

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

MICHELL RODRIGUES ARAUJO

**MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SARZEDO –
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/MG

2017

MICHELL RODRIGUES ARAUJO

**MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SARZEDO –
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor(a) Liliane da Consolação Campos Ribeiro

BELO HORIZONTE / MG

2017

MICHELL RODRIGUES ARAUJO

**MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SARZEDO –
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a) Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Examinador 2 – Professor(a). Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

RESUMO

O presente trabalho refere-se à importância da mudança do modelo assistencial na Unidade Básica de Saúde Masterville no município de Sarzedo/MG. Apresenta como objetivo propor um projeto de intervenção destinado à conscientização da população, gestores municipais bem como, profissionais da unidade quanto à necessidade urgente da mudança do modelo hegemônico de assistência em saúde apresentado pelo município. A metodologia que fundamentou este estudo foi a utilização do Planejamento Estratégico Situacional, realização de estimativa rápida para determinar os problemas prioritários e os “nós críticos” apresentados pelo município bem como, levantamento de dados locorregionais com atores sociais do município, dados em sistema de informação em saúde (e-SUS) e observação direta do cotidiano do trabalho desenvolvido por toda a equipe de saúde da unidade, entre o período de janeiro de 2017 à abril de 2017. Posteriormente à obtenção dos dados citados, foi realizado um levantamento bibliográfico na literatura em base de dados eletrônicos como BVS, LILACS, NESCON, PUBMED e Ministério da Saúde para confrontar os problemas apresentados pela unidade às diversas recomendações presentes na literatura vigente. Esse conhecimento fornecerá subsídios para a mudança de modelo assistencial no município de Sarzedo/MG e permitirá implementar estratégias voltadas à promoção, prevenção e recuperação em saúde com consequente melhoria na assistência em saúde do município.

Palavras-chave: Política de Saúde. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Acolhimento.

ABSTRACT

The present work refers to the importance of changing the care model in the Basic Health Unit Masterville in the municipality of Sarzedo/MG. It intends to propose an intervention project aimed at raising awareness among the population, municipal managers as well as the professionals of the unit regarding the urgent need to change the hegemonic model of health care presented by the municipality. The methodology on which this study is based was the use of the Situational Strategic Planning, consisting in a rapid estimation to determine the priority problems and the "critical nodes/bottlenecks presented by the municipality as well as, local regional data collection with social actors of the municipality, data in health information system (e-SUS), and direct observation of the daily work performed by the entire health team of the unit, between the period of January 2017 to April 2017. Subsequent to obtaining the cited data, a bibliographic survey was carried out in the literature based on electronic data such as Virtual Health Library (VHS), LILACS, NESCON, PUBMED and the Ministry of Health to confront the problems presented by the unit to the several recommendations present in the current literature. This knowledge will provide subsidies for the change of care model in the municipality of Sarzedo/MG and will allow implementing strategies aimed at health promotion, prevention, and recovery with consequent improvement in health care in the municipality.

Key words: Health Policy. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Health Promotion. User Embracement.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Transferência de recursos para saúde, ano exercício 2016, Sarzedo/MG	17
Gráfico 1 – Distribuição de frequência segundo faixa etária e sexo da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	28
Quadro 1 – Distribuição de frequência segundo faixa etária e microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	29
Quadro 2 – Indicadores epidemiológicos segundo microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	29
Quadro 3 – Distribuição de famílias segundo destino do lixo e microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	31
Quadro 4 – Distribuição de famílias segundo destino de dejetos e microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	31
Quadro 5 – Distribuição de famílias segundo abastecimento de água e microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	32
Quadro 6 – Percentual da população analfabeta entre menores de 15 anos segundo microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	32
Quadro 7 – Percentual de crianças menores de 14 anos fora da escola segundo microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	33
Quadro 8 – Visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde segundo a microárea da população adscrita à equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	33
Quadro 9 – Distribuição das consultas do médico e enfermeiro segundo os programas	34

da equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017

Quadro 10 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do bairro Masterville, Sarzedo/MG, 2017	39
Figura 1 – O modelo de atenção às condições agudas	51
Figura 2 – O modelo de atenção às condições crônicas	52
Quadro 11 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “População Adscrita” da equipe Laranja, Unidade Básica de Saúde Masterville, Sarzedo/MG, 2017	54
Quadro 12 – Operações sobre o “nó” crítico 1 – Subnotificação dos sistemas de informação relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais	58
Quadro 13 – Operações sobre o “nó” crítico 2 – Busca ativa inadequada pelas Agentes Comunitárias de Saúde relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais	59
Quadro 14 – Operações sobre o “nó” crítico 3 – Estrutura dos serviços de saúde relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais	60
Quadro 15 – Operações sobre o “nó” crítico 4 – Baixa adesão da população aos Grupos Operativos Propostos relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos Gerais sobre o município de Sarzedo/MG	10
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.2.1 Financiamento da Saúde	12
1.2.2 Rede de Serviços	18
1.3 Comunidade do Bairro Masterville	21
1.3.1 Aspectos Gerais	21
1.3.2 Unidade de Saúde da Família	23
1.3.3 Equipe de Saúde da Família	23
1.3.4 Funcionamento da Unidade de Saúde	25
1.3.5 O trabalho da Equipe de Saúde da Família	26
1.4 Aspectos demográficos	28
1.5 Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF	29
1.6 Saneamento Básico, abastecimento de água e destino do lixo	31
1.6.1 Destino do lixo	31
1.6.2 Esgoto	31
1.6.3 Abastecimento de água	32
1.7 Educação	32
1.8 Atividades desenvolvidas pela equipe	33
1.9 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	37
1.9.1 Lista geral de problemas	37
1.10 Priorização dos problemas	39
2 JUSTIFICATIVA	41
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo geral	

3.2 Objetivos específicos	
4 METODOLOGIA	44
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	45
5.1 Contextualizando o Sistema Único de Saúde em Sarzedo/MG	45
5.2 Modelo de Atenção em Saúde em Sarzedo/MG	47
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	54
6.1 Descrição do problema selecionado	55
6.2 Explicação do problema selecionado	57
6.3 Seleção dos nós críticos	57
6.4 Desenho das operações	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO DE SARZEDO/MG

Sarzedo é uma cidade com 30.478 habitantes, localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte e limita-se com os municípios de Betim, Ibirité, Mário Campos e Brumadinho. É constituído apenas do distrito sede e possui uma área de 62,17 Km², que corresponde a cerca de 0,3% da superfície total da Região Administrativa em que está inserido na RMBH (IBGE, 2017). Inicialmente conhecida por Cachoeira de Santa Rosa de Lima, em referência a uma famosa cachoeira próxima a atual cidade e a uma fazenda pioneira na região, o povoado de Sarzedo teve maior impulso com a implantação da Estrada de Ferro Central do Brasil, linha do Paraopeba. Assim como ocorrido em diversos municípios mineiros, o surgimento do povoado de Sarzedo está ligado à exploração mineral. Se no século XVII, a busca do ouro determinou uma maior interiorização da população orientando a ocupação do território, no século XX a extração do minério de ferro e o seu transporte propiciaram o surgimento dos diversos núcleos de povoamento na região do sudeste do Brasil (PMS, 2017).

Com a inauguração da Estação de Sarzedo em 1917, o povoado foi crescendo lentamente em seu entorno, quando em 27 de dezembro de 1948, através da Lei nº 336, o povoado de Sarzedo elevou-se a distrito do município de Betim. Em seguida, o distrito de Sarzedo foi transferido para o município de Ibirité em 30 de dezembro de 1962, data da criação deste novo município. Finalmente, foi emancipado através da Lei nº 12.030, de 21 de dezembro de 1995. Em 1º de janeiro de 1997 tomaram posse os primeiros Prefeito e Vice-Prefeito e a primeira Câmara Municipal (PMS, 2017).

Segundo a Prefeitura Municipal de Sarzedo (2017b), a área rural hoje representa um importante papel na constituição do Município, possuindo 5,44% da população da cidade. Além disso, tem um importante papel na economia, visto que de suas propriedades saem produtos hortigranjeiros que abastecem parcialmente a cidade e também outras regiões.

Durante os 10 anos seguintes ao processo de emancipação política e administrativa, a cidade vem sendo preparada para receber os muitos investimentos necessários a fomentar o desenvolvimento social e econômico da região, principalmente no que tange aos setores econômicos tradicionais, como a agricultura e a mineração, além de uma importante ação de fomento a novas atividades geradoras de receitas e empregos, como a implantação de um

Parque Industrial, que já conta com mais de 20 empresas instaladas, e ainda 11 outras em fase de instalação, sendo importante destacar a existência de áreas para viabilizar a implantação de 20 a 25 empresas de pequeno e médio porte. Apesar do setor agropecuário ser um dos setores de grande presença territorial, o mesmo não apresenta significativa contribuição para o PIB do município, girando em torno de 4%. O setor de indústria apresenta a maior participação no PIB da cidade, girando em torno de 49%, o que contraria as médias brasileiras em que a indústria representa 28,5% do PIB, caracterizando assim a importância do setor industrial no município (PMS, 2017b).

Tendo em vista este alto índice de industrialização ocorrido na última década, a cidade teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e muito menos, de um desenvolvimento social. Devido a sua proximidade com a capital do estado bem como regiões caracteristicamente conhecidas pelo seu alto índice de criminalidade, como Betim e Contagem, Sarzedo tem sido frequentemente utilizada na rota do tráfico de drogas para municípios vizinhos sendo acompanhado de todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas (PMS, 2017b).

Segundo dados da Secretaria de Estado de Defesa Social, houve um aumento em 110% no número de roubos no município de Sarzedo no ano de 2013/2014.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. O município tem parte do seu território localizado dentro da área de preservação APA-SUL, onde há atrativos turísticos como cachoeiras e matas nativas que propiciam a prática de esportes como caminhada, esportes radicais, entre outros. Outros pontos turísticos conhecidos são os museus da Ferrovia e da Mineração que oferecem ambiente para visitação diariamente (PMS, 2017b).

As principais festividades do município são as comemorações religiosas, podendo-se citar a Festa da Sagrada Família do Engenho Seco e a Festa da Padroeira Santa Rosa de Lima. Fora do campo religioso, há também o Desfile da Independência, que é realizado anualmente no dia 7 de setembro e conta com a participação das escolas municipais e estaduais (PMS, 2017).

Festa do aniversário de emancipação da cidade, que acontece todo dia 21 de dezembro desde 1996. Festa do Rodeio, que é realizada numa área próxima ao distrito industrial de Sarzedo todo mês de setembro. Além das cavalgadas anuais (PMS, 2017).

A Prefeitura em parceria com o Departamento de Cultura oferece Curso de Teatro Infantil. Além disso, existe na cidade a Liga Desportiva de Sarzedo que realiza anualmente o Campeonato de Futebol Amador (PMS, 2017).

O município também instalou um total de 10 academias ao ar livre, em diversas localidades da cidade, cada uma delas com 12 equipamentos de ginástica e um painel que orienta a utilização de cada aparelho.

Quanto à rede de serviços em saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017) o município possui vinte estabelecimentos de saúde e de acordo com a secretaria de saúde municipal, três dessas unidades oferecem atendimento odontológico. Dessa forma, o município conta com 01 Secretaria de Saúde, 08 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica (Unidade de Pronto Atendimento), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 02 consultórios isolados de assistência social, 01 Equipe do Programa de Atenção à Saúde Domiciliar (PAD), 01 Farmácia distrital, 01 Central de Regulação em Saúde, 03 Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia consorciado bem como, 01 Centro de Especialidades Médicas. Observa-se também que o município não possui unidades competentes para a realização de partos.

