

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

Mariana Tomé de Carvalho

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA
DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE III
JOSÉ RODRIGUES, EM SÃO JOÃO DO ORIENTE, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Mariana Tomé de Carvalho

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA
DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE III
JOSÉ RODRIGUES, EM SÃO JOÃO DO ORIENTE, 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.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina
Souza da Silva

Belo Horizonte

2020

Mariana Tomé de Carvalho

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA
DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE III
JOSÉ RODRIGUES, EM SÃO JOÃO DO ORIENTE, 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.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina Souza da Silva

Banca examinadora

Profa. Dra. Aline Cristina Souza da Silva, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2020

RESUMO

A Atenção Primária, modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde, tem como uma de suas funções, ser a entrada para o sistema. As equipes de saúde devem estar preparadas para atender às demandas com resolutividade. O modelo voltado para à demanda espontânea, muitas vezes representa uma necessidade momentânea daquele usuário, contrariando os preceitos da Estratégia de Saúde da Família e do cuidado continuado, principalmente dos portadores de doenças crônicas. Portanto, o objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para redução da demanda espontânea de usuários com doenças crônicas na Unidade Básica de Saúde III José Rodrigues, em São João do Oriente, Minas Gerais. Por meio de uma reunião com a equipe de saúde foi definido o problema a ser trabalhado e para isso utilizou-se o método de estimativa rápida. Os “nós críticos” discutidos, foram: processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema, nível de informação da equipe insuficiente (educação permanente) e da população (educação para a saúde) e melhoria na estrutura dos serviços de saúde. Na Unidade Básica-III no município de São João do Oriente, Minas Gerais, convivemos com uma alta demanda espontânea. A equipe relata dificuldade em se fazer uma escuta e acolhimento de qualidade, devido ao volume de atendimentos.

Palavras-chaves: Doença Crônica. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary care, a model proposed by the Unified Health System, has as one of its functions, to be the entrance to the system. Health teams must be prepared to meet demands with resolve. The model geared to spontaneous demand, often represents a momentary need for that user, contrary to the precepts of the Family Health Strategy and continued care, especially for patients with chronic diseases. Therefore, the objective of this work is to elaborate an intervention Project to reduce the spontaneous demand of users with chronic diseases at the Basic Health Unit III José Rodrigues, in São João do Oriente, Minas Gerais. Through a meeting with the health team, the problem to be worked out was defined and for that, the rapid estimate method was used. The "critical knots" discussed were: inadequate team work process to face the problem, insufficient information level of the team (permanent education) and the population (health education) and improvement in the structure of health services. In the Basic Unit- III in the city of São João do Oriente, Minas Gerais, we live with a high spontaneous demand. The team reports difficulty in listening and receiving quality, due to the volume calls.

Keywords: Chronic Diseases. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe UBS-III José Rodrigues.....12

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da UBS- III, do município de São João do Oriente, Minas Gerais.....22

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da UBS- III, do município de São João do Oriente, Minas Gerais.....23

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde do UBS- III, do município de São João do Oriente, Minas Gerais.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

AVE- Acidente Vascular Encefálico

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

ESF- Equipe de Saúde da Família

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Aspectos gerais do município.....	09
1.2 O sistema municipal de saúde.....	09
1.3 Aspectos da comunidade.....	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde III José Rodrigues.....	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica ESF III José Rodrigues	10
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde III José Rodrigues.....	11
1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde III José Rodrigues	11
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	12
1.9 Priorização dos problemas- seleção do problema para o plano de intervenção.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos específico.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5.1 O Sistema Único de Saúde.....	16
5.2 Estratégia Saúde da Família- ESF.....	16
5.3 Atendimento ao usuário.....	17
5.4 Demanda Espontânea.....	18
5.5 Demanda Programada.....	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	21
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).....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São João do Oriente é um município no interior do estado de Minas Gerais localizado no Vale do Rio Doce e pertence ao colar metropolitano do Vale do Aço. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população estimada em 2020 é de 7.444 pessoas e uma densidade demográfica de 65,55 hab/Km² (IBGE 2020).

