com três enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, 12 agentes comunitários da saúde, dois cirurgiões-dentistas, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar em saúde bucal, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e uma fisioterapeuta.

A unidade conta com uma estrutura completa, com quatro consultórios médicos e um odontológico, uma sala de vacinação, uma sala de medicação/observação, uma sala de coleta de sangue, uma sala de reuniões, uma sala da enfermagem e uma copa. Conta ainda com quatro ambulâncias e dois motoristas que revezam em escala.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 01 – “Prevenção: O Melhor Remédio” da Unidade Básica de Saúde Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti

A ESF 01 – “Prevenção: O Melhor Remédio” conta com equipe completa de ESF sendo uma médica bolsista pelo projeto Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 12 ACS.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti

A Unidade de Saúde funciona de 7h às 19h devido à adesão da unidade ao programa “SAÚDE NA HORA” proposto pelo Ministério da Saúde (MS). Esse ajuste de horário foi providencial, uma vez que, frequentemente, era preciso estender o horário de atendimento quando algum paciente necessitava permanecer sob observação.

Em geral predomina-se o atendimento de demanda espontânea. A cada 3 meses é realizado os grupos HIPERDIA, onde são atendidos todos os pacientes portadores de hipertensão e diabetes, contudo, sem estratificação de risco. Às terças-feiras são realizadas visitas domiciliares. No restante do tempo o atendimento é direcionado à demanda espontânea.

1.7 O dia a dia da equipe 1 - “Prevenção: O melhor Remédio”

O tempo da Equipe 1 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: atendimento a hipertensos e diabéticos e acompanhamento de gestantes, porém, estas são vistas apenas pela enfermeira da área.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, porém, essa resolução não se mostrou tão adequada quanto o que foi pensado, uma vez que as reuniões não obedecem a estratificação de risco e sempre são vistos todos os pacientes da área, os grupos ficam muito cheios e a qualidade da participação dos grupos não parece adequada, uma vez que permanecem todos os questionamentos da população e também as queixas, mesmo após os grupos.

De forma sintética, segue a agenda da médica atuante na equipe 1:

- Às segundas não há atendimento, pois é dedicado ao estudo para o curso de pós-graduação;
- Às terças feiras são feitos atendimentos de demanda espontânea e visitas domiciliares;
- Às quartas são feitos atendimentos dos agendamentos e atendimento de demanda espontânea;
- Às quintas e sextas o atendimento é todo direcionado à demanda espontânea.
- Puericultura e pré-natal não são realizados pelos médicos das ESF, ficando a cargo dos pediatras e ginecologista.

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

Buscando um conhecimento específico da comunidade atendida sobre as características de territorialização aprendidas ao longo do curso de especialização, foi realizado o diagnóstico situacional por meio do método da estimativa rápida, sendo possível realizar um levantamento dos principais problemas que afetam a comunidade, para então poder estabelecer os nós críticos do problema priorizado.

Os principais problemas que foram identificados no território atendido pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti foram: demanda excessiva e desorganizada, mentalidade assistencialista da gestão e também da população, ausência da médica em muitos dos grupos operativos, como, por exemplo, o grupo de gestantes, falta de ações educativas em saúde, de ações de promoção em saúde, ausência de atendimento de puericultura e pré-natal.

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

A priorização dos problemas refere-se a identificar quais problemas são mais urgentes de possíveis intervenções na Unidade de Saúde e tem sua importância devido a sua capacidade de enfrentamento, ou seja, se a Unidade e a equipe são capazes de intervir positivamente nos problemas. Dessa forma, foi elaborado o quadro a seguir, abordando a classificação de prioridade para os principais problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 1 – Prevenção: O Melhor Remédio, Unidade Básica de Saúde Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti, município de Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais-MG

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Demanda excessiva e desorganizada	Alta	9	Total	1
Mentalidade assistencialista da gestão e da população	Alta	9	Total	2
Ausência de ações de promoção em saúde	Média	8	Total	3
Ausência de atendimento de puericultura e pré-natal	Média	4	Total	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pela necessidade de ajustes no funcionamento da UBS Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti. Durante o diagnóstico situacional ficou explícito que os principais problemas enfrentados são de cunho organizacional quanto à rotina de trabalho, o que demonstra uma má organização do processo de trabalho da equipe 1.

