

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

CLOVIS DA SILVA MELO JUNIOR

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO NO
PROCESSO DE TRABALHO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Juiz de Fora / Minas Gerais
2015

CLOVIS DA SILVA MELO JUNIOR

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO NO
PROCESSO DE TRABALHO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

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

Orientador: Prof^a. Dr^a Maria Isabel Gondim Borges Moreira

Juiz de Fora / Minas Gerais
2015

CLOVIS DA SILVA MELO JUNIOR

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO NO
PROCESSO DE TRABALHO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Banca examinadora

Examinador: Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Gondim Borges Moreira - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2 – Prof^a. Dr^a. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela oportunidade de cada dia
A minha família, por ser meu pilar fundamental
Ao Fábio pelo afeto e convívio diário

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Orientadora, pela disponibilidade e gentileza no processo de orientação.

A minha família, pela confiança e motivação.

Aos amigos e colegas, que apesar da distância sempre se fazem presentes.

Aos tutores e colegas de Curso, que nos ajudaram e acompanharam o trilhar dessa etapa de nossas vidas.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização e finalização deste trabalho.

“Tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para todo propósito debaixo do céu:
há tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de chorar e tempo de rir; tempo de
abraçar e tempo de afastar-se; tempo de amar e tempo de aborrecer; tempo de
guerra e tempo de paz.”

Eclesiastes 3:1-8

RESUMO

O município de Bicas encontra-se localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, pertencendo à microrregião de Juiz de Fora. Na cidade, existe um Hospital Geral (HG), mantém a sede do Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) através da Policlínica, Caps I, PamDia e 5 UBS com uma equipe do PSF em cada. A APS é a porta de entrada para todos os serviços, exceto para os atendimentos de urgência e emergência. Apesar de existir um HG na cidade que atende à demanda espontânea, quando há falta de médicos, todos os atendimentos são encaminhados para as UBS gerando uma sobrecarga para estas unidades. Se houver o funcionamento regular do HG como porta de entrada para urgência e emergência, pode-se repensar a forma com que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm trabalhado. Nesse contexto, despertou-se o interesse em caracterizar a organização dos processos de trabalho da equipe do PSF Sul com o objetivo de analisar sua organização e com vistas na elaboração e desenvolvimento de propostas de melhoramento através de um plano de intervenção no processo de trabalho da equipe. Este trabalho se justifica pelas possibilidades de intervenção e mudança no modelo de assistência à saúde da UBS. Foi realizada uma revisão de literatura, com os seguintes descritores: “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Programa de Saúde da Família”, “Formulação de Políticas”. Ainda, foram revistos os documentos norteadores do Ministério da Saúde (MS) para o Programa Nacional da Atenção Básica e os do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. A partir da revisão da literatura, foram confrontados o processo de trabalho e o modelo de saúde no PSF SUL e verificado o cumprimento ou não dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Com estas informações, foi desenvolvido um plano de ação utilizando o Método Simplificado do Planejamento Estratégico na tentativa de reformular os processos de trabalho fazendo com que se afinem aos princípios do SUS e contemplem o modelo de atenção às condições crônicas. Toda a execução do trabalho foi realizada com a equipe da UBS.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Formulação de Políticas.

ABSTRACT

Bicas municipality is located in the Zona da Mata region of Minas Gerais, belonging to the micro-region of Juiz de Fora. In this city, there is a General Hospital (GH), housing the inter-municipal consortium of specialties (CIESP) through the Polyclinic, Caps (I), PamDia (Diabetic and Hypertensive services), and 5 primary health Units with a team in each unit. Bicas's local health system offers all services except for urgent and emergency calls. Even though the existing GH in the city, which receives the spontaneous calls, whenever there is not enough doctors, all the calls are directed to the primary health units (UBS), causing an overload of service for these units. With the hospital's regular operation as the gateway for urgency and emergency, we can rethink the way in which the units have to work. In this context, based on the above described, has aroused the interest in characterizing the Organization of work team processes of the Basic Health Unit with the purpose of analyzing the organization, aiming at the elaboration and development of proposals of enhancement, through an intervention plan as well as team work. This work is justified by the possibilities of intervention and change in the primary health care units models of assistance. A literature review will be held, with the following descriptors: "Primary Health Care", "Basic care", "Family Care Program", "Health policy". The guiding documents of the National Health Ministry (MS) Program for Care Primary and Access and Quality Improvement Program will be reviewed. From the literature review, the working process and the model of health at FHP SOUTH will be studied. This approach will collect information on the compliance or not of the values that guide the Single Single Health System (SUS). With the information gathered, an action plan will be developed using the simplified Strategic Planning Method – SPM – in an attempt to redesign work processes and putting it in line with the principles of the SUS and of the chronic conditions model. All the work execution will be done with the primary health care unit staff.

Keywords: Primary Health Care; Family care strategy; Health policy formulation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RFFSA	- Rede Ferroviária Federal S.A
CIESP	- Consórcio Intermunicipal de especialidades
CAPS	- Centro de Apoio Psicossocial
PAMDIA	- Programa de Atenção ao Diabético
PSF	- Programa de Saúde da Família
PNAB	- Programa Nacional da Atenção Básica
PMAQ	- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
APS	- Atenção primária à Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- | | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | - Representação do Modelo de Atenção à Saúde proposta por Mendes | 22 |
| Figura 2 | - O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde. Representação adaptada do modelo de Mendes | 22 |

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
	LISTA DE FIGURAS	
	LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E SÍMBOLOS	
1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Apresentação	12
1.1.2	PSF Sul	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	GERAL	16
3.2	ESPECÍFICOS	16
4	METODOLOGIA	16
5	REVISÃO DE LITERATURA	17
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6.1	Seleção de nós críticos	24
6.2	Desenho das operações	24
7	IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS	26
8	ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO	27
9	ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	28
10	GESTÃO DO PLANO	30
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
12	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O município de Bicas encontra-se localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, pertencendo à microrregião de Juiz de Fora, do qual está distante a 39,5 km. Em referência à capital (Belo Horizonte), Bicas está a 297,9 km de distância. Encontra-se bem mais próxima da capital do Rio de Janeiro, estando a 186,3 km. Sua população é de aproximadamente 13.653 habitantes, estando 12.957 na área urbana, e 696 na área rural^(1,2).