A principal fonte de renda são atividades ligadas ao plantio de verduras, legumes e outros vegetais, sendo o quiabo e jiló os de maiores destaques. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal por décadas. A festa de São João que acontece no mês de junho é a tradição cultural do município (IBGE 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde, a cidade é composta por quatro unidades básicas de saúde (UBS), são nestas unidades que ocorrem os atendimentos da atenção primária. O município pertence a macrorregião de Ipatinga, onde é referência para os atendimentos da atenção secundária (consultas e exames de média) e terciária (atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar de alta complexidade).

1.3 Aspectos da comunidade

A maioria da população empregada vive basicamente da empresa de laticínio localizada aos arredores da cidade, comércio e funcionalismo público. O saneamento básico é de qualidade e a coleta de lixo é realizada diariamente. O analfabetismo é elevado na faixa etária acima dos 50 anos. A comunidade conta com uma escola

estadual e uma creche. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte de igrejas e pastorais. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural como festas religiosas, sendo a realizada no mês de junho.

1.4 A Unidade Básica de Saúde III José Rodrigues

A Unidade Básica de Saúde (UBS) III José Rodrigues está localizada no centro do município de São João do Oriente, sendo inaugurada no ano de 2008. O espaço físico é considerado adequado de acordo com a demanda da população adscrita.

A recepção é pequena o que interfere no atendimento em horários de pico (manhã). Não existe sala de reuniões, os encontros dos funcionários são realizados na sala dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou na recepção. Já as reuniões com a comunidade dos grupos operativos, são realizados no espaço cedido pela prefeitura.

A unidade possui além de dois consultórios médicos, uma sala de vacina, uma sala para procedimentos (curativos e pequena cirurgia) e uma para administração de medicamentos com cinco leitos.

Atualmente a unidade está bem equipada, contamos com eletrocardiograma, desfibrilador externo automático, glicosímetro, oxímetro, otoscópio, esfigmomanômetro e detector fetal digital. Porém, sofremos constantemente com a falta de medicação, seja oral ou venosa. Isto já foi repassado várias vezes à coordenação da estratégia de saúde da família (ESF) e a gestão municipal.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica III José Rodrigues

A equipe é formada por cinco ACS, três técnicos de enfermagem, sendo um responsável pela vacinação; um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar em saúde bucal, um auxiliar em serviços gerais e um recepcionista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde III José Rodrigues

O horário de funcionamento da unidade é de segunda-feira às sextas-feiras das 7:00 horas às 17:00 horas.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde III José Rodrigues

Os atendimentos na UBS são quase que exclusivamente voltado às demandas espontâneas e com atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, puericultura, controle de câncer de mama e colo do útero e atendimentos a hipertensos e diabéticos.

O primeiro contato do paciente é na recepção. A recepcionista fica responsável pelos agendamentos e arquivamento dos prontuários. Assim, os mesmos são encaminhados para uma pré-consulta. A enfermeira fica responsável por avaliar estes pacientes que serão encaminhados ao médico de acordo com a classificação de risco.

Os atendimentos médicos são realizados de acordo com a demanda espontânea e as urgências. Os técnicos de enfermagem são responsáveis pela administração dos medicamentos e trocas de curativos, quando solicitados.

Os ACS fazem visitas domiciliares diariamente e busca ativa de alguns pacientes quando necessário. As trocas de receitas são realizadas as terças-feiras. As visitas domiciliares são as quartas-feiras no período da manhã, juntamente com o médico, o enfermeiro e os ACS responsável pela área do paciente adscrito. O atendimento odontológico é realizado diariamente no período de funcionamento da unidade. Devido à grande demanda de atendimentos, as reuniões da equipe para avaliação do trabalho e os grupos educativos ficaram prejudicados devido à falta de tempo.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Através da estimativa rápida, a equipe de saúde apontou os principais problemas de saúde na área de abrangência. São eles: alta demanda espontânea; falta de locais públicos para a população se exercitar (academia pública, pistas para caminhada); dificuldade da população, principalmente doentes crônicos, em aderir o tratamento; Melhoria dos serviços de saúde: farmácia municipal, estrutura da unidade, consultas com especialistas e disponibilidade de exames.