Em 2012 a Secretaria de Saúde do município estima que nasceram 398 crianças cujas mães residem em Sarzedo. As principais maternidades que atenderam essas mães para o parto foram a Maternidade de Ibirité, o Hospital Regional de Betim, a Maternidade Otaviano Neves, o Hospital Dia e a Maternidade da Unimed. A equipe Estratégia de Saúde da Família na qual estou inserido, Equipe Laranja do bairro Masterville, possui 3.732 pessoas perfazendo um total de 522 famílias cadastradas, segundo fonte do e-SUS, 2017.

Analisando criticamente a situação dos equipamentos urbanos de Sarzedo, nota-se que os serviços básicos não são suficientes para o município e sua população. Na área da saúde, por exemplo, há uma unidade de saúde para cada 2.868 pessoas. Em vários pontos da cidade, o cidadão tem que se locomover para outros bairros para ter acesso às unidades de saúde e de educação. A situação da segurança pública também é crítica, pois em uma cidade em constante crescimento e, conseqüentemente, também em crescimento das ocorrências criminais, existe apenas 01 viatura para cada 5.169 pessoas. Além disso, as áreas voltadas para o lazer também são insuficientes e não atende a toda a população (PMS, 2017b).

1.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.2.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A assistência e o financiamento público à saúde no Brasil são realizados por intermédio do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O SUS foi concebido com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e institucionalizou a universalidade da assistência pública à saúde no Brasil, procurando trazer um carácter mais redistributivo aos gastos públicos em saúde. A descentralização da gestão é um dos princípios-chave para o funcionamento do sistema, sendo que as políticas e diretrizes são definidas por comissões de que participam as três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, mas os recursos do governo federal são transferidos para que as ações sejam executadas pelos estados e, principalmente, pelos municípios. (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Ainda segundo Simão e Orellano (2015), anteriormente à implantação do SUS, a cobertura era restrita aos trabalhadores do mercado formal bem como seus dependentes, através do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Cabiam ao Ministério da Saúde, segundo esses autores, a realização de campanhas de vacinação e ações de controle de endemias, além da gestão de alguns hospitais psiquiátricos e especializados no tratamento da tuberculose, mas não a gestão completa da assistência à saúde da população, ainda sem um carácter universal, contribuindo, dessa forma para acentuar as desigualdades regionais pelo país. Dados da Secretaria de Planejamento do INAMPS de 1986 demonstram que àquela época, gastava-se 59,28% dos recursos em saúde do país com a região Sudeste, enquanto esta representava somente 43,79% da população do país. Por sua vez, apenas 18,10% dos recursos eram gastos com a região Nordeste, que totalizava 28,82% da população brasileira à época.

Em 1990, a partir da transferência do INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, a rede de assistência médico-hospitalar deixou de ser restrita a pequena parcela da população brasileira, adquirindo a partir de então um carácter universal do atendimento, assegurado pela Constituição Federal. Entretanto, a redistribuição dos recursos ao longo das regiões do Brasil ainda levou algum tempo para se equiparar entre as diversas federações, uma vez que a assistência permaneceu vinculada às instalações do INAMPS.

Dessa forma, foi necessário implementar um sistema de transferência de recursos e responsabilidades entre os entes da federação. (SIMÃO & ORELLANO, 2015)

Apenas no ano 2000, a partir da promulgação da Emenda Constitucional n.º 29, que se definiu efetivamente qual parcela das receitas da União, dos estados e dos municípios deveria compor os fundos de assistência à saúde. Além disso, as Normas Operacionais do SUS, publicadas nos anos 90 e início dos anos 2000, foram atribuindo maior responsabilidade aos estados e municípios na definição de estratégias e na gestão de recursos (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Segundo Simão e Orellano (2015), a Emenda Constitucional n.º 29 (EC-29) estabeleceu que a União deveria aplicar, em 2000, o montante empenhado em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Para os demais anos, a EC-29 estabelece que a União deva destinar recursos à saúde em um montante de receitas igual ao do ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já para os estados e municípios, a EC-29 estipula que a União deva dedicar, respectivamente, um mínimo de 12% e 15% de suas receitas anuais para o financiamento à saúde.

Simão e Orellano (2015) ainda afirma que a receita dos estados é proveniente de quatro fontes: (I) impostos estaduais (ICMS – sobre a circulação de mercadorias e serviços; IPVA – sobre a propriedade de veículos automotores; ITCMD – sobre heranças e doações), (II) transferências da União (cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); cota-parte do IPI-Exportação; transferências da Lei Complementar n.º 87/96 – Lei Kandir), (III) imposto de renda retido na fonte e (IV) outras receitas correntes, como a receita da dívida ativa de impostos e multas. Já no caso dos municípios, a base para o cálculo dos 15% sobre a receita é composta pela soma de cinco fontes: (I) impostos municipais (ISS – sobre serviços de qualquer natureza; IPTU – sobre a propriedade predial e territorial urbana; ITBI – sobre a transmissão de bens imóveis), (II) transferências da União (cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); cota-parte do ITR; transferências da Lei Complementar n.º 87/96 – Lei Kandir), (III) imposto de renda retido na fonte, (IV) transferências do Estado (cota-parte do ICMS; cota parte do IPVA; cota-parte do IPI-Exportação) e (V) outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos).

A partir de 2006, pela implementação do “Pacto pela Saúde”, as transferências condicionais especificadas pela EC-29 são destinadas pela União aos governos locais por meio de um dos seguintes blocos de financiamento: (I) Atenção Básica, (II) Atenção de Média

e Alta Complexidade, (III) Vigilância em Saúde, (IV) Assistência Farmacêutica, (V) Gestão do SUS e (VI) Investimentos. Tais transferências, conhecidas como “fundo a fundo”, ocorrem de forma automática ao longo do ano. Anteriormente à criação do Pacto havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação (SIMÃO & ORELLANO, 2015).

Após o Pacto pela Saúde, os estados e municípios passaram também a poder receber recursos através de um fundo destinado a investimentos adicionais (através do bloco Investimentos), que são liberados mediante a aprovação de projetos específicos pelo Ministério da Saúde. Esses projetos devem ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avalia sua conformidade com os planos estaduais e municipais. Os projetos aprovados são formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos (BRASIL, 2010).

Existe ainda a possibilidade de que os estados e municípios estabeleçam Convênios com o governo federal para a realização de ações e programas de responsabilidade mútua. Nesses casos, o governo federal também transfere recursos para o ente conveniado e pode exigir algum tipo de contrapartida financeira, a depender do que foi acordado. Além dos estados e municípios, entidades filantrópicas e organizações não governamentais também podem estabelecer Convênios com o Ministério da Saúde para o financiamento de projetos específicos na área de saúde. Os repasses através de Convênios são transferências voluntárias e, segundo dados da Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), representavam menos de 10% do montante transferido em 2006.

- Transferências:

Em 2016, o município de Sarzedo recebeu da União um repasse de R\$ 34.655.903,06, sendo que deste valor 21% foram destinados à saúde, perfazendo um total de R\$ 7.463.260,29 conforme a Tabela 1. Além disso, pode-se inferir que o gasto per capita anual em saúde foi de R\$ 244,87. Além da má qualidade da gestão dos recursos, que tem impacto direto na assistência da população e na atuação dos profissionais, podemos inferir que, não diferente de outros municípios brasileiros, Sarzedo não tem na saúde pública como uma prioridade dentro da gestão municipal (BRASIL, 2017).

TABELA 1 – Transferência de Recurso para a Saúde, ano exercício 2016, Sarzedo - MG

Ação	Linguagem cidadã	Acumulado anual
Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	PAB Variável – PSF	2.389.159,80
Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde	EMENDAS	1.900.000,00
Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	TETO MAC	823.669,56
Piso de Atenção Básica Fixo	PAB Fixo	716.012,63
Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA		578.682,30
Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS		489.600,00
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde	329.795,94
Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde	Estruturação/DAB	120.000,00
Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada	BUCAL	85.800,00
Incentivo Financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais	HIV AIDS	9.999,96
Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192	SAMU	8.250,00
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária	Vigilância Sanitária	8.158,50
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos	Vigilância Sanitária	2.631,60
Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde		1.500,00
TOTAL		7.463.260,29

Fonte: BRASIL, 2017.

1.2.2 – REDE DE SERVIÇOS

- ATENÇÃO PRIMARIA:

Em 2006, iniciou-se em Sarzedo a estruturação local do Programa de Saúde da Família, com a implantação de 06 equipes para dar uma cobertura assistencial a 100% da população. Posteriormente, foram implantadas mais duas equipes. As atuais 08 equipes são multiprofissionais, constituídas, cada uma delas, por 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar administrativo e 06 Agentes Comunitários de Saúde. Tal composição vai ao encontro do que é sugerido pelo Ministério da Saúde. Cada equipe conta também com o apoio da especialidade de pediatria para suporte ao atendimento de crianças e adolescentes. Assim como em diversos municípios brasileiros, um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

- ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O município possui um Centro de especialidades Médicas com sede dentro do prédio da Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo e conta com especialistas em dermatologia, cardiologia, neurologia, endocrinologia, ginecologia, obstetrícia e oftalmologia.

- ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA

Sarzedo possui um serviço de atenção à urgência e emergência conhecida como Policlínica Municipal Oldack Pinheiro de Rezende que disponibiliza exames de apoio diagnóstico, pequenas cirurgias e consulta especializada em pediatria. Inaugurada em 2004 a partir de parcerias público-privadas entre governo do Estado e a iniciativa privada local, a unidade conta com 16 leitos de observação, sendo que destes, 04 são destinados aos atendimentos de média complexidade. Dessa forma, o município se tornou, desde a sua inauguração, referência em urgência e emergência para alguns municípios da região. A unidade conta ainda com um laboratório de patologia clínica com funcionamento 24 horas por dia o que evita que exames em caráter de urgência sejam encaminhados para outros municípios.

- ATENCAO HOSPITALAR:

O município não possui um serviço de atenção terciário em saúde. Dessa forma, quando necessário, os pacientes são transferidos para hospitais da região, como Hospital Municipal do Barreiro, Hospital Regional de Betim ou Hospital Municipal de Ibité.

- APOIO DIAGNÓSTICO:

Sarzedo não possui laboratório central e dessa forma as análises laboratoriais ocorrem no laboratório do consórcio ICISMEP e laboratórios credenciados por esse consórcio. Além disso, quando necessária a utilização de outros serviços de diagnóstico, o ICISMEP em parceria com clínicas conveniadas é responsável pela realização de exames como eletrocardiograma, eletroencefalograma, radiografias, tomografias computadorizadas, etc.

- ASSISTENCIA FARMACÊUTICA:

Inaugurada em 2011 no município de Sarzedo, a unidade da Rede Farmácia de Minas beneficia 26 mil habitantes e garante à população o acesso a medicamentos da atenção primária de forma humanizada com atendimento aos usuários do SUS com dispensação gratuita de medicamentos dedicados à atenção primária à Saúde previstos no REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).

- VIGILANCIA DA SAÚDE:

O município possui 01 Unidade de Vigilância em Saúde e Centro de Controle de Zoonoses que oferecem serviços de atenção à saúde do trabalhador, serviço de vigilância epidemiológica e sanitária. Conta com uma equipe composta por 01 biólogo, 02 médicos do trabalho, 02 enfermeiros, 01 auxiliar de laboratório de análises clínicas, 02 Agentes Comunitários de Saúde, 04 visitantes sanitários e 01 assistente administrativo.