A história da cidade começa no século XVIII, quando ainda pertencia ao município vizinho Guarará, e era ponto de parada de tropeiros. Em 1923, obteve sua independência, tornando-se a cidade de Bicas. Muitos imigrantes italianos, além de outras nacionalidades, foram atraídos para a cidade. Até os anos 1970, Bicas possuiu uma estação de trem e uma filial ativa de reparação de vagões da extinta RFFSA (Rede Ferroviária Federal S.A.), que promoveu nesse período prosperidade para a cidade^(1,2).

Com uma área total do município de 139,538 km² e com uma concentração habitacional de 97,84 hab./km², o município possui domiciliadas 4.027 famílias, sendo 3.841 residentes na zona urbana e 186 famílias na zona rural⁽³⁾.

A economia de Bicas baseia-se sobretudo no desenvolvimento de atividades na área de serviços e comércio. No entanto, outras atividades como a agricultura e pecuária são desenvolvidas no município. A pecuária leiteira desempenha papel importante na economia da cidade, ocupando vastas áreas do território e movimentando a economia^(1,2).

Na cidade, existe um Hospital Geral, e mantém a sede do Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) através da Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), PamDia (serviço de atenção ao Diabético e Hipertenso) e 5 Unidades de Atenção Primária a Saúde com uma equipe em cada unidade. No serviço municipal de saúde trabalham 14 profissionais efetivos, 1 cargo comissionado, 63 contratados^(1,2).

1.1.2 PSF Sul

O PSF Sul, localizado na região que o nomeia, rua Santa Teresa parte alta, insere-se na comunidade através das ações desenvolvidas por uma equipe formada por 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeira, 1 secretária, e 5 agentes comunitários de saúde, que atendem a uma população de 2.448 habitantes. O funcionamento da Unidade Básica é das 7h00 às 16h00, sem fechar para o almoço.

A unidade básica de Saúde é composta por uma recepção com uma área de espera ampla e bem ventilada, dois banheiros para utilização da população, dois consultórios médicos, uma sala para a enfermeira, sala de vacinação, sala de curativo, sala de reuniões/dos agentes de saúde, copa, dois banheiros para equipe de trabalho.

Apesar da territorialização e da adscrição da clientela, ainda não se consegue estabelecer uma disponibilidade de serviço que oportunize a todos que desejem um atendimento cômodo em relação a tempo de espera e facilidade de horários para agendamento de consultas, o que ainda é feito no amanhecer do dia e, por vezes, com longas filas de espera.

A atenção primária é a porta de entrada para todos os serviços, exceto para os atendimentos de urgência e emergência.

A coordenação do cuidado em saúde é difícil de ser operacionalizada no contexto da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), no PSF Sul. Quando não consegue resolubilidade ou há necessidade de uma avaliação no nível secundário de atendimento, o paciente é encaminhado para o serviço fornecido pelo CIESP (Consórcio Intermunicipal de Especialidades). Contudo, o fluxo de referência e contra referência nem sempre é respeitado, o que faz com que não se tenham as informações dos atendimentos realizados pelos pacientes em outros pontos da atenção. Com isso, perde-se a coordenação do cuidado do paciente por não haver as informações dos outros níveis da atenção à saúde.

Um dos grandes problemas encontrados pela cidade de Bicas é o funcionamento do HG. É uma instituição filantrópica que recebe repasse mensal da prefeitura e possui mantenedora própria. O hospital não consegue manter um

quadro de funcionários e médicos, e sendo o único hospital da cidade, sempre que ocorrem emergências e não havendo médico, a população se volta para as unidades básicas de saúde, que às vezes são obrigadas a fazer o primeiro atendimento, até conseguir remover o paciente para local que tenha recursos necessários para o atendimento.

A referência hospitalar é na cidade de São João Nepomuceno, uma das cidades participantes do CIESP. Caso o atendimento necessite de maiores recursos no atendimento hospitalar, os pacientes são encaminhados para a cidade de Juiz de Fora.

A cidade de Bicas, ao longo de vários anos, por problema de gestão, encontrou-se continuamente com seu único hospital sem médico, o que fez com que as unidades básicas da cidade fossem obrigadas a drenar um fluxo de atendimento que não corresponde ao perfil que é o propósito da atenção primária. Por não contar com uma porta de urgência e emergência eficaz, e um serviço de atenção secundária à saúde que funcionasse de maneira a suprir a demanda local, os postos de saúde da cidade foram obrigados a se desfazerem da proposta da atenção primária à saúde, fazendo somente atendimento à demanda espontânea, urgências e emergências. Com isso, passou-se a atender a uma demanda espontânea em excesso em detrimento das ações planejadas, como os grupos de hipertensos e diabéticos, saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança, puericultura e ações de atenção e promoção de saúde.

No entanto, a atual administração municipal se propôs, com a iniciativa de manter o pagamento dos profissionais do hospital, reorganizar o serviço hospitalar e tornar o seu funcionamento o mais adequado possível.

