

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

LIVIA DE OLIVEIRA COUTINHO

**TERRITORIALIZAÇÃO: REORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DE
COBERTURA DAS EQUIPES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA DA CONCEIÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-MINAS
GERAIS**

CONTAGEM - MINAS GERAIS

2016

LIVIA DE OLIVEIRA COUTINHO

**TERRITORIALIZAÇÃO: REORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DE
COBERTURA DAS EQUIPES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA DA CONCEIÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM- 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.

Orientadora: Prof^a. Daniele Falci de Oliveira

CONTAGEM - MINAS GERAIS

2016

LIVIA DE OLIVEIRA COUTINHO

**TERRITORIALIZAÇÃO: REORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DE
COBERTURA DAS EQUIPES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA DA CONCEIÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Daniele Falci de Oliveira

Examinador 2 : Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

Dedico esse trabalho a minha família pelo apoio
e ao meu querido e amado esposo pelo amor incondicional.

Sem eles nada seria possível

Agradeço ao meu esposo por todo carinho, amor e dedicação, à minha mãe meu exemplo de vida, às minhas orientadoras do Curso de Especialização pela compreensão e ajuda, aos colegas de trabalho da UBS Maria da Conceição e aos meus amigos médicos do PROVAB.

“O planejamento não é uma tentativa de predizer o que vai acontecer. O planejamento é um instrumento para raciocinar agora, sobre que trabalhos e ações serão necessários hoje, para merecermos um futuro. O produto final do planejamento não é a informação: é sempre o trabalho.” (Peter Drucker)

RESUMO

A territorialização, preconizada pelo Sistema Único de Saúde, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho do Programa de Saúde da Família. O reconhecimento do território da área adscrita à uma Unidade Básica de Saúde é essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde. Esse conhecimento, que vai além de uma simples descrição de sua população e serviços de saúde delimitados por famílias, é uma importante ferramenta de gestão no processo de cuidado e construção de saúde coletiva. O objetivo deste trabalho foi propor um plano de ação para reorganizar as equipes de estratégia saúde da família da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição através da reestruturação do processo de territorialização das áreas de cobertura da Unidade. Foi proposto um plano de ação elaborado através da estimativa rápida. Foi proposta também a observação de campo e entrevistas direcionadas a funcionários e usuários da Unidade (atores sociais). Foi realizada revisão bibliográfica de trabalhos sobre o tema para sustentação teórica. Conclui-se que conhecer as condições de saúde e risco de sua comunidade são essenciais para posteriormente planejar e programar ações em saúde e, conseqüentemente, melhorar o processo de trabalho das suas equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Diagnóstico da situacional em saúde. Gestão em saúde. Programa Saúde da Família. Planejamento em saúde. Área de atuação profissional.

ABSTRACT

The territorialization advocated by the Health System in Brazil is one of the basic assumptions of the organization of working process of the Family Health Program. Recognition of the territory enrolled in the area of a Basic Health Unit is essential to characterize the population and their health problems. This knowledge, which goes beyond a simple description of its population and health services delimited by families, is an important management tool in the care and construction of public health process. The objective of this study was to propose an action plan to reorganize the health strategy teams of the Basic Health Unit Maria da Conceição through the restructuring process of the territorial unit of the coverage areas. An action plan drawn up by the flash estimate was proposed. It was also proposed to field observation and interviews directed to employees and members of the unit (stakeholders). The literature was reviewed on the subject for theoretical support. It concludes that know the health status and risk of their community are essential to further plan and program actions in health and consequently improve the working process of their family health teams.

Key words: Situational diagnosis of health. Health management. Family Health Program; Health planning. Professional practice area.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVSMS	Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEESF	Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ScieLo	Scientific Electronic Libray Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde
UBS	Unidade Básico de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- USF Maria da Conceição.....	31
Ilustração 2- Área adstrita à USF Maria da Conceição	32

LISTA DE TABELAS

Quadro 1- Desenho das operações	23
Quadro 2- Recursos críticos	24
Quadro 3- Análise da viabilidade	25
Quadro 4- Plano operativo	26

SUMÁRIO

1 Introdução	13
2 Problema	15
3 Justificativa	16
4 Objetivos	17
5 Metodologia	18
6 Revisão de Literatura	20
7 Proposta de Intervenção	22
8 Considerações Finais	28
Referências	29
Ilustrações	31

1 INTRODUÇÃO

Contagem é um município localizado na região central de Minas Gerais, a 21 km de Belo Horizonte e integra a região Metropolitana da capital. A cidade possui limites geográficos pouco definidos devido ao intenso processo de conturbação com a capital mineira. Essa proximidade com a capital impulsionou o desenvolvimento da cidade que, hoje, possui um grande parque industrial. A economia é baseada na indústria e no comércio (BRASIL, 2011).