- **RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:**

Em conformidade com assertiva descrita anteriormente, a rede de serviços em saúde do município conta com 08 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica (Unidade de Pronto Atendimento), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Equipe do Programa de Atenção à Saúde Domiciliar (PAD), 01 Farmácia distrital e 01 Centro de Especialidades Médicas (com especialistas em dermatologia, cardiologia, neurologia, endocrinologia, ginecologia, obstetrícia e oftalmologia). Além disso, o município participa de um Consórcio Intermunicipal em Saúde nomeado de Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba (ICISMEP) integradas por 26 municípios, entre eles, Betim, Brumadinho, Bonfim, Carmópolis de Minas, Contagem, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itabirito, Itaguara, Itatiaiuçu, Itaúna, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Onça do Pitangui, Piedade dos Gerais, Piracema, Pitangui, Ribeirão das Neves, Rio Manso, São Joaquim de Bicas, São José da Varginha e Sarzedo. O ICISMEP possui atendimento às seguintes especialidades: angiologia, cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia. O município não possui laboratório central e dessa forma as análises laboratoriais ocorrem no laboratório do referido consórcio. Quando há a necessidade de atendimento em especialidades que não se encontram disponíveis no Centro de Especialidades Médicas do município ou no ICISMEP, os pacientes são orientados informalmente a procurarem atendimento na rede pública de Belo Horizonte, sendo a principal porta de entrada ao sistema de saúde da capital do estado, o Hospital Santa Rita na região do Barreiro.

1.3 – COMUNIDADE DO BAIRRO MASTERVILLE

1.3.1 – ASPECTOS GERAIS

O bairro Masterville é uma comunidade de cerca de 6100 habitantes, localizada na antiga fazenda denominada “Cabeludo”, com uma área aproximada de 31 alqueires, margeando a linha férrea da Estrada de Ferro Central do Brasil. O bairro se formou em 1999 a partir do decreto municipal nº 74 de 04 de maio com o intuito de urbanizar a região e dessa forma, propiciou investimentos da iniciativa privada para realizar o loteamento da região corroborando para o crescimento demográfico do bairro. A região situa-se numa região muito rica em nascentes, lagoas e cursos d’água, que desaguam na Lagoa da Petrobrás e no córrego

Tabatinga (afluente do Ribeirão Sarzedo). Tais águas são utilizadas para a criação de animais, exploração da agricultura em fazendas próximas e agricultura familiar de subsistência bem como, irrigação de flores e plantas ornamentais. Atualmente, a principal empresa empregatícia é a prefeitura de Sarzedo e comércio informal no município sede. É grande o número de desempregados e subempregados no bairro. O bairro não possui um centro comercial que atenda as necessidades dos moradores, sendo que dessa forma, é necessário que os mesmos se desloquem 4,7 Km até o centro comercial no município sede. A estrutura de saneamento sanitário deixa muito a desejar principalmente nos condomínios residenciais no entorno do bairro. A prefeitura de Sarzedo foi a responsável pelo esgotamento sanitário da cidade até 2010, quando assinou um contrato de 30 anos com a COPASA, que desde então se tornou a responsável pelo esgotamento sanitário do município. Contudo, nem todo o município possui ligações de rede de esgotamento sanitário. Segundo a COPASA (2013), 78% do município é atendido por redes coletoras de esgoto, o restante da população utiliza fossas negra ou até mesmo o esgotamento a céu aberto. Há alguns pontos críticos na rede, onde a rede de água pluvial se mistura a rede do esgoto. Em todo o município há apenas uma ETE (Estação de Tratamento de Esgoto), com capacidade para atender 2.400 habitantes e se localiza no bairro Riacho da Mata. Entretanto, segundo a COPASA (2013), a ETE existente no bairro Riacho da Mata, não se encontra em funcionamento, devido ao contrato COPASA/PMS. Do ponto de vista ambiental a situação do esgotamento sanitário de Sarzedo é precária, pois todo o esgotamento captado no município é lançado “in natura” nos córregos e no ribeirão Sarzedo. Conforme informação da prefeitura, nenhum esgoto de Sarzedo é descartado na “Lagoa da Petrobrás”, pois todo esgoto é canalizado e rejeitado mais à frente no Ribeirão Sarzedo, e posteriormente no Rio Paraopeba (PMS, 2017). Quanto aos níveis educacionais dos habitantes do bairro, o analfabetismo é relativamente alto principalmente entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. O bairro possui ainda uma escola de educação infantil (CEMEI) que atende aproximadamente 450 crianças entre 6 a 13 anos em dois turnos (matutino e vespertino). Crianças maiores e adolescentes em idade escolar necessitam se deslocar para o município sede para uma das 13 escolas municipais ou estaduais da cidade por meio da utilização do transporte escolar disponibilizado pela Secretaria Municipal de Educação de Sarzedo. A Prefeitura, juntamente com a Secretaria Municipal de Educação mantêm dois programas importantes para o município: para crianças de até 12 anos (Núcleo de Atenção Psicossocial à Infância – NAPSE), intitulado como Ciranda, destinado à todas as crianças da rede municipal. O

programa oferece apoio para crianças com dificuldade nas áreas afetiva, comportamental, social, cognitiva e fonoaudiologia. Porém, o programa enfrenta dificuldades como instabilidade da equipe, longo prazo para obtenção de recursos materiais, espaço físico impróprio e a falta de um transporte de apoio. O Cirandar visa valorizar e melhorar a educação do município, nele, a carga horária foi ampliada e, além de trabalhar na base educacional nacional, oferece atividades extracurriculares como balé, jiu-jitsu, informática, inglês, música, artesanato, formação pessoal e social, além do atendimento individual para alunos que apresentam diferentes ritmos de aprendizado. Não existem iniciativas de trabalho na comunidade por parte do terceiro setor. A comunidade do bairro Masterville é bastante heterogênea quanto às condições socioeconômicas, mas o índice de criminalidade no bairro tem aumentando nas últimas décadas relacionada principalmente às atividades relacionadas ao tráfico de drogas. O bairro possui ainda uma Unidade Básica de Saúde contando com uma Equipe de Saúde da Família (Equipe Laranja) e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.3.2 – UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA

A Unidade Básica de Saúde Masterville, inaugurada há 07 anos, abriga a Equipe Laranja e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com a MG 040, rodovia de acesso até o município sede. A unidade foi construída para abrigar a Unidade de Saúde e foi recentemente reformada. Possui uma estrutura adequada para abrigar a unidade, contando com 01 sala de reunião, 01 sala de vacina, 01 sala de curativo e pequenas lesões, 01 sala de observação com 03 leitos, 03 consultórios, 01 sala de espera com 02 banheiros, 01 recepção, 01 cozinha, 02 banheiros para funcionários, 01 expurgo, 01 almoxarifado e 02 equipos odontológicos. Porém, devido ao grande crescimento populacional ocorrido no bairro nos últimos anos, acredito que seria necessário ampliar a unidade para abrigar uma segunda ESF, tendo em vista que a população atendida atualmente é de aproximadamente 6100 habitantes. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Tal fato dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

As reuniões com a comunidade são realizadas na sala de reunião da própria unidade, porém conforme o número de participantes é necessário realocar as reuniões para a Igreja Evangélica existente ao lado da unidade que possui um espaço mais adequado para tais

eventos, tendo em vista que a sala de reunião da unidade apresenta dimensões inadequadas para o recebimento de eventos com número superior à 20 participantes.

A unidade, atualmente, encontra-se bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho em equipe, porém até o final da última administração não possuía fita para glicosímetro, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e cobertura especial de curativos. Além disso, as reuniões em equipe necessárias para educação permanente e educação em saúde não tem ocorrido, dificultando as tomadas de decisões, planejamentos e avaliação em saúde.

1.3.3 – EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

A equipe de saúde da família é composta por enfermeiro, médico, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem e equipe de saúde bucal.

1.3.4 – FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde Masterville funciona de 07 às 16 horas de segunda às sextas-feiras e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência e atividades administrativas, como recepção e arquivo, sempre que o técnico de enfermagem ou enfermeiro estão na unidade. Além do horário normal de funcionamento, existe uma jornada estendida de 16 às 20 horas para atendimento à demanda de pacientes que não podem comparecer à unidade no horário normal de funcionamento da unidade. Este atendimento com jornada estendida é realizado pela equipe de apoio e ocorre todas as terças e quintas-feiras.

1.3.5 – O TRABALHO DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

A agenda do médico da equipe é organizada a partir de consultas que contemplem a atenção à demanda espontânea e à atenção programada, ações educativas através da implementação de grupos operativos, ações de educação permanente em saúde através de ações de matriciamento com o Centro de Atenção Psicossocial e renovações de receitas. A agenda médica é organizada pela coordenadora da Unidade Básica de Saúde Masterville em conjunto com a secretária da UBS da seguinte forma: de 2^{as} às 5^{as} feiras de 07 às 08 horas da

manhã o horário é reservado para que o profissional médico possa realizar as renovações das receitas dos pacientes com condições crônicas e solicitar, quando julgar necessário, exames de rotina conforme a comorbidade apresentada ou convocar pacientes para a realização de consultas programadas, de 2^{as} às 5^{as} feiras de 08 às 09 horas – 04 vagas destinadas ao atendimento à atenção programada de pacientes portadores de condições crônicas ou reavaliações, de 09:00 às 12:00 horas – 10 vagas destinadas ao atendimento à demanda espontânea da unidade e de 12 às 13 horas – período de almoço do profissional. O período vespertino é destinado às ações programadas exclusivamente, conforme o dia da semana: 2^{as} feiras de 13 às 16 horas – 06 vagas para atendimento à atenção programada (sendo 03 vagas destinadas à puericultura e 03 vagas destinados ao pré-natal); 3^{as} feiras de 13 às 16 horas – 06 vagas para atendimento à atenção programada (sendo 04 vagas destinadas ao atendimento aos portadores de condições crônicas, 01 vaga destinada ao atendimento de pré-natal e 01 vaga ao atendimento de puericultura; 4^{as} feiras de 13 às 16 horas – 03 vagas destinadas às visitas domiciliares e 01 vaga ao atendimento à demanda espontânea; 5^{as} feiras de 13 às 16 horas – horário reservado para a realização de atividades em grupo como os grupos operativos do Hiperdia, do Combate ao tabagismo, do planejamento familiar, da gestante e da criança. Além disso, mensalmente a agenda do profissional médico e da enfermeira é fechada no período da tarde para a participação do matriciamento em saúde mental junto ao Centro de Atenção Psicossocial do município para a apresentação de casos bem como, referência e contra-referência aos pacientes adscritos à unidade. Acrescenta-se ainda a isso as reuniões mensais ocorridas entre médico/enfermeiro da UBS e médico/enfermeiro do Programa de Atenção Domiciliar do município para referenciamento bem como, contra-referência dos pacientes adscritos à UBS Masterville. As 6^{as} feiras de 07 às 16 horas o atendimento médico ocorre somente por demanda espontânea pelos médicos de apoio do município por ser o dia de folga do médico do Programa Mais Médicos.

Assim como a agenda do médico da equipe a agenda diária da Enfermeira é organizada pela gerência da unidade em conjunto com a secretária da seguinte forma: acolhimento realizado diariamente ao longo de todo o dia de trabalho desse profissional, as ações programadas em saúde são realizadas por este profissional exclusivamente no período vespertino das quais se pode citar – 2^{as} feiras de 13 às 16 horas – 03 vagas destinadas ao exame preventivo e 03 vagas à puericultura; 3^{as} feiras de 13 às 16 horas – 06 vagas destinadas ao Hiperdia; 4^{as} feiras de 13 às 16 horas – 03 vagas destinadas à puericultura e 03 vagas ao pré-natal; 5^{as} feiras de 13 às 16 horas – horário reservado para a realização de atividades em

grupo como os grupos operativos do Hiperdia, do Combate ao tabagismo, do planejamento familiar, da gestante e da criança. Além disso, conforme citado anteriormente, mensalmente a agenda da enfermeira é fechada no período da tarde para a participação do matriciamento em saúde mental junto ao Centro de Atenção Psicossocial do município para a apresentação de casos bem, como referência e contra-referência aos pacientes adscritos à unidade; 6^{as} feiras – de 13 às 16 horas – 03 vagas destinadas ao exame preventivo e 03 vagas ao pré-natal. Observa-se aqui, que não existe horário disponível para a participação e realização de reuniões de equipe.