O funcionamento regular do hospital como porta de entrada para urgência e emergência permite repensar a forma com que as unidades têm trabalhado. Como durante muitos anos as unidades básicas de saúde precisavam suprir a demanda causada pelo não funcionamento do hospital, as unidades podem voltar aos princípios da atenção básica: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, equidade, humanização e participação social. Esses princípios orientam ações de saúde no

âmbito individual e coletivo que embasam a promoção e a proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde ⁽⁴⁾.

Entretanto, para isso, terá que haver mudanças no processo de trabalho da equipe, para tentar melhorar o funcionamento e contemplar os princípios da atenção primária.

Nesse contexto, e com base no acima descrito, despertou-se o interesse em caracterizar o processo de trabalho da equipe de uma unidade básica de saúde, com vistas ao seu melhoramento.

2 JUSTIFICATIVA

As intervenções são frutos da necessidade de modificações ou novas realizações que surgem a partir de “atravessamentos” – incômodos, obstáculos, situações – ao qual nos referimos cotidianamente como problemas⁽⁵⁾.

Como forma de desenvolver ações de planejamento e intervenções inteligentes sobre fatores sociais e em conversa com a equipe de trabalho, identificamos que um dos maiores problemas que encontramos hoje na nossa unidade é a impossibilidade da realização efetiva de um modelo de saúde que não atenda somente às necessidades e agravos agudos, mas que permita também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e suas complicações.

Para que esse modelo seja reorganizado, os processos de trabalhos terão que ser modificados de forma que a sua nova estrutura melhore o trabalho da equipe e contemple os princípios da atenção primária.

A proposta de substituição da forma de pensar e praticar saúde com o abandono do modelo tradicional, medicamentoso, hospitalocêntrico, curativo, individuado em um modelo de saúde coletiva, encontra como desafio a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento por uma atenção centrada no usuário, na família e comunidade^(4,5).

A APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde deve existir de forma a obedecer a princípios, ora listados, sendo importantes para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. A heterogeneidade da qualidade

da APS, geralmente, está associada à ausência destes princípios^(4,5). Sendo portanto, tais princípios, os norteadores da organização do processo de trabalho na APS.

Com isso, este trabalho se justifica pelas possibilidades de intervenção e mudança no modelo de assistência à saúde e do processo de trabalho dos profissionais da atenção primária da unidade de saúde da família do PSF Sul.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Elaborar um plano de intervenção para a equipe do Programa de Saúde da Família da Unidade Básica do PSF Suldo Município de Bicas – MG, com vistas a mudanças no processo de trabalho da mesma.

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar a organização do processo de trabalho da equipe do PSF Sul;

Analisar a organização do processo de trabalho da equipe;

Identificar propostas para readequação do processo de trabalho da equipe.

4 METODOLOGIA

Foram utilizados documentos orientadores que estabelecem critérios para a organização do processo de trabalho em unidades de Saúde da Família, bem como uma revisão de literatura, com os seguintes descritores: “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Programa de Saúde da Família”, “Formulação de Políticas”, “Planejamento Estratégico”.

Ainda, foram revistos os documentos norteadores do Ministério da Saúde, tais como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e os do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

A partir da revisão da literatura, foram confrontados o processo de trabalho e o modelo de saúde no PSF SUL, com aqueles propostos pelos textos selecionados. Esse confronto possibilitou identificar o cumprimento ou não dos princípios e diretrizes que norteiam a proposta de organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Toda a execução do trabalho foi realizada em conjunto com a equipe da Unidade básica de Saúde.

Foi desenvolvido um plano de ação utilizando o Método Simplificado do Planejamento Estratégico – PES – na tentativa de reformular os processos de trabalho fazendo com que se afinem com os princípios do SUS e contemplem o modelo de atenção proposto para a atenção básica no SUS.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Após a regulamentação do SUS com a Lei N. 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, com leis de regulamentação e participação popular na gerencia do SUS (Lei. N. 8.142/90), normas operacionais entre outras, a saúde começou a ser vista não somente como a ausência de doenças, mas como um processo determinado por vários fatores: alimentares, de moradia, condições habitacionais, educação, lazer, dentre outros. A partir dessa mudança na visão sobre o processo de saúde, viu-se o surgimento do Programa de Saúde da Família^(6,7).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de tentar diminuir a mortalidade infantil e materna, sobretudo, nas áreas mais pobres e desassistidas das regiões norte e nordeste do Brasil. Foi percebido que a função dos agentes, nos serviços básicos de saúde, lograva êxito melhorando os indicadores de saúde nos municípios atendidos. Com isso, em 1994 uma nova proposta com a finalidade de expandir o PACS, e com o enfoque na família como unidade de ação, deu origem ao Programa de Saúde da Família (PSF)^(6,7).

O Programa de Saúde da Família surgiu no Brasil como uma forma de reorientar o modelo assistencial tecnicista/hospitalocêntrico que não atendia às necessidades de saúde da população. O PSF introduziu um pensar em saúde onde

a família está no centro das intervenções com ações que não se limitam ao indivíduo doente, agindo preventivamente na população^(6,7).

O PSF tem como finalidade atender o indivíduo e seu núcleo familiar de maneira integral e contínua, trabalhando em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É um modelo que reconhece o indivíduo em um contexto de saúde, buscando melhorias nas condições de vida do cidadão através de serviços resolutivos, integrais e humanizados^(6,7).