Pelo fato da UBS Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti ser a única unidade de saúde do município acaba se caracterizando como um centro de referência, atendendo grande número de pessoas diariamente, em especial para demanda espontânea. Por esse motivo o serviço é muitas vezes sobrecarregado pelo fluxo intenso de usuários, o que dificulta um planejamento sistematizado para garantir a efetivação dos princípios que regem a atenção básica.

A própria gestão acaba por definir que a equipe de saúde priorize o atendimento de emergência e de quadros agudos para todas as faixas etárias, o que dificulta a inversão deste modelo. Contudo, sabe-se que a manutenção deste modelo não agrega em melhoria da qualidade do cuidado prestado à comunidade.

Apesar do desgaste causado pela demanda, é mister que os profissionais das equipes se reúnam para programarem as ações que serão executadas e conhecerem a área adstrita com suas particularidades. Esta atitude não implica em aumento das despesas direcionadas para as equipes, o custo dela será mesmo proveniente da boa vontade dos profissionais envolvidos. Num primeiro momento poderá parecer complicado, porém, com as ações implementadas o trabalho se tornará mais intuitivo e menos desgastante para todos.

Assim, este trabalho se faz importante por buscar propor a inversão de um modelo de atenção em que a população é majoritariamente atendida por meio da demanda espontânea. Espera-se, assim, contribuir positivamente para a melhoria da organização e da qualidade dos atendimentos ofertados na UBS, com conseqüente garantia da continuidade e melhoria da qualidade do cuidado prestado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para reestruturar o processo de trabalho na USF 'Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti', do município de Alfredo Vasconcelos, no intuito de possibilitar o acesso de seus usuários a ações programáticas resolutivas, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica.

3.2 Objetivos específicos

- Reestruturar o processo de trabalho, buscando implantar o modelo horizontal da saúde da família preconizado pelo ministério da saúde, tirando o foco no modelo assistencialista praticado no município; Promover maior integração da ESF1, possibilitando maior autonomia a todos os profissionais integrantes da mesma;
- Fortalecer o vínculo da equipe com os usuários assistidos na área de abrangência;
- Aumentar a assertividade das ações de saúde a partir do estudo das necessidades da área adstrita, melhorando as condições de vida da população atendida, visando, dessa forma, reduzir a morbimortalidade desses pacientes;
- Reduzir a sobrecarga de trabalho da equipe e o estresse decorrente desta.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do projeto de intervenção para o enfrentamento do problema identificado baseou-se nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que compreendem: identificação dos problemas, classificação e priorização de problemas, explicação do problema selecionado, descrição do problema selecionado, seleção dos "nós críticos", desenho das operações, identificação dos recursos necessários, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Inicialmente foram levantados os principais problemas da comunidade por meio do Método de Estimativa Rápida e realizada priorização dos mesmos, de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Após priorização do problema, o mesmo foi descrito e explicado, sendo selecionados os nós críticos para desenho das operações.

Para a fundamentação teórica deste trabalho será realizada uma revisão bibliográfica sistemática sendo utilizados artigos indexados nas bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores saúde: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Acolhimento, sendo as buscas direcionadas para artigos e publicações do Ministério da Saúde, entre outros.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi a forma pensada pelo governo federal de levar a saúde o mais próxima possível da necessidade das pessoas. Ela foi criada para ter capilaridade, isto é, pensar a saúde de uma forma o mais próxima e acessível possível dos usuários, compartilhando com estes a responsabilidade do cuidado e da promoção da saúde.

Também foi planejada para ser a porta de entrada de todo o sistema de saúde, além de ser a ordenadora e a interlocutora entre os diferentes níveis deste sistema.

Segundo Lavras(2011), médica sanitaria e pesquisadora da Unicamp em seu excelente estudo “Atenção primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais à Saúde no Brasil”, de 2011, página 867:

O termo "Atenção Primária à Saúde" (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui (...) as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, pág. 11).