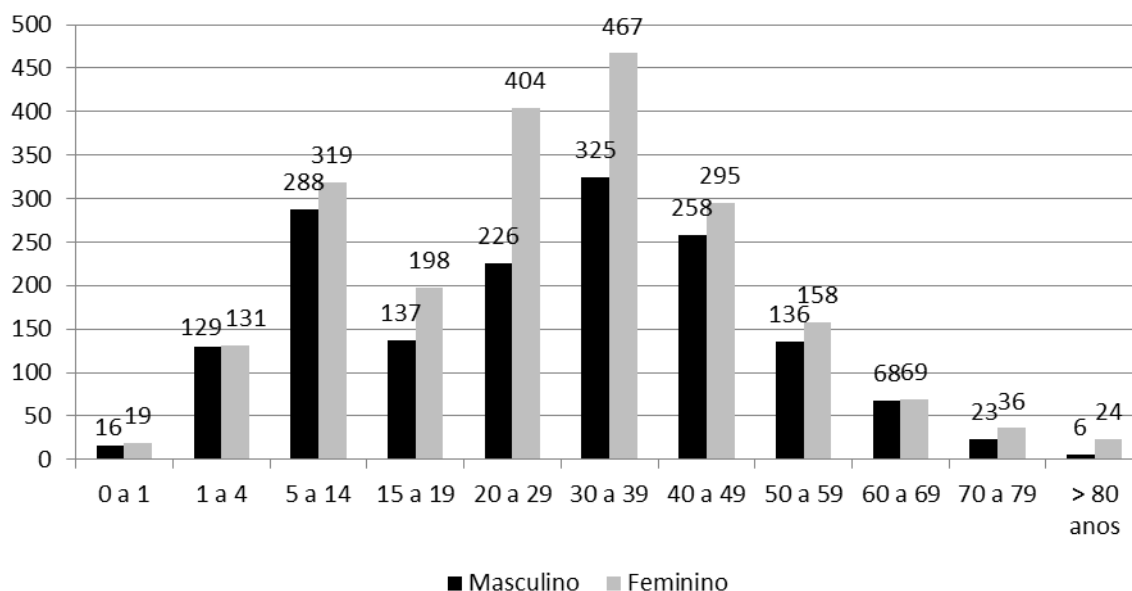
A agenda dos técnicos de enfermagem é planejada pela gerência da unidade (e não pela enfermeira) na forma de escala semanal dividida em procedimentos a serem realizados na unidade ou o acolhimento. O técnico de enfermagem alocado nas atividades de procedimentos da unidade ficará responsável em realizar essas ações ao longo de toda a semana na sala de curativo, sala de observação e sala de vacina. Acrescenta-se ainda à atribuição desse profissional o acompanhamento, às 4^{as} feiras no período vespertino, das visitas domiciliares realizada em conjunto com o profissional médico da unidade. O técnico de enfermagem alocado para a realização do acolhimento irá desenvolver, ao longo daquela semana, essa atividade bem como a aferição dos dados vitais dos usuários conforme demanda.

Os Agentes comunitários de saúde realizam visitas domiciliares diariamente no período matutino ou vespertino, conforme escala determinada pela gerência da unidade (e não pela enfermeira), às 4^{as} feiras acompanham as visitas domiciliares realizadas pelo profissional médico e pela técnica de enfermagem bem como, auxiliam nas ações administrativas desenvolvidas na unidade de saúde como marcação de consultas na recepção, arquivamento e retirada de prontuários, conforme escala também definida pela gerência da unidade. Além disso, às 5^{as} feiras participam das atividades de educação em grupo conforme determinação da gerência da unidade. Observa-se também aqui, que não existe horário disponível para a participação nas reuniões de equipe.

A agenda da equipe de saúde bucal da unidade é programada conforme a demanda dos usuários que procuram por atendimento na UBS, bem como a partir de busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde. Os atendimentos são então distribuídos entre o técnico de saúde bucal bem como, o cirurgião dentista, conforme a complexidade das demandas, tendo em vista que existe apenas 02 equipes disponíveis para o atendimento à toda a população adscrita. Além disso, a equipe de saúde bucal planeja ações de educação em grupo a serem realizadas mensalmente na sala de espera da unidade.

1.4 – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de frequência segundo sexo e faixa etária da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.



Fonte: e-SUS, 2017.

Quadro 1 – Distribuição de frequência segundo faixa etária e microárea da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	TOTAL
0-1 ANO	7	8	5	9	6	35
1-4 ANOS	56	50	41	52	61	260
5-14 ANOS	124	116	129	118	120	607
15-19 ANOS	75	62	71	72	55	335
20-29 ANOS	141	135	105	119	130	630
30-39 ANOS	133	167	169	145	178	792
40-49 ANOS	109	124	97	122	101	553
50-59 ANOS	68	62	59	54	51	294
60-69 ANOS	37	30	25	18	27	137

70-79 ANOS	12	18	10	12	7	59
80 ANOS E MAIS	5	4	7	6	8	30
TOTAL	767	776	718	727	744	3732

Fonte: e-SUS, 2017.

1.5 – PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA ESF

Quadro 2 – Indicadores epidemiológicos segundo microárea da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	0,070	0,067	0,058	0,049	0,056
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	0,22	0,23	0,27	0,21	0,23
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	0,46	0,44	0,43	0,49	0,43
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	0,16	0,13	0,15	0,15	0,17
Portadores de hipertensão arterial esperados:	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: → SISAB	252	253	218	250	255
Relação hipertensos esperados/cadastrados	1,0	0,93	0,97	0,93	0,91
Portadores de diabetes esperados:	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30
Portadores de diabetes cadastrados: → SISAB	233	188	176	209	197

Relação diabéticos esperados/cadastrados	0,81	0,93	0,91	0,83	0,88
--	------	------	------	------	------

Fonte: e-SUS, 2017.

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS: →

As faixas etárias que mais ocorreram óbitos foram acima de 60 anos, sendo que as principais causas de óbitos foram violência (23%), indeterminada (22%), problemas respiratórios (18%), neoplasias (16%), problemas cardiovasculares (16%) e falência múltipla de órgãos (5%).

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO: →

As principais causas de internação foram Doenças infecciosas e Parasitárias (34%), Dependência química (17%), Doenças do aparelho cardiovascular (16%) e doenças do aparelho respiratório (11%).

CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL: →

A taxa de mortalidade infantil do município no ano de 2014 foi de 4,05 sendo que a principal causa foi por Doenças diarreicas (13%).

1.6 – SANEAMENTO BASICO, ABASTECIMENTO DE AGUA E DESTINO DO LIXO

1.6.1 – DESTINO DO LIXO

Quadro 3 – Distribuição das famílias segundo destino do lixo e microárea da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DE LIXO E MICROAREA DA ESF, 2017.						
Microárea	1	2	3	4	5	TOTAL
Coletado	90	98	96	109	114	507
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0	0
Jogado	5	9	0	1	0	15
Total	95	107	96	110	114	522

Fonte: e-SUS, 2017.

1.6.2 – ESGOTO

Quadro 4 – Distribuição das famílias segundo destino dos dejetos e microárea da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DOS DEJETOS E MICROAREA DA ESF, 2017.						
Microárea	1	2	3	4	5	TOTAL
Sistema público	66	63	74	68	107	378
Fossa	19	37	14	34	5	109
Céu aberto	10	7	8	8	2	35
Total	95	107	96	110	114	522

Fonte: e-SUS, 2017.

1.6.3 – ABASTECIMENTO DE AGUA

Quadro 5 – Distribuição das famílias segundo abastecimento de água e microárea da população adscrita à equipe Laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O ABASTECIMENTO DE AGUA E MICROAREA DA ESF, 2017.						
Microárea	1	2	3	4	5	TOTAL
Sistema público	56	93	96	95	113	453
Outro	39	14	0	15	1	69
Total	95	107	96	110	114	522

Fonte: e-SUS, 2017.

1.7 – EDUCAÇÃO

Quadro 6 – Percentual da população analfabeta entre > de 15 anos segundo a microárea da população adscrita à equipe laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ANALFABETA ENTRE > DE 15 ANOS SEGUNDO A MICROAREA DE ABRANGENCIA DA ESF, 2017.	
Microarea	percentual de analfabetos
1	4,9

2	1,8
3	3,2
4	3,5
5	3,9
TOTAL	100

Fonte: e-SUS, 2017.

Quadro 7 – Percentual de crianças menores de 14 anos fora da escola segundo microárea da população adscrita à equipe laranja, UBS Masterville, Sarzedo /MG, 2017.

PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE 14 ANOS FORA DA ESCOLA SEGUNDO A MICROAREA DA ESF, 2017.	
Microarea	percentual de crianças fora da escola
1	10,9
2	7,8
3	8,0
4	8,2
5	8,2
TOTAL	

Fonte: e-SUS, 2017.

1.8 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE

Quadro 8 – Visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde segundo a microárea da população adscrita à equipe laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

VISITAS DOMICILIARES DO ACS POR FAMILIA SEGUNDO A MICROAREA DA ESF LARANJA, 2017.			
MICROAREA	FAMILIAS	VISITAS ANUAIS	VISITAS/FAMILIA/ANO
1	95	90	86
2	107	98	92
3	96	87	85

4	110	101	92
5	114	105	101

Fonte: e-SUS, 2017.

Quadro 9 – Distribuição das consultas do médico e enfermeiro segundo os programas da equipe laranja, UBS Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

DISTRIBUICAO DAS CONSULTAS DE MEDICO E ENFERMEIRO SEGUNDO OS PROGRAMAS, 2017.	
	ESF LARANJA
PUERICULTURA	352
PRENATAL	350
HIPERTENSAO	232
DIABETES	224
CANCER	176
TUBERCULOSE	15
HANSENIASE	3
TOTAL	1352

Fonte: e-SUS, 2017.

COBERTURAS

- VACINAÇÃO:

A cobertura de vacinação segundo dados do e-SUS de Sarzedo é de 98% (PMS, 2017).

- PRÉ-NATAL:

A cobertura de pré-natal segundo dados do e-SUS de Sarzedo é de 100% (PMS, 2017).

- PUERICULTURA

A cobertura de puericultura segundo dados do e-SUS de Sarzedo é de 94% (PMS, 2017).

OUTRAS ATIVIDADES:

▪ GRUPOS

Conforme descrito anteriormente, a UBS Masterville encontra-se com grandes dificuldades de adesão quanto à realização de Grupos Operativos, nos diversos grupos criados (Hiperdia, Planejamento familiar, Combate ao tabagismo, etc.). Na tentativa de aumentar a adesão ao grupo a ESF Laranja optou em direcionar o foco para a realização de grupos operativos do Hiperdia mediante retenção e renovação de receitas, o que tem apresentado um aumento da adesão por esse grupo e está sendo realizada semanalmente com participação efetiva com média de participação de 15 pacientes semanalmente. Tenho encontrado grande dificuldade em realizar os grupos, pois a equipe como um todo encontra-se muito resistente na participação e planejamento desses grupos (PMS, 2017).