Apesar de ter sido chamado de PSF, foi bem diferente de outros programas concebidos pelo MS, sobretudo, por não ser um programa de intervenção vertical e não agindo de forma paralela às atividades dos serviços de saúde – o que favoreceu a mudança da nomenclatura de PSF para ESF (Estratégia de Saúde da Família). A ESF integra, organiza e coordena as atividades em um território adscrito com a finalidade de combater seus problemas e atender os indivíduos daquela região^(6,7).

Com a ESF a Atenção Primária a Saúde (APS) tornou-se a porta de entrada para o sistema de saúde. Ao se inserir em um contexto ampliado de saúde, a APS veio suprir demandas que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não comportava, como as demandas de saneamento, vacinação, prevenção, promoção e tratamento de doenças em condições epidêmicas ou não, utilizando-se de uma baixa densidade tecnológica – com poucos equipamentos – apoiados em uma alta complexidade de técnicas diagnósticos – através de saberes e da integração de ações individuais e coletivas^(6,7).

No entanto, para que a ESF não continue a ser o modelo anterior com um nome novo, onde as consultas e exames buscam somente a cura para os problemas de saúde, é necessária uma reorganização no trabalho dos profissionais da APS tornando-o de fundamental importância no processo de produção de saúde^(6,7).

Apesar de ter sido criado em 1994, a ESF teve suas primeiras equipes implantadas somente nos anos de 1997 e 1998. Entretanto, os avanços e sucessos do programa possibilitaram sua rápida expansão com os incentivos do MS⁽⁶⁾.

Entretanto, apesar da sua expansão, durante a implantação e funcionamento das equipes várias dificuldades são verificadas: dificuldade para trabalhar com a prevenção de doenças pela resistência da população e pela cultura da medicina

hospitalocêntrica; dificuldade no referenciamento de pacientes para outros níveis de atenção no sistema de saúde; falta de organização e problemas no processo de municipalização; profissionais não capacitados e dificuldade de contratação de profissionais⁽⁶⁾.

A APS é resolutive e consegue, em municípios que funcionam adequadamente, reduzir as consultas em unidades de referência, diminuir o atendimento nas urgências e emergências dos prontos-socorros, aumentar a cobertura de acompanhamento às gestantes, puérperas e crianças, e aumento da cobertura vacinal.

Observar-se, portanto, que a APS está orientada para ser o primeiro vínculo para o usuário dos sistemas de saúde, devendo ser orientada por práticas humanizadas, oferecidas de maneira contínua e não mais pensada com enfoque somente na doença, mas, na melhoria da qualidade de vida e nas questões biopsicossociais e ambientais. É de fundamental importância o desenvolvimento de ações intersetoriais na tentativa de abarcar todos os determinantes de saúde⁽⁷⁾.

Segundo Escorel et al. (2007), p. 169:

A conversão do modelo de atenção básica à saúde operacionaliza-se por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de práticas convencionais de assistência e a incorporação de novas práticas voltadas para a família e a comunidade, com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade.

Após a implementação da ESF o grande desafio agora é construir um sistema que garanta a integralidade do cuidado através de arranjos organizativos de unidades e pontos de atenção diagnóstico e terapêutico, onde sejam desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas.

O SUS, da forma como está estruturado, mostra-se hoje, mais preparado para o manejo clínico das condições agudas que para o manejo clínico das condições crônicas. O lidar com as condições crônicas é um processo complexo que exige abordagem multiprofissional e garantia de continuidade na assistência.

Um PSF que não consiga atender as demandas crônicas, agudas ou crônicas agudizadas funciona como um sistema fragmentado se distanciando do objetivo

proposto com a implantação da ESF, gerando descontinuidade assistencial com comprometimento na integralidade da atenção à saúde^(4,7).

Para que a ESF possa oferecer uma atenção integral com enfoque social ampliado é necessário que o processo de trabalho exista apoiado nos atributos da atenção primária de maneira documentada e seguindo protocolos. As práticas utilizadas no PSF devem ser dirigidas para a família e comunidade identificando suas necessidades de saúde levando em consideração as fases dos ciclos de vidas e as várias construções sociais e ambientais dos grupos de indivíduos⁽⁸⁾.

As atividades devem ser programadas e dirigidas, de forma organizada, com objetivo de influenciar os determinantes do processo saúde-doença, realizadas dentro do espaço físico da Unidade Básica de Saúde ou extramuros, por todos os profissionais da equipe

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A cidade de Bicas, ao longo de vários anos, por problema de gestão, encontrou-se continuamente com seu único hospital sem a presença do profissional médico, o que fez com que as unidades básicas da cidade fossem obrigadas a drenar um fluxo de atendimento que não corresponde ao perfil que é o propósito da atenção primária.

Por não contar com uma porta de urgência e emergência eficaz, e um serviço de atenção secundária à saúde que funcionasse de maneira a suprir a demanda local, os postos de saúde da cidade foram obrigados a se desfazerem da proposta da atenção primária a saúde fazendo somente atendimento da demanda espontânea, urgências e emergências. Com isso, passou-se a atender a uma demanda espontânea em excesso, em detrimento das ações ora planejadas como os grupos de hipertensos e diabéticos, saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança, puericultura e ações de atenção e promoção de saúde.

A melhoria no processo de trabalho pode impactar significativamente em toda a comunidade, tendo em vista, que tudo perpassa por ele, desde o acolhimento, estabelecimento de vínculos, o cuidado a prevenção e promoção em saúde⁽⁹⁾.

Para melhorar a descrição da proposta de intervenção, apresento a seguir duas figuras que representam a estrutura de processo de trabalho e organização da estrutura da demanda da APS, contrariamente ao que é encontrado no PSF Sul na cidade de Bicas.