1.9 Priorização dos problemas- seleção do problema para o plano de intervenção

Após a identificação dos problemas mais prevalentes no território de abrangência pela equipe de saúde, foi realizada a importância, a urgência, a capacidade de enfrentamento e a priorização (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe UBS III José Rodrigues

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Elevada demanda espontânea	Alta	12,5	Total	1ª ação a ser realizada
Dificuldade dos doentes crônicos em aderir o tratamento	Alta	10	Total	2ª ação a ser realizada
Melhoria dos serviços de saúde: farmácia municipal, estrutura da unidade, consultas com especialistas e disponibilidade de exames	Alta	5,5	Parcial	3ª ação a ser realizada
Falta de locais públicos para a população se exercitar	Média	2	Parcial	4ª ação a ser realizada

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

No município de São João do Oriente, Minas Gerais, a equipe da UBS - III José Rodrigues enfrentam alguns problemas no modelo de organização do processo de trabalho, principalmente devido à elevada demanda espontânea. Tornou-se necessário buscar de forma efetiva a atenção integral, deixando de lado o modelo reativo e episódico focado em ações curativas, principalmente nos grupos de risco (diabéticos e hipertensos), os quais foram observados um aumento da mortalidade e complicações decorrentes da má adesão ao tratamento.

Este trabalho propõe estratégias na mudança no modelo dos processos de trabalho que contribuam na organização para que os atendimentos se tornem mais efetivos e qualificados, principalmente daqueles que são portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para redução da demanda espontânea de usuários com doenças crônicas na Unidade Básica de Saúde III José Rodrigues, em São João do Oriente, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Conhecer o processo de trabalho da equipe de saúde da UBS.

Avaliar como a demanda espontânea afeta o cuidado continuado dos portadores de doenças crônicas.

Elaborar estratégias para a melhoria dos serviços prestados à população, bem como o atendimento desde o acolhimento até o acompanhamento desses pacientes.

4 METODOLOGIA

Por meio de uma reunião com a equipe de saúde foi definido o problema a ser trabalhado e para isso utilizou-se o método de estimativa rápida. Para tanto, foi utilizado um diagnóstico situacional da população e características do Município. O plano de ação foi elaborado seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme Faria, Campos e Santos (2018) em que depois de escolhido o problema mais prevalente na UBS, ele será em seguida descrito, explicado e serão identificados os “nós críticos”, bem como os recursos críticos necessários para a realização das operações e, por fim, definir os atores que controlam esses recursos críticos.

O próximo passo foi fazer um levantamento bibliográfico acerca do assunto estudado utilizando os descritores em ciências da saúde como: Doença Crônica. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Por meio de uma reunião com a equipe de saúde foi definido o problema a ser trabalhado e para isso utilizou-se o método de estimativa rápida. Para a busca na literatura foram utilizados artigos científicos indexados em banco de dados como nas plataformas científicas Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 2020). Foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira (Brasil, 2015).

Os princípios do SUS, são: universalidade, equidade e integralidade. É composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades (BRASIL, 2000).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A ESF se organiza por meio de Equipes de Saúde da Família (ESF) composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Cada equipe deve se responsabilizar por, no máximo 4000 habitantes, sendo a média recomendada 3000, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. O número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS é de 12 ACS por ESF (BRASIL, 2006).

A equipe é complementada com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são eles: 1 dentista, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1

farmacêutico, 1 fonoaudiólogo, 1 médico psiquiatra, 1 médico ginecologista, 1 médico geriatra e 1 médico pediatra.

O papel da ESF veio para se tornar possível o planejamento das ações em saúde, priorizando os problemas mais frequentes e resolutividade às demandas espontâneas. Ações educativas são realizadas, melhorando a compreensão sobre saúde-doença pela população. É sempre importante dar ênfase aos grupos de risco, com a finalidade de prevenir doenças evitáveis (BRASIL, 2011).

Com a implantação da ESF vieram algumas dificuldades, a principal delas é o aumento das demandas espontâneas. Em muitas unidades não há estrutura física e número de profissionais suficientes para atender toda a demanda, o que dificulta o acesso dos usuários que realmente necessitam do serviço e a atenção resolutiva.

5.3 Atendimento ao usuário

A assistência prestada no SUS é um direito garantido para qualquer cidadão brasileiro, ocorre a partir do modelo de hierarquização. Desta forma, o atendimento ocorre em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A Atenção Primária é constituída pelas UBS, pelos ACS, pela ESF e pelo NASF (BRASIL, 2020). Esse conjunto é considerado a “porta de entrada” ao SUS, onde realizam as marcações de consulta, exames, realização de procedimentos menos complexos (vacinação e curativo).