▪ REUNIÕES

Assim como descrito em parágrafos anteriores, mensalmente são realizadas reuniões de matriciamento em saúde mental no CAPS do município com a participação do médico e enfermeira da ESF Laranja, bem como psiquiatra, enfermeira e psicóloga do CAPS. Além disso, estão sendo realizadas reuniões mensais para a discussão de casos de pacientes acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do município, com a participação do enfermeiro e médico do PAD em conjunto com Médico e enfermeira da ESF Laranja. Em contrapartida, as reuniões de equipe não tem sido realizadas o que dificulta o planejamento das ações em saúde bem como, avaliação do processo de trabalho da ESF Laranja (PMS, 2017).

• PARCERIAS

Atualmente a ESF da UBS Masterville firmou parceria com a igreja evangélica existente próxima à unidade, para a realização de ações em saúde no auditório da mesma, na

tentativa de melhor acolher os pacientes participantes dessas ações, em função da limitação de área física existente na unidade para acolhê-los.

Após o levantamento dos problemas foi realizada na unidade uma reunião apresentando estes dados e conjuntamente com todos os integrantes da equipe e conseqüentemente, estabelecido uma ordem de prioridade para o enfrentamento desses problemas. O problema eleito como prioritário foi em relação ao processo de trabalho no que diz respeito à sobrecarga de trabalho entre os diversos integrantes da equipe principalmente em função do aumento real da demanda pelo serviço de saúde municipal, especialmente atenção básica em saúde.

A partir da análise da rotina de trabalho de toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Masterville descrita em parágrafos anteriores, podemos verificar que a unidade apresenta diversos problemas que interferem na proposta de atuação da Atenção Básica em Saúde. As consultas programadas na maioria das vezes têm sido agendadas conforme a solicitação do próprio paciente ou então por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde. A unidade não apresenta uma cultura de planejamento das ações em saúde a partir do diagnóstico situacional em saúde e dessa forma, as ações não se tornam integradas com o intuito de estabelecer uma política de promoção, prevenção e manutenção da saúde. Observa-se também, que os pacientes portadores de condições crônicas, frequentemente têm sido “esquecidos” quanto ao monitoramento e muitas vezes procuram a unidade por meios próprios somente para a renovação de receitas vencidas ou quando os mesmos apresentam agudizações de suas condições clínicas. Além disso, durante a realização do acolhimento à demanda espontânea realizada pelas técnicas de enfermagem bem como pela enfermeira da unidade, as mesmas não tem lançado mão da classificação de risco para definir o ponto de atenção adequado para aquela situação e o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Praticamente todos os pacientes da demanda espontânea tem sido prontamente direcionados ao atendimento médico sem se estabelecer critérios para aquele atendimento. Outra questão frequentemente observada na unidade, as ações de educação em saúde não têm sido previamente planejadas e muito menos tem-se realizado ações educativas interprofissionais, sendo assim, pode-se verificar uma baixa adesão dos usuários às estas ações. Além disso, ainda não foi implementada na unidade as reuniões semanais de equipe fundamentais para a discussão do Processo de trabalho em saúde, para a avaliação e planejamento das ações a serem implementadas ou aquelas já instauradas na unidade. Quanto às ações de matriciamento em saúde mental bem como as reuniões com a equipe do Programa de Atenção Domiciliar, tenho percebido que

apesar de existir uma proposta clara para essas ações de educação permanente, elas têm ocorrido apenas como forma de contra-referenciar os pacientes adscritos à unidade e não tem cumprido o papel de discussão de casos clínicos para uma melhor abordagem quanto ao seguimento pela UBS para esses casos específicos. A partir da elucidação da realidade vivenciada na UBS Mastervile torna-se claro o modelo vigente no município com foco no tratamento das diversas comorbidades em detrimento das ações voltadas para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, bem como corresponsabilização dos diversos níveis de atenção à saúde no município de Sarzedo/MG. Além disso, a ausência de avaliação do processo de trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, sendo uma das queixas gerais é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento.

A partir da análise apresentada anteriormente, é importante ressaltar que um dos principais “nós-críticos” a ser enfrentado será modificar a concepção de Atenção Primária à Saúde de todos os cidadãos Sarzedenses bem como, gestão municipal para que possamos reorganizar o Sistema Municipal de Saúde de forma a ter um impacto significativo sobre a demanda crescente de atendimento na Atenção Básica em Saúde.

1.9 – Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

1.9.1 – LISTA GERAL DE PROBLEMAS

- DA COMUNIDADE EM GERAL
 - Comunidade arraigada ao modelo hospitalocêntrico da assistência
 - Comunidade com baixíssimo Controle Social

- DO SISTEMA LOCAL DE SAUDE
 - Modelo hegemônico de assistência em saúde
 - Coordenação pouco colaborativa e disposta à implementação real de modelo contra-hegemônico
 - Rede de serviços em saúde limitado para uma demanda crescente.
 - Dificuldade na implementação de referência e contra-referências entre os diversos níveis de atenção em saúde municipal.

- Sistema de informação em saúde (e-SUS) extremamente subnotificado, mais até que SIAB.

- DO ÁREA DE ABRANGENCIA, DA UNIDADE DE SAÚDE

- População adscrita muito superior ao recomendado pelo ministério da saúde
- Somente uma equipe de saúde da família para atender uma população crescente de aproximadamente 6200 usuários.

- PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES

- Parasitoses intestinais
- Doenças do aparelho cardiovascular
- Doenças endócrinos metabólicas
- Doenças respiratórias
- Dependência química e/ou alcoólica

- SANEAMENTO

- Esgotamento sanitário precário principalmente em condomínios residenciais no entorno do bairro
- Alta incidência de doenças parasitárias
- Microárea 1 com maioria dos domicílios apresentando esgotamento sanitário à céu aberto (10,53%) assim como Microárea 3 (8,33%).
- Todo o esgotamento sanitário do município é lançado “in natura” nos córregos e ribeirões próximos.

- DO TRABALHO DA EQUIPE

- Equipe com grande dificuldade de aceitar o trabalho em equipe
- Reuniões de equipe não ocorrem na Unidade há aproximadamente 01 ano

1.10 – Priorização dos problemas

Quadro 10 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do bairro Masterville, Sarzedo/MG, 2017.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Comunidade arraigada ao modelo hospitalocêntrico da assistência	Alta	10	Parcial	1
Sistema de informação em saúde (e-SUS) extremamente subnotificado, mais até que SIAB.	Alta	10	Dentro	1
População adscrita muito superior ao recomendado pelo ministério da saúde	Alta	10	Parcial	1
Equipe com grande dificuldade de aceitar o trabalho em equipe	Alta	9	Dentro	2
Reuniões de equipe não ocorrem na Unidade há aproximadamente 01 ano	Alta	9	Dentro	2
Baixa adesão da população aos grupos operativos propostos	Alta	9	Dentro	2
Rede de serviços em saúde limitada para uma demanda crescente.	Alta	8	Fora	3
Esgotamento sanitário precário principalmente em condomínios residenciais no entorno do bairro	Alta	7	Fora	4
Alta incidência de doenças parasitárias	Alta	7	Parcial	4
Microárea 1 com maioria dos domicílios apresentando esgotamento sanitário à céu aberto (10,53%) assim como Microárea	Alta	7	Parcial	4

3 (8,33%).				
Todo o esgotamento sanitário do município é lançado “in natura” nos córregos e ribeirões próximos.	Alta	7	Fora	4
Comunidade com baixíssimo Controle Social	Alta	6	Parcial	5
Dificuldade na implementação de referência e contra-referências entre os diversos níveis de atenção em saúde municipal.	Alta	6	Parcial	5

O Quadro 11 classifica as prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade do bairro Masterville em Sarzedo/MG. Durante a realização de reunião locorregional com os principais atores sociais da comunidade foram identificados os principais problemas enfrentados na UBS Masterville e foram definidas as prioridades para a intervenção. Foi definido como plano de intervenção prioritário a necessidade urgente de mudança de paradigma do modelo assistencial na unidade, a atualização dos dados do e-SUS e a redefinição da área de abrangência da unidade com a solicitação de nova equipe de saúde da família junto ao Ministério da Saúde. Em segundo plano, foram elencadas a necessidade de trabalho em equipe, o planejamento do processo de trabalho, aumentar a adesão da população às estratégias de promoção da saúde, adequação da rede de serviços em saúde ofertada, estabelecimento de políticas públicas para adequação ao esgotamento sanitário no bairro, participação popular na tomada de decisões e melhoria dos serviços de referência e contra-referência entre os diversos níveis de atenção em saúde no município.

2 JUSTIFICATIVA

Em conformidade com Mendes (2011), o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre os componentes da rede as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Alves e Silva Jr. (in MOROSINI et al., 2007) afirmam que o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Segundo esses autores surgiram diferentes modelos assistenciais calcados na compreensão de saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Mendes (2011) acrescenta ainda que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos devendo operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Afirma que a situação de saúde brasileira vem passando por significativas mudanças em função de uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Segundo esse autor, essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Para tanto, há uma necessidade de se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde envolvendo a implantação das redes de atenção à saúde (RASs) de uma forma que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. A implantação das RASs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde vigente atualmente no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade do sistema público brasileiro.

A partir do levantamento bibliográfico bem como, coleta de dados por meio de entrevistas locoregionais no município de Sarzedo inferidos no presente trabalho, torna-se urgente à necessidade de mudança do modelo hegemônico no município de Sarzedo, que apresenta ainda uma rede de assistência em saúde fragmentada, caracterizada pelos seguintes princípios:

- 1) Hierárquico: definido por níveis de complexidades crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis.
- 2) Coordenação da atenção inexistente: ausência de referência e contra-referência entre os níveis de atenção
- 3) Comunicação entre os componentes pouco eficaz: ausência de prontuário eletrônico, ausência de computadores integrados à Secretaria de Saúde que alimente banco de dados em saúde, transporte sanitário indisponível na maioria dos casos, etc.
- 4) Foco assistencial: condições agudas por meio do atendimento da demanda espontânea crescente e política municipal de saúde voltada à valorização do atendimento de urgência
- 5) Objetivos: parciais de diferentes serviços e resultados utilizados não para aferir melhoria de indicadores em saúde, mas apenas para cumprimento de metas do Ministério da Saúde
- 6) População: atendimentos voltados para indivíduos isolados, ausência de responsabilização assistencial no nível secundário e terciário, ausência de subpopulações através da classificação de risco
- 7) Forma de ação do sistema: reativa, acionada pela demanda dos pacientes, ausência de plano de cuidados de cada usuário
- 8) Ênfase das intervenções: meramente curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas, ausência de planejamento estratégico para definição de determinantes sociais que possibilite a priorização de ações estratégicas de promoção e prevenção
- 9) Modelo de atenção: fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de risco e voltado para as doenças ou condições estabelecidas
- 10) Ênfase do cuidado: médico-centrado
- 11) Conhecimento e ações clínicas: concentradas nos profissionais, especialmente médicos

- 12) Organização territorial: territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
- 13) Sistema de financiamento: financiamento por valor global ou por captação da rede
- 14) Participação social: passiva e a comunidade vista como cuidadora

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Apresentar um projeto de intervenção destinado à conscientização da população, dos gestores municipais bem como, profissionais da unidade quanto à necessidade urgente da mudança do modelo hegemônico de assistência em saúde apresentado pelo município de Sarzedo/MG.