Um dos principais desafios da ESF é a atenção as condições crônicas de saúde. O enfrentamento dessas condições exige grandes mudanças na atenção primária à saúde. As intervenções de promoção da saúde, de prevenção e manejo das doenças agudas e crônicas tornam a ESF um espaço privilegiado e necessário⁽⁷⁾.

A figura 1 apresenta as possibilidades de estratificação, por níveis de complexidade, de um modelo de atenção à saúde. A base da pirâmide representa o estágio onde a grande parte da população se encontra e a cada nível os tipos de intervenções propostas na APS. Na medida em que se alcançam níveis mais altos na pirâmide, as condições de saúde-doença adquirem maior complexidades com riscos maiores para o paciente e com intervenções menos eficazes e com maiores custos financeiros e sociais.

O foco da APS é fazer com que o menor número de pacientes possíveis ascenda para níveis mais altos na pirâmide.

A figura 2 representa o modelo e as estruturas ideais a que se pretende dentro da APS. É o objetivo perseguido na proposta de intervenção apresentado neste projeto de ação, onde seja identificado e adscrive uma população com necessidades e, a partir disso, sejam consideradas suas demandas com atenção às necessidades de saúde de maneira integral.

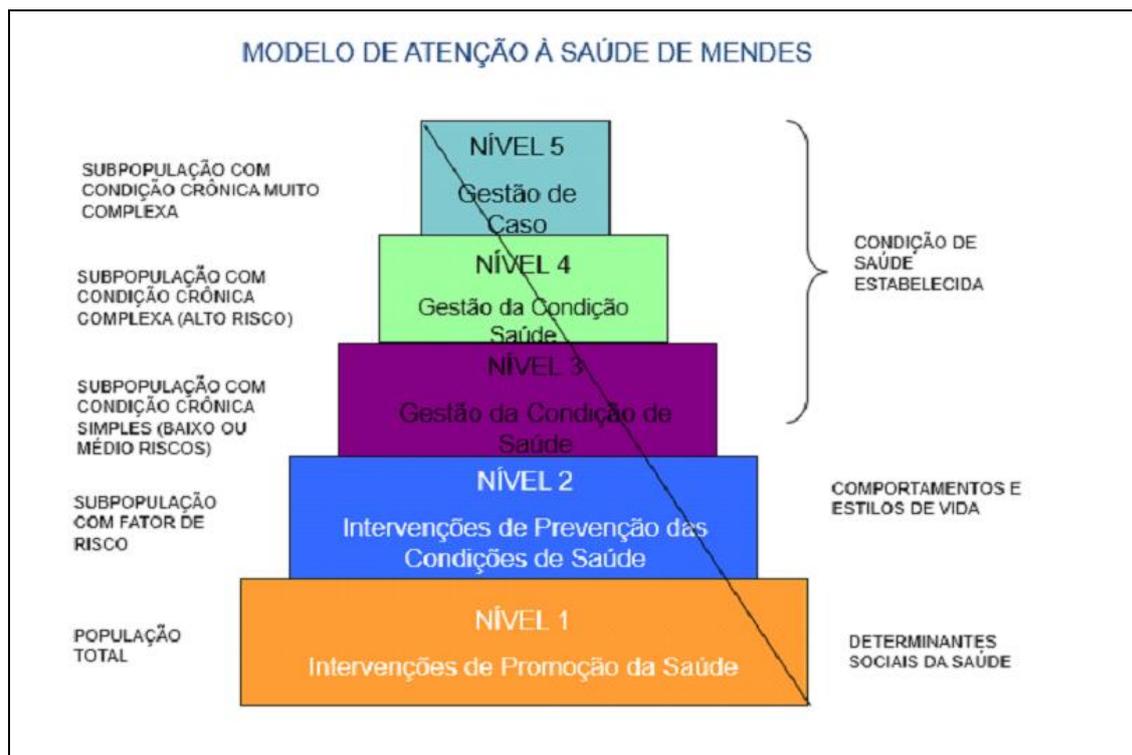


Figura 1: Modelo de Atenção à Saúde de Mendes

Fonte: Mendes, 2012.