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2020).

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia,

transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (BRASIL, 2020).

5.4 Demanda Espontânea

A demanda espontânea é quando o indivíduo comparece à UBS inesperadamente, seja por problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue necessário (BRASIL, 2010).

Ele deve ser acolhido na Atenção Básica (AB) devido: 1) o usuário apresentar queixas que devem ser acolhidas e problematizadas junto ao paciente, 2) a AB conseguir absorver e ser resolutiva em grandes partes dos problemas em saúde, 3) criação e fortalecimento de vínculos e 4) criação de oportunidade para intervenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço (BRASIL, 2010).

A base no atendimento no modelo clássico de saúde é a demanda espontânea. A ESF não deve ignorar a demanda espontânea, porém, como sua prioridade é a promoção de saúde, deve organizar suas atividades de modo a superar os problemas prioritários de saúde/doença da população (DUNCAN, 2004).

5.5 Demanda Programada

Friderich e Pierantoni (2006) definem como demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ações previa a consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõem a rede de AB e pautada em ações preventivas.

É preciso ter equilíbrio entre demanda espontânea e atenção agendada. O modelo fragmentado voltado para o atendimento espontâneo e de condições agudas desequilibra as respostas sociais e de acompanhamento longitudinal do usuário e seus familiares (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), sempre haverá demanda espontânea para atendimentos agudos em decorrência de agudização de doenças crônicas ou eventos novos não esperados. Deve haver, portanto, uma rede de atendimento preparado para casos de urgência e emergência, que não deve ser de responsabilidade da atenção básica de saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Elevada demanda espontânea”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A elevada demanda espontânea, é a prioridade neste cenário para o plano de intervenção. Na APS a demanda é quantitativamente muito elevada e envolve amplo espectro de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde. Em média de 500 consultas mensais por demanda espontânea, 20% eram para acompanhamento de doentes crônicos, por exemplo. Com isso, essa ampla demanda está concentrada em poucos problemas e não ao processo de cuidado de pacientes com doenças pré-existentes.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

No âmbito profissional, quando somadas à incompreensão de suas potencialidades a grande demanda de usuários na AB faz com que a equipe se ressinta de não estar fazendo ESF ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e, ainda, a dificuldade de lidar com a demanda não imediatamente reconhecida como da saúde, provocando nas equipes a sensação de serem pouco resolutivas (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Na ESF III enfrentamos diariamente este problema, onde por conta do grande número de demanda espontânea a atenção e cuidado com os pacientes portadores de doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica), levou a um aumento da mortalidade e complicações como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE).

6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo)

A equipe de saúde foi reunida e a partir do problema selecionado referente a alta demanda espontânea, partiu-se para a seleção dos “nós críticos, que são eles:

- 1- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.
- 2- Nível de informação da equipe insuficiente (educação permanente) e da população (educação para a saúde).
- 3- Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.

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 nos quadros seguintes (Quadro 2 ao 4), separadamente segundo cada nó crítico listado acima.

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da UBS- III (José Rodrigues), do município de São João do Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Alta Demanda Espontânea
6º passo: operação	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema
6º passo: projeto	Cuidado integrado
6º passo: resultados esperados	Cobertura de 80% da população em risco
6º passo: produtos esperados	Implantação de linha de cuidado para pacientes portadores de doenças crônicas com risco aumentado de IAM e AVE, protocolos, regulação e recursos humanos capacitados
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: elaboração de cuidados e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
7º passo: viabilidade do plano recursos críticos	Setor de comunicação social e Secretário de Saúde- Favorável
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Não
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira e Coordenador de ABS- início em 2 meses e finalização em 10 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Cuidado integrado para risco de AVE e IAM em portadores de doenças crônicas; aos 10 meses: Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde. Protocolos implantados; aos 5 meses: Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; Edital elaborado. Recursos humanos capacitados: aos 8 meses: Programa de capacitação elaborado. Capacitação com início Regulação implantada; aos 10 meses: projeto de regulação em discussão. Gestão do cuidado integrado implantada: aos 10 meses: projeto de gestão do cuidado integrado implantado