Objetivos específicos:

- Estruturar e propor mecanismos de atualização dos dados do Sistema de Informação em Saúde (e-SUS), através da capacitação de pessoal, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde;

- Propor processo de organização das buscas ativas realizadas pelos ACS's da unidade, através da capacitação profissional e implementação de premiações mensais para os profissionais que se destacarem;

- Implementar o acolhimento com classificação de risco como estratégia de atendimento na UBS com o intuito de otimizar a resolutividade e agilizar os atendimentos na unidade com adequados direcionamentos aos diversos pontos da rede de atenção em saúde;

- Implementar o Grupo Operativo Hiperdia com o intuito de aumentar a cobertura dos pacientes portadores de doenças crônicas e conseqüentemente diminuir a demanda espontânea na unidade;

- Permitir à unidade que solicite formalmente à gestão municipal e esta, ao Ministério da Saúde uma segunda Equipe de Saúde da Família a partir dos dados atualizados contidos no Sistema de Informação em Saúde (e-SUS).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção destinado à conscientização da população, dos gestores municipais bem como, profissionais da unidade quanto à necessidade urgente da mudança do modelo hegemônico de assistência em saúde apresentado pelo município de Sarzedo/MG. Fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional proposto por CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. (2010), foi realizado uma estimativa rápida para determinar os problemas prioritários e os nós críticos apresentados pelo município. Para tanto, foram realizados levantamento de dados locorregionais com atores sociais do município, de dados em sistema de informação em saúde (e-SUS) e observação direta do cotidiano do trabalho desenvolvido por toda a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Masterville, entre o período de janeiro de 2017 e abril de 2017.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário contendo os principais problemas identificados durante o período mencionado através de relatos dos próprios profissionais e usuários da unidade com posterior compilação em planilha para facilitar a análise desses dados.

Subsequente à análise dos dados, foi realizado um levantamento bibliográfico na literatura em base de dados eletrônicos como Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, Nescun, Ministério da Saúde e PUBMED para confrontar os problemas apresentados pela unidade às diversas recomendações presentes na literatura vigente.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Contextualizando o Sistema Único de Saúde em Sarzedo/MG

Tendo em vista os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) bem como os princípios que regem a organização do SUS (regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação popular e complementariedade do setor privado) pode-se discutir a realidade de organização do SUS no município de Sarzedo – MG.

Segundo o Ministério da Saúde (1990), Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Dessa forma, pode-se observar como descrito anteriormente que o município dispõe de uma rede de especialidades médicas restrita, assim, conforme a especialidade demandada, o usuário permanecerá sem aquele atendimento, a menos que o mesmo procure atendimento a esta especialidade através de meios próprios no município de Belo Horizonte.

Conforme Cunha e col. (1998), o princípio da Integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Sendo assim, pode-se verificar que o município fere o princípio da Integralidade uma vez que ocorre uma ênfase das intervenções meramente curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas e percebe-se uma ausência de planejamento estratégico para definição de determinantes sociais que possibilite a priorização de ações estratégicas de promoção e prevenção em saúde. Ainda segundo esse autor, a Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

A Equidade é um princípio de justiça social. Estabelecido o conceito deste princípio, verifica-se que na unidade em que estou alocado não é realizado o planejamento estratégico em saúde, uma ferramenta capaz de estabelecer o diagnóstico situacional em saúde da localidade, o que permite traçar estratégias de ações direcionadas àquela população sob maior vulnerabilidade social e conseqüentemente promover uma melhoria nos determinantes de saúde desta população.

A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É

também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados (CUNHA & COLS, 1998). Observa-se neste ponto que o objetivo da gestão municipal é apenas o cumprimento de metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e os resultados obtidos não são utilizados para avaliar a qualidade da atenção prestada ou para inferir a melhoria de indicadores de saúde.

A Participação popular é definida, segundo Ministério da Saúde (1990), como a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Cunha e cols. (1998) afirmam ainda que devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. A Unidade de Saúde Masterville promove reuniões do Conselho Local de Saúde mensalmente nas dependências da própria unidade.

Entretanto, devido ao fato da comunidade ser considerada uma população passiva, com baixo senso de cidadania, estas reuniões têm sido pouco efetivas no controle social para a definição das políticas públicas em saúde municipal. Dessa forma, as políticas públicas em saúde geralmente são estabelecidas de forma verticalizada com pouca discussão entre os representantes da comunidade local. Conforme o Ministério da Saúde (1990), o princípio de Regionalização e Hierarquização refere-se à necessidade dos serviços serem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. A partir dessa definição pode-se verificar que a Unidade de Saúde Masterville encontra-se organizada dentro da rede de saúde municipal tendo em vista que o mesmo possui uma integração aos demais níveis de atenção em saúde. Cunha e cols. (1998) acrescenta ainda a necessidade de incorporar à rotina dos serviços os fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações do nível básico do serviço (contra-referência) para somar a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Apesar de o município apresentar esta rede de organização do sistema de saúde, tenho observado frequentemente que não existe um sistema eficaz de contra-referência dos pacientes direcionados aos atendimentos secundários, terciários e quaternários, sendo que esses pacientes retornam à atenção primária somente após busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde da equipe ou através da demanda espontânea com o passar dos dias, não havendo qualquer corresponsabilização de todos os níveis assistenciais para com aquele usuário.

A maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Entretanto, acredito que seja fundamental haver transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde para a melhoria da comunicação entre os diversos níveis assistenciais. Uma mudança importante seria tornar os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e hospitais gerais ou especializados em um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e da comunidade.

5.2 Modelo de Atenção em Saúde em Sarzedo/MG

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história: modelo sanitarista (no início da República, com as campanhas compulsórias de combate às epidemias), surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (na década de 20, pela organização de trabalhadores de determinadas empresas), programa vertical (a partir da década de 30, com o surgimento dos programas de vacinação, pré-natal, puericultura, tuberculose, hanseníase, etc.), surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (meados da década de 30, pela organização de categorias de trabalhadores), modelo flexneriano (década de 40, voltado para a assistência à doença em seus aspectos biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, também conhecida como medicina científica), adesão de outras categorias profissionais aos IAP's (década de 50, com a formação de novos institutos bem como disponibilização de novos serviços aos trabalhadores e seus dependentes), unificação dos IAP's em Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (década de 60, com a expansão do modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, sem garantir a excelência na assistência à saúde), surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS (década de 70, atividades de saúde pública mantinham-se desarticuladas da assistência médica individual, década em que os limites do modelo biomédico tornaram-se progressivamente evidentes). A partir da década de 70 ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependente do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-usuário), o uso de exames diagnósticos passa a ser priorizado, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. A biomedicina tornou-se então o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo. Nesse contexto, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que

levassem em conta as questões anteriormente mencionadas. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o seu gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária. A partir da década de 80, várias experiências de governo originaram correntes tecno-políticas que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde. Vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária com a ajuda das universidades. Essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação Popular (Lei 8.142 de 1990). Várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos 90, como a Ação Programática em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis e o Movimento em Defesa da Vida. Mais recentemente, em meados da década de 1990, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão. Entre estas questões, destaca-se a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a ideia predominante envolve uma “imagem em pirâmide” para atenção à saúde, bem como a ideia da “complexidade crescente” em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde. Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência). Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas. A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas

como porta de entrada do sistema, porque essa ideia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas. De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com cotidiano local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione “como malha de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

A Organização Mundial da Saúde (2000) define os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, como respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo. Conforme Mendes (2009), os sistemas de saúde podem apresentar-se por meio de diferentes formas organizacionais. As tipologias mais encontradas na experiência internacional são de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde. Os sistemas fragmentados de atenção, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, incapazes de prestarem uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que prestam uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Mendes (2011) define os modelos de atenção à saúde como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde,

vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Segundo esse autor, os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

O modelo de atenção aos eventos agudos, desenvolvido por Mendes (2015) tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados, conforme representado na Figura 1.

Figura 1 – O modelo de atenção às condições agudas



Fonte: Mendes (2014).

A partir da análise da figura 1 podemos verificar que Mendes (2015) estrutura o modelo de atenção aos eventos agudos em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários. Segundo esse autor, o nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos inclui as intervenções de promoção da saúde, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, em conformidade com a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991), sendo que, nesse nível, as intervenções são realizadas através de projetos intersetoriais. O nível 2 inclui as intervenções de prevenção das condições de saúde, em

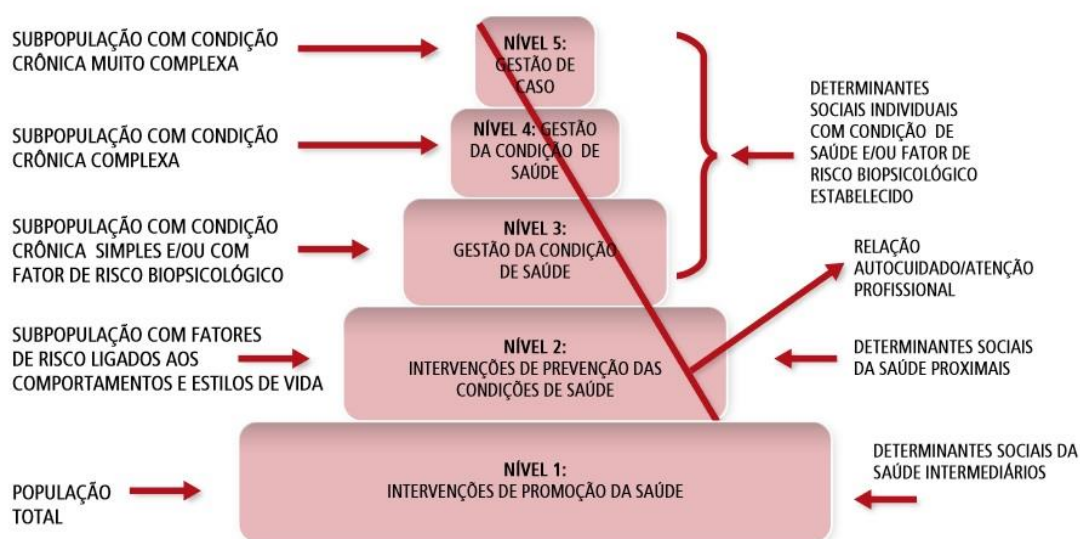
subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (como uso excessivo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros), sendo que as ações desse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica denominada, segundo ele, de gestão das condições de saúde. No nível 3 faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para tanto, utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer a atenção no lugar certo e no tempo certo. A organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências. Há vários modelos que podem ser utilizados, mas no Brasil tem sido utilizado crescentemente o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores (verde, azul, amarelo, laranja e vermelho) e que é usado em vários países da Europa (MACWAY-JONES et al., 2010). O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na Atenção Primária à Saúde, em diferentes lugares, no Sistema Único de Saúde (MARQUES et al., 2010). Segundo Mendes (2011), o sistema de classificação de risco é uma potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, nas Redes de Atenção à Saúde, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados. O nível 4 do modelo de atenção aos eventos agudos opera as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível faz-se o atendimento nos pontos de atenção e no tempo estabelecido pela classificação de risco, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico e seu

manejo segundo os protocolos clínicos, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

Quanto aos modelos de atenção às condições crônicas, Mendes (2014) propõe um modelo a ser aplicado no SUS, sendo denominado de modelo de atenção às condições crônicas (MACC), com base no modelo de determinação social da saúde, nos elementos do modelo da atenção crônica (CCM), nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público de atenção à saúde brasileiro. As principais variáveis incorporadas nesse modelo são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro dos usuários por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e “feedbacks” como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção (oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados); atenção integral (oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos); plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica (gestão das condições de saúde e gestão de caso); coordenação da Rede de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde; suporte especializado à Atenção Primária à Saúde; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde para usuários; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007).

O modelo de Mendes (2014) encontra-se representado na figura 2.

Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2011).

O lado esquerdo da Figura 2 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa população e suas subpopulações são ali cadastradas e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1 a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2 as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3 as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4 as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011).

O lado direito da Figura 2 refere-se ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.

O meio da Figura 2 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de ações multisetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, de melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram cooperação entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população (MENDES, 2012).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais (MENDES, 2012).

Ainda segundo Mendes (2012), até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo Modelo da Pirâmide de Risco (MPR).