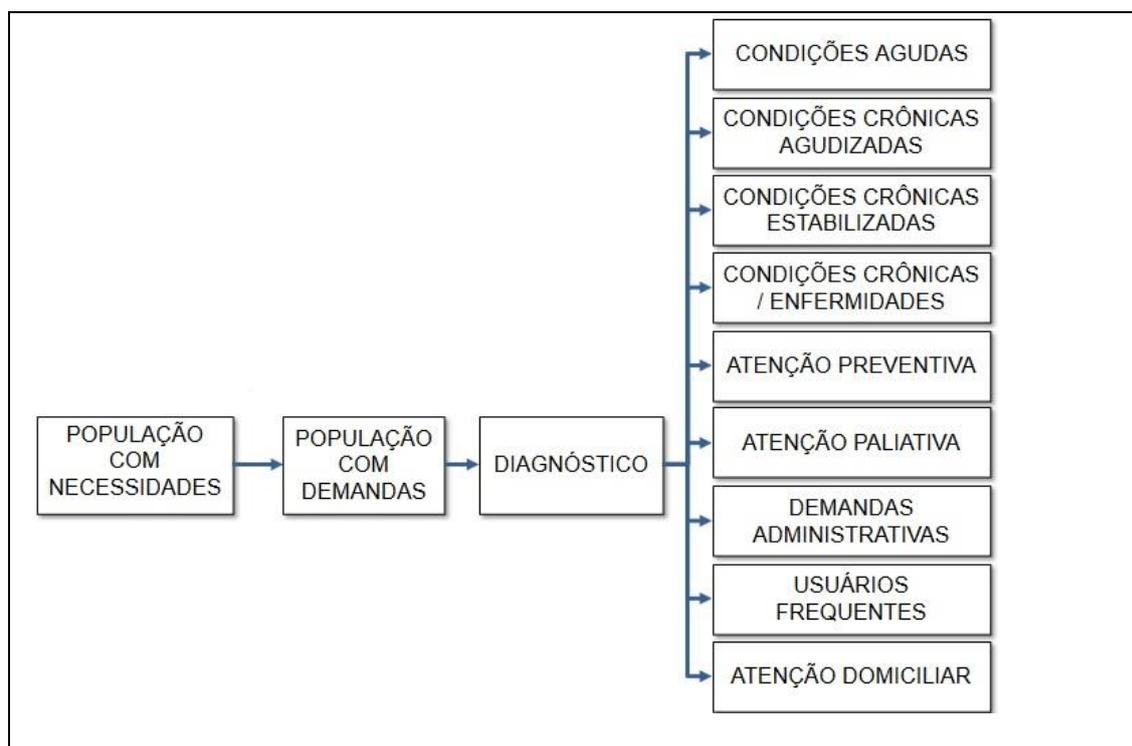


Figura 2: Adaptação de Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde.

Fonte: Mendes, 2014.

No PSF Sul o processo de trabalho acontece de maneira irrefletida:

- Papel da Atenção Primária - na UBS PSF Sul, a maioria dos profissionais antes de trabalharem na unidade não haviam tido experiência na APS. A falta de capacitação, reciclagem e experiência dos profissionais fazem com que práticas organizativas, muitas delas se afastando das propostas na atenção básica, sejam replicadas sem questionamentos e de maneira mecânica.
- Modelo de saúde – Para que a APS alcance o objetivo de ser um modelo substitutivo, o processo de trabalho e a forma organizativa da UBS deve se alinhar aos princípios da atenção básica. O PSF Sul é organizado para atendendo à demanda espontânea da população.
- Cobertura x qualidade – O entendimento da proposta da APS permite a adscrição da população objetivo com uma melhor cobertura da unidade básica de saúde. Atender a população, mesmo não sendo da área do PSF, que requer atendimento pela ausência de médicos no Hospital Geral, apesar de necessário afeta a qualidade do serviço e descaracteriza o trabalho da atenção básica no PSF Sul.
- Intersetorialidade – O desenvolvimento de ações intersetoriais é necessário na APS, apesar de sua importância não existe mobilização da equipe como um todo, dentro da unidade.
- Ciclos da vida – A integralidade e a coordenação do cuidado são um dos princípios da atenção básica. As agendas dos profissionais da UBS não contemplam ações programáticas de cuidado e atenção à saúde de puericultura, pré-natal, grupo de idosos, acompanhamento de grupos de hipertensos, etc. Ações considerando os ciclos de vida são de fundamental importância para a APS.
- Cuidado continuado e atenção a doenças crônicas – Só através da reorganização do processo de trabalho dentro do PSF Sul será possível fornecer cuidado continuado para a população coberta. A impossibilidade, como ocorre atualmente, de planejar ações de promoção, prevenção e cuidado inviabilizam o cuidado continuado e a atenção as condições crônicas.

Além disso, todas as condições acima dificultam o atendimento às propostas para organização do processo de trabalho na APS.

- Processo de Humanização em saúde – acolhimento e classificação de risco;
- Gestão da clínica, diretrizes clínicas e protocolos;
- Elementos de planejamento da organização à demanda programada e espontânea;
- Pactuações de metas e indicadores.

6.1 – Seleção dos nós críticos

Para promover tais mudanças será necessário entender e intervir nos “nós críticos” envolvidos neste processo:

- Ausência de acolhimento e classificação de risco – humanização em saúde;
- Falta de protocolos, diretrizes e gestão da clínica;
- Ausência de programação de atendimento – elementos de planejamento da organização.
- Ausência de metas e indicadores dos pactos de saúde.
- Dificuldades com a cultura local;
- Dificuldades na gestão;
- Falta de capacitações, atualização e promoção de ações educativas para a equipe.

6.2 – Desenho das operações

A partir da identificação dos nós críticos foram consideradas estratégias para o enfrentamento dos problemas que serão apresentadas na planilha a seguir, bem como os produtos, resultados e os recursos necessários para a sua realização.

Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos para o processo de trabalho do PSF Sul.

Desenho de Operações para os “nós” críticos do problema do processo de trabalho				
Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Ausência de acolhimento e classificação de risco – humanização em saúde.	Modificar a forma de acolhimento	Tornar o atendimento humanizado e integral permitindo aumento na resolubilidade dos problemas de saúde.	Ações educativas, palestras, reuniões.	Cognitivo – informações sobre o tema, treinamentos, ações educativas. Financeiro para salas e insumos.
Falta de protocolos, diretrizes e gestão da clínica	Sistematizar o processo de trabalho.	Implementação de ações sistematizadas e inter-relacionadas, seguindo metodologias que orientem os cuidados tanto no âmbito da unidade quanto no trabalho na comunidade	Reuniões, capacitações, ações educativas, palestras.	Cognitivo – informações sobre o tema, treinamentos, ações educativas. Financeiro - salas e insumos.
Ausência de programação no atendimento	Organização das formas de acesso ao serviço de saúde.	Classificar riscos: atendimento imediato (urgência e emergência); agendamento de consultas; encaminhamento para outro ponto dos sistemas; atenção à demanda programada.	Treinamento da equipe para triagem de atendimento; implementação de protocolos de triagem de atendimento; classificação de riscos; protocolos de triagem de atendimento (protocolo de Manchester)	Cognitivo – informações sobre o tema, treinamentos, ações educativas. Financeiro - salas e insumos; políticos – equipamentos e insumos tecnológicos.
Ausência de metas e indicadores dos pactos de saúde.	Estabelecer e cumprir metas já estabelecidas para a atenção básica.	Realizar atenção programada às pessoas nos diferentes ciclos de vida, considerando as metas pactuadas pela Secretaria de Saúde	Modificação da Agenda, ações educativas para apresentação e conhecimento dos pactos e do SUS, treinamento da equipe.	Cognitivo – informações sobre o tema, treinamentos, ações educativas. Financeiro para salas e insumos; políticos – equipamentos e insumos tecnológicos.
Dificuldades	Envolver a	Mudança na cultura	Reuniões, ações	Organização