Baseando-nos em Mendes(2011) podemos deduzir que a Atenção Primária a Saúde é o centro da atenção no modelo poliárquico horizontal, além de ser a coordenadora deste sistema de atenção. Ela age de forma proativa, baseada em planos de cuidados realizados conjuntamente pelos profissionais de saúde e usuários, com foco nas condições agudas e crônicas de sua população adscrita, com o objetivo de melhorar a saúde dessa população e o usuário é corresponsável,

juntamente com a equipe, pela própria saúde. As demandas são planejadas a partir das necessidades da população adscrita e as intervenções são diversas, podendo ser promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas, visando resolubilidade, comunicação e responsabilização, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (MENDES, 2011).

Vemos, portanto, que a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede.

Portanto, entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento, com a plena implantação da APS (LAVRAS, 2011).

5.2 Estratégia de Saúde da Família

A ESF é um programa do governo federal pensado como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no *"estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população"* (BRASIL, 1997).

O PSF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência, ou seja, cada equipe, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, deve responder por uma população adscrita em torno de três a quatro mil pessoas (BRASIL, 1994, Apud SCHIMITH, LIMA, 2004, Pág. 1488).

Alinhada ao modelo de estratificação do atendimento, a ESF é uma importante forma de organização da atenção primária à saúde, caracterizando-se como porta de entrada do SUS, conforme relatado acima. Está ligada à UBS local e visa resolver pelo menos 80% das queixas de saúde de uma população e referenciar aos níveis secundário e/ou terciário as queixas que não foram completamente sanadas pela atenção primária (BRASIL, 2006a).

Sendo a principal ferramenta da APS, está encarregada de implementar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas na área de abrangência (MENDES, 2011).

Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4mil pessoas adscritas, sobre as quais a equipe passa a ser corresponsável pelo cuidado com a saúde, buscando promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco (BRASIL,2006b).

São atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 1997):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;

- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

5.3 Acolhimento

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BORGES, 2015).

Deve ser feito desde o primeiro momento que o usuário chega à unidade de saúde. O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

Conforme citam Schimith e Lima(2004, 1487):

Para Carvalho & Campos, acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos. (Carvalho e Campos, 2000, Apud Schimith e Lima, 2004, Pág. 1487)

O acolhimento na saúde, para Bueno & Merhy, deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde. (Bueno e Merry, 1997, Apud Schimith e Lima, 2004, Pág. 1487)

É frequente a realização deste por profissionais de enfermagem, os quais o fazem juntamente com a classificação de risco, que se trata de um “filtro organizador” da fila de espera, priorizando o atendimento dos pacientes que apresentam agravos mais urgentes (SILVA, BARROS e TORRES, 2012).

Porém, o acolhimento simples pode e deve ser feito por todos os profissionais trabalhadores da unidade e todos estes trabalhadores devem estar cientes e de

acordo com o fluxo a ser seguido pelos usuários ao procurarem o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

Seu uso pela ESF se faz muito necessário, visto que serve como norteador das atividades e prioridades a serem desenvolvidas pela equipe assistente e dos pacientes que devem ser priorizados (BRASIL, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Demanda excessiva e desorganizada”, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Identifica-se que a demanda excessiva e desorganizada é o problema prioritário enfrentado pela equipe. Uma queixa geral da equipe é a falta de tempo, devido a demanda de atendimento e falta de uma sistematização/programação. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

Desde que assumi a equipe, estou empenhada em organizar e melhorar o fluxo do atendimento, uma vez que os pacientes crônicos há muito tempo não passavam por uma reavaliação individualizada. Creio que esta atitude, em longo prazo, irá melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir custos com medicações e exames, já que boa parte deles não estavam com o tratamento otimizado.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A demanda excessiva e desorganizada acaba refletindo as dificuldades encontradas pela equipe de saúde na organização do processo de trabalho. Ao analisar este problema percebe-se que a equipe tem dificuldade de realizar uma inversão do modelo e acaba sempre centrada na doença. No dia a dia é visível que a equipe tem pouco conhecimento das condições de saúde e de vida dos usuários da área de abrangência.