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão da saúde da população (MENDES, 2012).

A partir do nível 3 exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de riscos habitual, intermediário e alto).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 2 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, neste nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da APS e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (BERK e MONHEINT, 1992). Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), os sistemas de atenção à saúde é o conjunto de atividades com o propósito de promover, restaurar e manter a saúde de uma população por meio de respostas sociais às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo. Além disso, os sistemas de atenção à saúde têm como objetivo alcançar um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa, garantir uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, acolher de forma humanizada todos os cidadãos, garantir a prestação de serviços efetivos e de qualidade bem como garantir a prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002). Acrescenta-se a isso, que eles podem apresentar-se por meio de diferentes formas organizacionais: fragmentados e redes de atenção à saúde – as duas tipologias mais encontradas na experiência internacional.

A partir do levantamento bibliográfico apresentado anteriormente bem como coleta de dados por meio de entrevistas locoregionais no município de Sarzedo, pode inferir que, apesar da implementação da Estratégia de Saúde da Família através da Lei nº 311 de 2006 como forma de mudança do modelo hegemônico no município, este ainda continua bastante

presente em todas as Unidades Básicas de Saúde de Sarzedo, pois a rede de assistência em saúde municipal possui ainda um sistema de saúde fragmentado, caracterizado por níveis de complexidades crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis; ausência de referência e contra-referência entre os níveis de atenção; deficiência na comunicação entre os componentes da rede de atenção à saúde; foco assistencial voltado para o atendimento das condições agudas por meio do atendimento da demanda espontânea crescente e política municipal de saúde voltada à valorização do atendimento de urgência; objetivos parciais de diferentes serviços e resultados utilizados não para aferir melhoria de indicadores em saúde, mas apenas para cumprimento de metas do Ministério da Saúde; atendimentos voltados para indivíduos isolados, ausência de corresponsabilização assistencial no nível secundário e terciário, ausência de subpopulações através da classificação de risco; forma de ação do sistema reativa acionada pela demanda dos pacientes e ausência de plano de cuidados de cada usuário; ênfase das intervenções meramente curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas, sem planejamento estratégico para definição de determinantes sociais que possibilite a priorização de ações estratégicas de promoção e prevenção; ênfase do cuidado médico-centrado; conhecimento e ações clínicas concentradas nos profissionais, especialmente no profissional médico; territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção; sistema de financiamento por valor global ou por captação da rede e participação social precária em que a população não se vê corresponsável por sua própria saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “População Adscrita”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 11 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “População adscrita”, UBS Masterville, Sarzedo/MG.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Subnotificação dos sistemas de informação	Força tarefa para a realização do cadastramento da população	Cadastramento de 100% da população adscrita	Capacitação de pessoal, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde abordando a importância de se manter dados atualizados nos sistemas de informação, aquisição de segunda ESF para a unidade	Organizacional: pessoal capacitado para atualização dos dados; Cognitivo: informação sobre a importância da alimentação continuada dos SIs municipais
Busca ativa inadequada pelas Agentes Comunitárias de Saúde	Incentivo à realização de busca ativa pelos ACS's através da realização de visitas domiciliares frequentes	Otimizar a atualização dos cadastros familiares	Capacitação de pessoal com a instauração de prêmios de "ACS do mês"	Organizacional: pessoal capacitado para atualização dos dados; Cognitivo: informação sobre a importância da alimentação continuada dos SIs municipais; Financeiro: para aquisição de recursos para a premiação do "ACS do mês"

Estrutura dos serviços de saúde	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à demanda crescente	Implementação do acolhimento com classificação de risco	Capacitação de pessoal para a implementação do acolhimento com classificação de risco, otimizar a resolutividade da UBS Masterville, agilizar os atendimentos na unidade com adequados direcionamentos aos diversos pontos da rede de atenção em saúde	Organizacional: pessoal capacitado para atuação no acolhimento com CR e adequação de fluxos de atendimento; Cognitivo: elaboração de protocolos municipais de acolhimento com CR; Políticos: aumentar a oferta de atendimentos semanais pela equipe de apoio destinada à demanda espontânea
Baixa adesão da população aos Grupos Operativos Propostos	Implementação do GO Hiperdia com participação multiprofissional quinzenalmente em ambientes diversos à UBS que incentive a participação popular através da metodologia de Dinâmica de Grupos	Cobertura de 80% da população portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes	Diminuição de demanda espontânea	Organizacional: pessoal capacitado na metodologia de Dinâmica de Grupos; Cognitivo: pessoal multiprofissional capacitado para atuação nos GO's; Políticos: disponibilizar meios para a operacionalização e implementação dos GO's; Financeiros: para aquisição de recursos para implementação de estratégias que incentive uma maior adesão aos GO's.

6.1 Descrição do problema selecionado

Durante a realização da coleta de dados foi observado entre todos os profissionais da unidade que os mesmos encontravam-se sobrecarregados e que a demanda por atendimentos de urgência na unidade aumentava à cada dia. Além disso, foram relatados pelos próprios profissionais da unidade e algumas vezes testemunhado, que quando um usuário procurava por atendimento e o mesmo era direcionado para a triagem, o mesmo questionava o encaminhamento para tal setor e logo se dirigia à Secretaria Municipal de Saúde para realizar reclamação formal pela “falta de atendimento” na unidade. A gestão municipal imediatamente

entrava em contato com a unidade para realizar o questionamento ou até mesmo exigir atendimento imediato àquele usuário, independente da demanda apresentada.

A partir da observação da rotina diária da equipe de saúde da família da UBS Mastervile podemos realizar uma análise das ações programadas na unidade. Tenho percebido que as consultas programadas na maioria das vezes têm sido agendadas conforme a solicitação do próprio paciente ou então por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde. A unidade não apresenta uma cultura de planejamento das ações em saúde a partir do diagnóstico situacional em saúde e dessa forma, as ações não se tornam integradas com o intuito de estabelecer uma política de promoção, prevenção e manutenção da saúde. Observa-se também, que os pacientes portadores de condições crônicas, frequentemente têm sido “esquecidos” quanto ao monitoramento e muitas vezes procuram a unidade por meios próprios somente para a renovação de receitas vencidas ou quando os mesmos apresentam agudizações de suas condições clínicas. Além disso, durante a realização do acolhimento à demanda espontânea realizada pelas técnicas de enfermagem bem como pela enfermeira da unidade, as mesmas não tem lançado mão da classificação de risco para definir o ponto de atenção adequado para aquela situação e o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Praticamente todos os pacientes da demanda espontânea tem sido prontamente direcionados ao atendimento médico sem se estabelecer critérios para aquele atendimento. Outra questão frequentemente observada na unidade, as ações de educação em saúde não têm sido previamente planejadas e muito menos tem-se realizado ações educativas interprofissionais, sendo assim, pode-se verificar uma baixa adesão dos usuários às estas ações. Além disso, ainda não foi implementada na unidade as reuniões semanais de equipe fundamentais para a discussão do Processo de trabalho em saúde, para a avaliação e planejamento das ações a serem implementadas ou aquelas já instauradas na unidade. Quanto às ações de matriciamento em saúde mental bem como as reuniões com a equipe do Programa de Atenção Domiciliar, tenho percebido que apesar de existir uma proposta clara para essas ações de educação permanente, elas têm ocorrido apenas como forma de contra-referenciar os pacientes adscritos à unidade e não tem cumprido o papel de discussão de casos clínicos para uma melhor abordagem quanto ao seguimento pela UBS para esses casos específicos. A partir da elucidação da realidade vivenciada na UBS Mastervile torna-se claro o modelo vigente no município com foco no tratamento das diversas comorbidades em detrimento das ações voltadas para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, bem como responsabilização dos diversos níveis de atenção à saúde no município de Sarzedo/MG. Além disso, a ausência

de avaliação do processo de trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, sendo uma das queixas gerais é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento.

6.2 Explicação do problema selecionado

Foi verificado também que os dados do e-SUS não estavam sendo lançados com frequência pelos Agentes Comunitários de Saúde e os mesmos encontravam-se desmotivados com o trabalho exercido muitas vezes desconhecendo a importância de seu papel dentro da Equipe de Saúde da Família. Estes não estavam realizando as visitas domiciliares e nem os cadastramentos de novas famílias, necessários para a manutenção dos dados no Sistema de Informação em Saúde local.

6.3 Seleção dos nós críticos

A seleção dos nós críticos foi efetuada a partir da realização de uma reunião de equipe realizada no dia 26 de janeiro de 2017 contando com a participação de todos os profissionais da unidade. Foram discutidos os principais problemas enfrentados pela equipe Laranja da Unidade Masterville e foi definido como principal problema a Sobrecarga de trabalho em função do número excessivo de famílias acompanhados pela equipe. Além disso, foram elencados os principais nós críticos para aquele problema, sendo definidos como: subnotificação dos sistemas de informação em saúde, busca ativa inadequada pelas Agentes Comunitárias de Saúde, estrutura dos serviços municipais de saúde inadequados para uma demanda social crescente e baixa adesão da população às estratégias de promoção da saúde como os Grupos Operativos.

6.4 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, UBS Masterville, no município de Sarzedo/MG serão detalhados nos quadros a seguir.

Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 1” – Subnotificação dos sistemas de informação relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Subnotificação dos sistemas de informação.
Operação (operações)	Força tarefa para a realização do cadastramento da população.
Projeto	Atualiza e-SUS.
Resultados esperados	Cadastramento de 100% da população adscrita.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde abordando a importância de se manter dados atualizados nos sistemas de informação.
Recursos necessários	Organizacional: pessoal capacitado para atualização dos dados; Cognitivo: informação sobre a importância da alimentação continuada dos SI's municipais.
Recursos críticos	Organizacional: pessoal capacitado para atualização dos dados em tempo hábil para a vistoria do PMAQ; Político: interesse político para incentivar a implantação da força tarefa à atualização por parte dos profissionais da unidade; Financeiro: recursos financeiros para disponibilização de profissionais para a força tarefa.
Controle dos recursos críticos	Enfermeira da equipe Laranja UBS Masterville – Favorável Coordenação da UBS Masterville – Favorável Coordenação da Atenção Básica de Sarzedo – Favorável
Ações estratégicas	Força tarefa para atualização de dados do e-SUS.
Prazo	03 meses para a conclusão das atividades de atualização.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da equipe Laranja UBS Masterville Coordenação da UBS Masterville
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Coordenação: Enfermeira da Equipe Laranja UBS Masterville – avaliação a cada 06 meses.

Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 2” – Busca ativa inadequada pelas Agentes Comunitárias de Saúde relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Busca ativa inadequada pelas Agentes Comunitárias de Saúde
Operação (operações)	Incentivo à realização de busca ativa pelos ACS's através da realização de visitas domiciliares frequentes
Projeto	ACS visita
Resultados esperados	Cadastramento de 100% da população adscrita e otimizar a atualização dos cadastros familiares
Produtos esperados	Capacitação de pessoal com a instauração de prêmios de "ACS do mês"
Recursos necessários	Organizacional: pessoal capacitado para atualização dos dados; Cognitivo: informação sobre a importância da alimentação continuada dos SI's municipais; Financeiro: para aquisição de recursos para a premiação do "ACS do mês"
Recursos críticos	Financeiro: aquisição de recursos para a premiação do “ACS do mês”
Controle dos recursos críticos	Coordenação da UBS Masterville – Favorável Coordenação da Atenção Básica de Sarzedo – Favorável Secretário Municipal de Saúde de Sarzedo – Favorável Prefeito Municipal – Contrário
Ações estratégicas	Sensibilização de toda a equipe da importância do papel do ACS na Atenção Primária à Saúde
Prazo	01 mês para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira da equipe Laranja UBS Masterville Coordenação da UBS Masterville
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Coordenação: Enfermeira da Equipe Laranja UBS Masterville e Coordenação da UBS Masterville – avaliação mensal.