com a cultura local;	sociedade nos programas da APS.	local com a finalidade de tornar a sociedade participante no processo de fortalecimento da atenção primária com conhecimento sobre os princípios.	educativas, campanhas em rádios e outros meios de comunicação, elaboração de cartilhas e panfletos.	da equipe para a mobilização social; político – recursos financeiros para material audiovisual; intersetorial – mobilização social.
Falta de capacitações, atualização e promoção de ações educativas para a equipe.	Manter a equipe atualizada; reciclagem.	Promover atualização e ganhos cognitivos/intelectuais imensuráveis que somam no conjunto da equipe.	Educação continuada, reuniões, grupos educativos.	Político com espaço físico e contratação de profissionais, recursos audiovisuais e cognitivo; mobilização e interesse da equipe.

Fonte: Melleiro, 2007.

7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Determinados recursos interferem com intensidades diferentes no processo de transformação a favor ou contra as mudanças que se deseja. Com isso, identificar aqueles que são considerados críticos são de fundamental importância.

Pensando na viabilidade destes recursos, apresentamos, no quadro abaixo, operações/projetos e seus recursos.

Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema processo de trabalho.

Operação/Projeto	
Modificar a forma de acolhimento.	Financeiro – para salas, treinamento equipe, ações educativas.
Implementar uma sistematização no processo de trabalho.	Financeiro – para salas, treinamento equipe, ações educativas.
Organização das formas de acesso a saúde.	Financeiro – para aluguel de salas, treinamento equipe, ações educativas, equipamentos e insumos tecnológicos.
Estabelecer e cumprir as metas já estabelecidas para a atenção básica.	Financeiro – para aluguel de salas, treinamento equipe, ações educativas, equipamentos e insumos tecnológicos.
Envolver a sociedade nos programas da APS.	Político – organização da equipe para

	mobilização social.
Manter a equipe atualizada; reciclagem.	Político – com espaço físico e contratação de profissionais, recursos audiovisuais.

Fonte: Melleiro, 2007.

8 ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), os recursos necessários para alcance dos objetivos são instrumentos utilizados em situação com baixa governabilidade. Como quem planeja não controla todos os recursos é preciso identificar aqueles que controlam tais recursos no processo de execução do projeto e seu posicionamento frente ao problema.

Segundo Melleiro et al. (2005), p. 166:

O método PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Logo, processar problemas implica em explicar como ele nasce e como se desenvolve, fazer planos para atacar as suas causas, analisar e construir a viabilidade política do plano, o que corresponde a ter uma visão real dos problemas locais, sem generalizá-los na descrição e nas propostas de solução. O problema é algo detectado que incomoda o ator social e o motiva a buscar soluções adequadas, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera inadequado ou intolerável e, ainda, o estimula a enfrentá-lo, visando a promoção de mudanças.

A identificação dos controladores dos recursos com seu posicionamento e a definição de ações estratégicas podem possibilitar a viabilidade para o plano com o “convencimento” daqueles que controlam os recursos críticos⁽¹⁰⁾.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas as variáveis fundamentais.

Outro aspecto a ser mencionado, diz respeito aos níveis de controle que os atores sociais detêm no processo de resolução da situação-problema, os quais são: governabilidade :onde o controle do ator que declara o problema é total; a influência: na qual o ator tem capacidade de influenciar outros atores que possuem governabilidade sobre os nós explicativos do problema e forado jogo: onde o ator não tem qualquer controle ou influência sobre as causas do problema.O PES é desenvolvido por meio de quatro momentos:

oexplicativo, o normativo, o estratégico e o táticooperacional. (Melleiro et al., 2005, p. 166)

A seguir, é apresentado quadro com os atores que controlam os recursos críticos, e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Quadro 3 – Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Modificar a forma de acolhimento.	Financeiro – para salas, treinamento equipe, ações educativas.	Prefeito Secretario de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.
Implementar uma sistematização no processo de trabalho.	Financeiro – para salas, treinamento equipe, ações educativas.	Prefeito Secretario de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.
Organização das formas de acesso a saúde.	Financeiro – para aluguel de salas, treinamento equipe, ações educativas, equipamentos e insumos tecnológicos.	Prefeito Secretario de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.
Estabelecer e cumprir metas já estabelecidas para APS.	Financeiro – para aluguel de salas, treinamento equipe, ações educativas, equipamentos e insumos tecnológicos.	Prefeito Secretario de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.
Envolver a sociedade nos processos da APS	Político – organização da equipe para mobilização social, recursos financeiros, material audiovisual; articulação intersetorial – para mobilização social.	Prefeito Secretario de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.
Manter a equipe atualizada; reciclagem.	Político – espaço físico e contratação de profissionais,	Prefeito Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto.

	recursos áudio visual.			
--	------------------------	--	--	--

Fonte: Melleiro, 2007.