Ademais, tem-se dificuldade em implementar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. O foco acaba sendo sempre em resolver a demanda aguda ou agudização das condições crônicas. Assim, o atendimento é centrado na doença e na queixa, quase não se conseguindo executar uma agenda programada/cuidado continuado.

Não se pode deixar de mencionar, ainda, que existe uma valorização por parte dos gestores pela quantidade de consultas e não pela qualidade do atendimento.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir da explicação do problema, foram levantados os nós críticos para elaboração de um plano de ação. Neste cenário, algumas situações se apresentam como pontos de maior dificuldade para conseguir atacar o problema priorizado:

- Ausência de agenda programada/cuidado continuado;
- Mentalidade curativa-assistencialista da população atendida, focada no médico e na assistência à doença, em detrimento da promoção da saúde;
- Pouca autonomia dos demais membros das equipes em direcionar o atendimento para a demanda eletiva

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados a seguir, separadamente para cada nó crítico.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018).

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Demanda excessiva e desorganizada ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 – Prevenção é o melhor remédio, do município Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Ausência de agenda programada/cuidado continuado
6º passo: operação (operações)	Implantar agenda programática para atendimento dos usuários portadores de doenças crônicas
6º passo: projeto	Cuidado continuado
6º passo: resultados esperados	Melhorar organização e distribuição das demandas garantindo o atendimento às condições crônicas baseado na linha de cuidado
6º passo: produtos esperados	Sensibilização da equipe quanto à importância da mudança do processo de produção em saúde para proporcionar o acesso a ações de saúde resolutivas a seus usuários; Reuniões quinzenais com a equipe para planejamento das demandas; Capacitação em serviço para transformação da lógica assistencial de saúde e de seu processo de trabalho.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema; confecção da agenda do serviço de saúde definindo-se o melhor dia e horário para cada ação. Financeiro: sem custo Político: Concordância do Gestor com o estabelecimento de horários de atendimento para as demandas programadas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Boa vontade de toda a equipe, não apenas da médica executora, em dispor de maior tempo na unidade para implantação das estratégias pensadas Político: adesão da gestão municipal Financeiro: Sem custo adicional, uma vez que não pensamos sobre ultrapassar o tempo previsto de trabalho de toda a equipe
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica (favorável) Reuniões entre os membros da equipe e técnicos da Secretaria Municipal
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira Mensalmente
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Análise comparativa entre o número de atendimentos programados e o número de atendimentos espontâneos, para analisar o impacto das intervenções e reestruturar o serviço de saúde com o intuito de corrigir possíveis falhas no processo e reforçar a necessidade da adoção de protocolos de otimização do trabalho.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Demanda excessiva e desorganizada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF1 – Prevenção é o melhor remédio, do município Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Mentalidade curativa assistencialista da população municipal
6º passo: operação (operações)	Atividades de promoção da saúde, grupos operativos e medidas educativas de novas práticas
6º passo: projeto	Atividades de promoção da saúde
6º passo: resultados esperados	Melhoria da qualidade de vida e saúde da população, melhoria do fluxo de atendimento da unidade
6º passo: produtos esperados	Redução da morbimortalidade, melhoria da saúde e qualidade de vida
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: grupos operativos ministrados pela médica e enfermeira Financeiro: sem custo, tais medidas poderiam ser implementadas nas dependências da unidade Político: concordância da gestão municipal
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: capacitação de todos os profissionais trabalhadores da unidade para realizar o acolhimento e orientar sobre o processo de trabalho desenvolvido Político: concordância da gestão municipal em modificar o foco da assistência à saúde do município Financeiro: sem custo adicional, seria apenas uma adequação de atividades
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Implementação de grupos operativos e ações promotoras de saúde
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação de melhorias de indicadores de saúde (peso ponderal, glicemias, Pressão arterial) a cada 30 dias realizados pela médica da eSF1
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação comparativa dos pacientes após 90 dias do início das ações de promoção em saúde, utilização de caixas de sugestões para implementação de melhorias