Quadro 14 – Operações sobre o “nó crítico 3” – Estrutura dos serviços de saúde relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde.
Operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à demanda crescente
Projeto	Melhor acolher
Resultados esperados	Implementação do acolhimento com classificação de risco na UBS Masterville
Produtos esperados	Capacitação de pessoal para a implementação do acolhimento com classificação de risco, otimizar a resolutividade da UBS Masterville, agilizar os atendimentos na unidade com adequados direcionamentos aos diversos pontos da rede de atenção em saúde
Recursos necessários	Organizacional: pessoal capacitado para atuação no acolhimento com CR e adequação de fluxos de atendimento; Cognitivo: elaboração de protocolos municipais de acolhimento com CR; Políticos: aumentar a oferta de atendimentos semanais pela equipe de apoio destinada à demanda espontânea
Recursos críticos	Cognitivo: elaboração de protocolos; Políticos: interesse da gestão municipal em disponibilizar equipe de apoio para os atendimentos à demanda espontânea
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e Médico da equipe Laranja UBS Masterville – Favorável Coordenação da UBS Masterville – Favorável Coordenação da Atenção Básica de Sarzedo – Favorável Secretário de Saúde – Favorável Prefeito Municipal de Sarzedo – Contrário
Ações estratégicas	Apresentar projeto do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica instituído pelo Ministério da Saúde à todos os profissionais da equipe, capacitando-os
Prazo	03 meses para a conclusão das atividades de apresentação e capacitação, 03 meses para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e Médico da equipe Laranja UBS Masterville Coordenação da UBS Masterville
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Coordenação: Enfermeira e Médico da Equipe Laranja UBS Masterville – avaliação a cada 06 meses.

Quadro 15 – Operações sobre o “nó crítico 4” – Baixa adesão da população aos Grupos Operativos Propostos relacionado ao problema “População Adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja UBS Masterville, do município de Sarzedo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Baixa adesão da população aos Grupos Operativos Propostos
Operação (operações)	Implementação do GO Hiperdia com participação multiprofissional quinzenalmente em ambientes diversos à UBS que incentive a participação popular através da metodologia de Dinâmica de Grupos
Projeto	Masterville + Saúde
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes
Produtos esperados	Diminuir demanda espontânea por complicações e agudizações da HAS e Diabetes, aumentar adesão dos portadores de doenças crônicas às ações preventivas, estimular o autocuidado, corresponsabilizar a população pelo seu tratamento, conscientizar população da importância de ações preventivas para controle de suas comorbidades
Recursos necessários	Organizacional: pessoal capacitado na metodologia de Dinâmica de Grupos; Cognitivo: pessoal multiprofissional capacitado para atuação nos GO's; Políticos: disponibilizar meios para a operacionalização e implementação dos GO's; Financeiros: para aquisição de recursos para implementação de estratégias que incentive uma maior adesão aos GO's.
Recursos críticos	Organizacional: espaço físico adequado fora da UBS Masterville, Político: acordos intersetoriais para aumentar adesão aos GO's, Financeiro: aquisição de recursos para implementação de estratégias que incentive uma maior adesão aos GO's.
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e Médico da equipe Laranja UBS Masterville – Favorável Coordenação da UBS Masterville – Favorável Coordenação da Atenção Básica de Sarzedo – Favorável Secretário de Saúde – Favorável
Ações estratégicas	Divulgação dos GO's em rádios locais, implementação de estratégias de recompensas que incentive a participação nos grupos como premiações em números mínimos de participação, realização de grupos em locais turísticos fora do ambiente da Unidade de Saúde.
Prazo	02 meses para início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e Médico da equipe Laranja UBS Masterville Coordenação da UBS Masterville
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Coordenação: Enfermeira da Equipe Laranja UBS Masterville – avaliação a cada 06 meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) bem como os princípios que regem a organização do SUS (regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação popular e complementariedade do setor privado) pode-se discutir a realidade de organização do SUS no município de Sarzedo – MG.

A partir do conhecimento do conceito da Universalidade, definido como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, pode-se observar que o município dispõe de uma rede de especialidades médicas restrita. Assim, conforme a especialidade demandada, o usuário permanecerá sem aquele atendimento, a menos que o mesmo procure atendimento a esta especialidade através de meios próprios no município de Belo Horizonte. Quanto ao princípio da Integralidade, em que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, a partir da integração de ações, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Sendo assim, pode-se verificar que o município fere o princípio da Integralidade uma vez que ocorre uma ênfase das intervenções meramente curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas e percebe-se uma ausência de planejamento estratégico para definição de determinantes sociais que possibilite a priorização de ações estratégicas de promoção e prevenção em saúde. Tendo em vista a Equidade, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, verifica-se que na unidade em que estou alocado não é realizado o planejamento estratégico em saúde, uma ferramenta capaz de estabelecer o diagnóstico situacional em saúde da localidade, o que permite traçar estratégias de ações direcionadas àquela população sob maior vulnerabilidade social e conseqüentemente promover uma melhoria nos determinantes de saúde desta população. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados. Observa-se neste ponto, que o objetivo da gestão municipal é apenas o cumprimento de metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e os resultados obtidos não são utilizados para avaliar a qualidade da atenção prestada ou para inferir a melhoria de indicadores de saúde. A Participação popular, definida como a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, não ocorre no município de forma adequado. A Unidade de

Saúde Masterville promove reuniões do Conselho Local de Saúde mensalmente nas dependências da própria unidade. Entretanto, devido ao fato da comunidade ser considerada uma população passiva, com baixo senso de cidadania, estas reuniões têm sido pouco efetivas no controle social para a definição das políticas públicas em saúde municipal. Dessa forma, as políticas públicas em saúde geralmente são estabelecidas de forma verticalizada com pouca discussão entre os representantes da comunidade local. Considerando o conceito do princípio de Regionalização e Hierarquização, em que se refere à necessidade dos serviços serem organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, podemos verificar que a Unidade de Saúde Masterville encontra-se organizada dentro da rede de saúde municipal e a mesma apresenta uma integração adequada aos demais níveis de atenção em saúde. Apesar de o município apresentar esta rede de organização do sistema de saúde, pode inferir que não existe um sistema eficaz de contra-referência dos pacientes direcionados aos atendimentos secundários, terciários e quaternários, sendo que esses pacientes retornam à atenção primária somente após busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde da equipe ou através da demanda espontânea com o passar dos dias, não havendo qualquer corresponsabilização de todos os níveis assistenciais do município para com aquele usuário.

A maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Entretanto, acredito que seja fundamental haver transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde do município de Sarzedo/MG para a melhoria da comunicação entre os diversos níveis assistenciais. Uma mudança importante seria tornar os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e a Policlínica em um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e da comunidade.

O modelo idealizado para o SUS preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização e descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população por meio de ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais. Para tanto, requer um processo de luta política e social visando garantir avanços em direção às mudanças pretendidas.

Desta forma, há que se reconhecer que para mudar a lógica do modelo hegemônico do município faz-se necessário promover mudanças também no *locus* de prestação do cuidado, buscando intervir nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com

possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais. Nesse sentido, a organização da rede básica de saúde representa uma oportunidade de acúmulo de forças em direção à própria consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A partir disso, pode-se concluir que os modelos de atenção à saúde resultam dos diferentes contextos sócio históricos que os determinam. Ao contrário do que se supõe, não há um modelo de saúde que suplante, isoladamente, todas as necessidades e problemas de saúde de uma determinada população. Por sua vez, a complexidade da realidade brasileira evidencia a necessidade de se pensar nas desigualdades e diversidades existentes entre as regiões brasileiras buscando adequar a oferta de serviços de acordo com o contexto regional.

No Brasil, o processo da Reforma Sanitária Brasileira tem avançado por meio de diferentes proposições de modelos que, embora tragam consistentes concepções teóricas, ainda se mostram insuficientes para fortalecer o SUS e, em especial, transformar a Atenção Primária à Saúde em efetiva ordenadora do cuidado em saúde. Alguns estados e municípios estão reorganizando seus serviços de saúde a partir da proposta de Redes de Atenção com resultados significativamente diferentes dos modelos anteriores. Esta nova lógica requer posicionamento de gestores, reestruturação da oferta de serviços com investimentos em resultados e agregação de valores aos usuários e, sobretudo, requer novas práticas profissionais na atenção à saúde. Acredito que este seja o caminho norteador para o município de Sarzedo.

REFERENCIAS

AQUINO, R. et al. **Avaliação do impacto da atenção primária em saúde no Brasil**. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA/Programa Integrado de Avaliação e Formação em Atenção Básica, 2013.

ANDRADE, M. V. et al. **Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2003: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares**. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2011.

ANDRADE, M. V. et al. **Equidade na saúde: o programa de saúde da família em Minas Gerais**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2013.

BARBOSA, A. C. Q. **Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas, estudo amostral 2008**. Belo Horizonte, FACE/UFMG, 2010.

BARNETT, M. L. et al. Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. **Archives of Internal Medicine**, 172: 163-170, 2012. Disponível em: <https://scholar.harvard.edu/files/mbarnett/files/barnett_archives_2012.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 de abril de 2017.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 01 de abril de 17.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília : Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004 a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 05 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais da vigilância em saúde. In: **Série Pactos pela Saúde 2006**. Brasília - DF, v. 13, 2010.

BRASIL. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<http://mg.transparencia.gov.br/tem/Sarzedo/receitas/por-area/acoes?exercicio=2016&funcao=10>>. Acesso em 01 de março de 2017.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

CUNILLERA, R. **Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2012.

DATASUS – **Tecnologia de Informação a Serviço do SUS**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qrmg.def>>. Acesso em 01 de março de 2017.

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/79591/000901015.pdf?sequence=1>>.

Acesso em 02 de agosto de 2017.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Cidades@**. Sarzedo, MG. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>>. Acesso em 01 de março de 2017.

KNAUSE, D. R. et al. Antropologia e atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.

LANDSBERG, G. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17: 3025-3036, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3781/1/ARTIGO_An%C3%A1liseDemandaMedicina.pdf>. Acesso em 02 de agosto de 2017.

LOPES, J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre, Artmed, 2012.

MACKWAY-JONES, K. et al. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência**. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MARQUES, A. J. S. et al. **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES et al. Sistema estadual de transporte em saúde em Minas Gerais. In: MARQUES et al. **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em 02 de agosto de 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em 02 de agosto de 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela atenção primária. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras**. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2011.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde. (Relatório de Consultoria. Projeto 1.04.21.), 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Relatório Mundial da Saúde, 2008. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_atencao_saude.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios**

de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington, HSS/OPS, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

PARMAGNANI, F.; ROCHA, F.; **Avaliando a resposta dos gastos municipais em saúde às transferências do SUS.** *41º Encontro Nacional de Economia da ANPEC, 2013.*

PMS, PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO. **História de Sarzedo.** Disponível em: <http://www.sarzedo.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=127>. Acesso em 01 de março de 2017.

PMS, PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO. **Caracterização dos Ecossistemas de Sarzedo.** Disponível em: <<http://www.sarzedoplay.com.br/Downloads/PatrimonioHistorico/SarzedoEcossistemas2010.pdf>>. Acesso em 01 março de 2017b.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.). **Modelos de atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-42.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Verônica Inês Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Janeiro de 2018.

SOUZA, R. O Sistema Público de Saúde brasileiro. *Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*, São Paulo, 2002.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B.

et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000:** health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services:** interim report. Geneva, World Health Organization, 2015.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf>.

Acesso em 01 de agosto de 2017.