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde do UBS- III (José Rodrigues), do município de São João do Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe insuficiente (educação permanente) e da população (educação para a saúde)
6º passo: operação	Educação permanente em saúde para a equipe de saúde e comunidade
6º passo: projeto	Educação e Saúde
6º passo: resultados esperados	Levar conhecimento e informação em saúde para os profissionais e a comunidade, para diminuir a demanda espontânea.
6º passo: produtos esperados	Palestras voltadas aos profissionais de saúde; Palestras voltadas a comunidade; Programa na rádio local; Grupos operativos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre as doenças crônicas. Político: Conseguir um espaço que a prefeitura possa ceder para a realização das palestras, treinamentos e aulas. Financeiro: aquisição de recursos para as aulas, professores e palestrantes.
7º passo: viabilidade do plano recursos críticos	Prefeito (motivação favorável); Secretária de Saúde (motivação favorável); Diretor da Rádio (motivação favorável).
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões com a equipe multidisciplinar (dirigentes, equipe de saúde, associação comunitária, entre outros)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da ESF, médica, enfermeira e secretário de saúde. 2 meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Palestras voltadas a comunidade sobre doenças crônicas: implantação em todas as microáreas (2 meses). Aulas e treinamento voltados aos profissionais da área de saúde: conteúdo e horários definidos (2 meses). Programa educativo na rádio local: conteúdo e horário definido pela emissora local (2 meses).

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de saúde do UBS- III (José Rodrigues), do município de São João do Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.
6º passo: operação	Acompanhamento com consultas periódicas com especialistas e exames periódicos para tratamento de doenças crônicas
6º passo: projeto	Saúde especializada
6º passo: resultados esperados	Acompanhar pacientes portadoras de doenças crônicas, como diabéticos e hipertensos, realizando consultas periódicas de 6/6 meses com especialistas (cardiologista e endocrinologista) Realizar exames laboratoriais e cardiológicos periódicos (ECG/ECO TT).
6º passo: produtos esperados	Consultas especializada 6/6 meses; Exames laboratoriais (parceria com laboratórios do município)
6º passo: recursos necessários	Político: Conseguir um espaço dentro da unidade básica para as consultas e convênios com laboratórios do município Financeiro: aquisição de recursos para pagamento dos médicos e para a realização dos exames.
7º passo: viabilidade do plano recursos críticos	Prefeito (motivação favorável); Secretária de Saúde (motivação favorável)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões com a equipe multidisciplinar (dirigentes e equipe de saúde)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da ESF e Secretário de Saúde. 4 meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Exames laboratoriais de rotina: implantação em todos os pacientes portadores de doenças crônicas (4 meses). Consulta com especialista (cardiologista/endocrinologista): estarão disponíveis 1 vez por semana durante 6 horas/dia para atender a demanda de pacientes portadores de doenças crônicas (4 meses).

Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho e discussão com a equipe da unidade de saúde de São João do Oriente, pode-se concluir que a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação, a priorização dos problemas e a construção do plano de ação são importantes no processo de planejamento. É uma forma de enfrentar os problemas mais sistematizados.

A partir das nossas vivências observou-se que o processo de trabalho precisa ser contínuo e permanente com o planejamento estratégico de toda a equipe. Cada pessoa tem características diferentes que se refletem no meio onde vivem com diferentes queixas, costumes, culturas e necessidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p.56, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 20 de nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: Princípios e conquistas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em em: 15 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção

Básica, n. 28, Volume I. Brasília, 2011c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf . Acesso em: 25 jan.2016

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. da S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 9, n. 3, p. 494-502, jul.-set. 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/x/Downloads/9545-Texto%20do%20artigo-47700-1-10-20110222%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/x/Downloads/9545-Texto%20do%20artigo-47700-1-10-20110222%20(4).pdf). Acesso em: 15 out. 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

DUNCAN, Bruce B. (et al). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed 2004.

Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. Rev Saúde Coletiva 2006; 16(1):83-97.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SÃO JOÃO DO ORIENTE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-do-oriente.html>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

MENDES, E. V. Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, apud CARVALHO, F. J. S. Projeto de intervenção mediante estratégias para controle e redução da elevada demanda espontânea no centro de saúde Vila Cemig –Belo Horizonte/MG. UFMG, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6057.pdf>. Acesso em: 3 fev.2016.