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Demanda excessiva e desorganizada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF1 – Prevenção é o melhor remédio, do município Alfredo Vasconcelos, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouca autonomia dos demais profissionais da equipe em direcionarem o atendimento para demandas eletivas
6º passo: operação (operações)	Aumentar a autonomia e independência dos demais profissionais envolvidos na equipe para direcionarem os pacientes para demandas eletivas, caso se enquadrem. Estruturar as atividades da unidade de saúde para que seja de conhecimento geral o funcionamento da unidade
6º passo: projeto	Estruturar as atividades de demandas espontânea e eletiva de forma a aumentar capacidade informativa de todos os funcionários acerca do funcionamento da unidade
6º passo: resultados esperados	Melhoria dos indicadores de atendimentos eletivos e redução da demanda espontânea
6º passo: produtos esperados	Melhoria da horizontalidade do atendimento, melhoria da autonomia dos demais membros das equipes
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: atividades informativas sobre o novo funcionamento da unidade, privilegiando também a demanda eletiva e não apenas a espontânea Financeiro: nenhum ou baixo custo para a confecção de banners/cartazes informativos Político: estruturação das atividades da unidade
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: altamente viável Político: adesão da gestão municipal Financeiro: viável
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Aumentar a autonomia dos demais membros das equipes, uniformizar as informações fornecidas aos usuários para que não haja contradição entre a(s) equipe(s)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Acompanhamento poderá ser realizado por todos os funcionários da unidade
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação comparativa das demandas espontânea e eletiva

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base todo o exposto no texto, percebe-se que, a partir da melhoria organizacional do método de trabalho realizado na Unidade de Saúde dr. Lunarde Tadeu Bianchetti, almeja-se auferir, entre outros pontos, maior autonomia de todos os profissionais da equipe envolvida, melhoria do atendimento à população adscrita, favorecendo a criação de vínculos com esta mesma população e ampliando o tratamento curativo para a escala também preventiva e de promoção da saúde, que não é feita atualmente na referida unidade, redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos, melhor aproveitamento dos recursos empregados, dentre outros benefícios sensíveis.

Acredito que o maior desafio será convencer os usuários a mudarem do modelo puramente curativo-assistencialista praticado até o presente momento para o modelo de promoção de saúde, visto que a mentalidade assistencialista pré-existente é fortemente enraizada na população municipal em geral e poucos são os que procuram e ouvem quando oferecemos um novo horizonte.

Destaca-se ainda que talvez seja também desafiador convencer os gestores municipais acerca da necessidade desta mudança, porém, estou certa que serão receptivos se perceberem que o que se almeja é para o bem da população atendida.

Por fim, vislumbra-se um horizonte onde a integralidade, a universalidade e a horizontalidade da assistência, tal qual é querida pelo SUS, estaria mais próxima de se concretizar caso tenhamos sucesso com a implantação deste plano de intervenção.

REFERÊNCIAS:

ALFREDO VASCONCELOS. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – Dicas em Saúde: Acolhimento. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> > Acessado em 01/09/2020

BORGES, Yohanna Marêssa Alves. Acolhimento e a Classificação de Risco, **Rede Humaniza SUS**, Brasília, Jun. 2015, disponível em < <http://redehumanizasus.net/90950-acolhimento-e-a-classificacao-de-risco/> > Acesso em 02 de Out. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012, página 11. Disponível em < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em 06 de Out. de 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - BRASIL. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br> > Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS- disponível em <www.aps.saude.gov.br> Acesso em 27/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2006a. (Série E - Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CARTA_DIREITOS_USUARIOS.pdf> Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de

Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica, Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf> Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 16 out. 2020.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf> Acesso em: 6 out. 2019.

LAVRAS, Carmen. A Atenção Primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, dez. 2011. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/#>> Acesso em: 14 set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. 2011, Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf> Acesso em 06 de Out. de 2020.

Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, Junho de 2000, p. 316-319. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf> > Acesso em 02 de Out. de 2020.

SCHIMITH, Maria Denise e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, dez. 2004. Disponível em < <https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n6/1487-1494/pt/>> Acesso em: 14 set. 2020.

SILVA, Paloma Moraes; BARROS, Kelly Pereira; TORRES, Heloísa de Carvalho. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.*;16(2): 225-231, abr./jun., 2012. Disponível em <<https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v16n2a11.pdf>> Acesso em: 16 out. 2020.