9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

As ações de todas as atividades envolvidas no planejamento serão de responsabilidade do médico e da enfermeira da equipe do PSF Sul. O quadro a seguir apresenta as ações, as responsabilidades e os prazos.

Quadro 4 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar a forma de acolhimento.	Tornar o atendimento humanizado e integral permitindo aumento na resolubilidade dos problemas de saúde.	Ações educativas, cartilhas, reuniões.	Apresentar projeto.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato previsão de término:4 meses.
Implementar uma sistematização no processo de trabalho.	Implementação de ações sistematizadas e inter-relacionadas, seguindo metodologias que orientem os cuidados tanto no âmbito da unidade quanto no trabalho na comunidade.	Protocolos e diretrizes da APS, PNAB, PMAQ e do Ministério da Saúde.	Apresentar projeto.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato previsão de término:4 meses.
Organização das formas de acesso a saúde.	Classificar riscos: atendimento imediato (urgência e emergência); agendamento de consultas; encaminhamento para outro ponto dos sistemas; atenção à demanda programada.	Treinamento da equipe para triagem de atendimento; implementação de protocolos de triagem de atendimento; classificação de riscos; protocolos de triagem de atendimento (protocolo de Manchester)	Apresentar projeto.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato previsão de término:4 meses.
Estabelecer e cumprir as	Aumentar número de pré natal,	Modificação da Agenda, ações	Apresentar projeto.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato

metas já estabelecidas para a atenção básica.	puericultura, aumentar consultas programadas, prevenção do câncer de colo do útero – pactos do SUS.	educativas para apresentação e conhecimento dos pactos e do SUS, treinamento da equipe.			previsão de término:4 meses.
Envolver a sociedade nos programas da APS.	Mudança na cultura local com a finalidade de tornar a sociedade participante no processo de fortalecimento da atenção primária com conhecimento sobre os princípios.	Reuniões, ações educativas, campanhas em rádios e outros meios de comunicação.	Apresentar projeto, apoio da população, da sociedade e dos diversos setores da comunidade.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato previsão de término:4 meses.
Manter a equipe atualizada; reciclagem.	Promover atualização e ganhos cognitivos/intelectuais imensuráveis que somam no conjunto da equipe.	Educação continuada, reuniões, grupos educativos.	Apresentar projeto.	Médico/enfermeira da equipe.	Início imediato previsão de término:4 meses.

Fonte: Melleiro, 2007.

10 GESTÃO DO PLANO

O projeto será avaliado semanalmente através de reunião de planejamento com a equipe, e entre o médico e enfermeira, separadamente, com observação dos pontos definidos para o projeto e o cumprimento dos objetivos propostos.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância da Estratégia da Saúde da Família no processo de reorganização do modelo da atenção à saúde no Brasil, estruturar o trabalho dentro das Unidades básicas de saúde é de fundamental importância.

A proposta desse trabalho é, por meio de reuniões de equipe e informações dos dados coletados pela própria equipe e/ou disponibilizados pelos gestores de saúde, desenvolver proposta de intervenção para a reorganização do processo de trabalho em uma unidade básica com a finalidade de tornar as atividades

desenvolvidas afinadas com o que propõe o Sistema Únicos de Saúde para o novo modelo de atenção à saúde.

A própria equipe será responsável pela implementação das mudanças, sendo o médico e a enfermeira da equipe os facilitadores e orientadores na aplicação da metodologia utilizada.

Para a viabilidade do plano de ação deverá haver clareza na realização do planejamento e responsabilidade de toda equipe tendo em vista o caráter interdisciplinar da proposta de reorganização.

A reorganização do processo de trabalho na unidade básica de saúde poderá gerar ganhos na relação de trabalho entre os membros da equipe, entre a UBS e a comunidade; promover reflexão entre a equipe sobre o processo de trabalho; melhorar as práticas sanitárias; melhorar o fluxo de atendimento; atender integralmente a população com observância às práticas de prevenção, promoção e tratamento de agravos agudos e crônicos.

12 REFERÊNCIAS

- 1- A cidade. In: Prefeitura Municipal de Bicas: Bicas: Prefeitura Municipal; 2013. Disponível em: <<http://www.bicas.mg.gov.br/a-cidade/historia>>. Acesso em 31 jul. 2014.
- 2- BICAS. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2013. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Bicas&oldid=36362851>>. Acesso em: 7 ago. 2014.
- 3- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores>. Acesso em: Jun. 2014.
- 4- LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- 5- MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- 6- LOURENÇÃO, Luciano Garcia; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldes. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. ArqCiênc Saúde 2004 jul-set;11(3):158-62.
- 7- ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.
- 8- ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde,

- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 10-**MELLEIRO, Marta Maria; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; CIAMPONE, Maria Helena Trench. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(2):165-71.
- 11-**ABRHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde.* 2007, v. 3 (1):1-3.
- 12-**CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. *Planejamento e avaliação das ações em saúde.* 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- 13-**COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FERREIRA, Maria de Lurdes da Silva Marques; REIS, José Roberto; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial *RevBrasEnferm*, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.
- 14-**MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Revista da escola. enferm. USP.* 2008, vol.42, n.1, pp. 41-47.
- 15-**SIMÃO, Eunice; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Atenção básica no brasil (1980-2006): alguns destaques. *Rev. RENE.* Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.
- 16-** MENDES, Eugênio Vilaça. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília: Conass, 2012.