Segundo a estimativa do IBGE (2010), Contagem possui cerca de 608.650 habitantes. A área total do município é de 195.268 km², com uma densidade populacional de 3070,35 hab/km² e taxa de crescimento anual de 1,24% no período 2000-2010 (BRASIL, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de Contagem para o ano 2010 foi de 0,756. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, 1,15% das pessoas que residem no município são classificados como extremamente pobres, e 4,81% pobres. Ainda, o rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares (total urbano e rural) é R\$ 908,23 per capita (BRASIL, 2013).

Segundo do Censo 2010, a taxa de analfabetismo do município de Contagem é de 3,4% da área urbana e 7,0% na área rural, e a taxa de emprego e principais postos de trabalho estão concentrados no comércio e na indústria (BRASIL, 2012).

Contagem conta com uma rede de saúde composta com Hospitais, Centros Especializados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde. A proximidade de Contagem com Belo Horizonte facilita o acesso do usuário a níveis de atenção de maior complexidade.

Situada a Rua Pitangui 232, a USF Maria da Conceição funciona em uma casa alugada adaptada para ser uma unidade básica em um espaço com cerca de 100m² de área física. A Unidade possui 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem com banheiro, banheiro coletivo de uso de pacientes e funcionários, recepção adaptada na garagem da casa, sala de acolhimento em conjunto com o armário de medicamentos, sala de vacinas em uma cozinha improvisada, e despensa que funciona como sala de reunião e almoço.

Na USF 71 trabalham 6 agentes comunitários, 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira e 1 faxineira que trabalham 40 horas semanais, e 2 médicos ligados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Antes atuando como uma equipe mínima, em 2014 foi a primeira vez que a Unidade passou a trabalhar com dois médicos diante do aumento substancial da população dos últimos anos.

Atualmente, a população adscrita à USF possui 4.432 habitantes, sendo 927 (20,9%) cobertas por plano de saúde e 1.357 famílias, sendo 370 (27,2%) cobertas por plano de saúde. A estimativa de renda familiar da comunidade corresponde a aproximadamente 2 salários mínimos.

Dos aspectos sociais relevantes, não há área de invasão na região; 338 famílias (24,9%) são cadastradas nos programas sociais; e apesar da maioria das ruas serem pavimentadas, barreiras geográficas como morros das ruas Santa Margarida, Santa Inês, Senhor do Bonfim, A, B, Pintangui e da avenida A, bem como o córrego da avenida A dificultam o acesso da comunidade à USF 71. 100% das moradias são de tijolos, possuem energia elétrica nos domicílios, com coleta urbana para o lixo e abastecimento de água feito pela rede pública (COPASA) e 95,8% (1.299 casas) possui rede de esgoto e 4,2% (58 casas) possui fossa.

Dentre as condições crônicas de saúde mais frequentes da população de abrangência da USF 71, destacam-se: 457 pessoas (10,3%) hipertensas, 124 pessoas (2,7%) diabéticos, 77 pessoas (1,7%) com sofrimento mental, 42 pessoas (0,9%) asmáticas, 40 pessoas (0,9%) envolvidas com problemas de alcoolismo e 35 pessoas (0,7%) acamados ou classificados como idosos frágeis. No entanto, apenas uma pequena parte da agenda da equipe é destinada a consultas referentes às ações planejadas de uma demanda estruturada e baseada nos programas de puericultura, pré-natal, saúde mental, hipertensos e diabéticos, e as visitas domiciliares. As condições agudas são o foco das atividades da Unidade, e a agenda é reservada, na sua grande maioria, o atendimento de demanda espontânea que visa a “medicalização dos problemas” e a solicitação de exames. A equipe trabalha, portanto, com uma demanda espontânea sobrecarregada que visa atender a uma população ainda fortemente influenciada pela cultura curativa em saúde.

2 PROBLEMA

Assim como em diversas outras Unidades de Saúde, o planejamento em saúde em Maria da Conceição não aconteceu concomitante ao planejamento urbano. O aumento substancial da população adscrita à USF nos últimos anos foi acompanhado especialmente de um aumento da criminalidade e do aumento das necessidades em saúde da comunidade.

A alocação de mais um profissional médico a equipe, sem o prévio planejamento de divisão do território implicou em uma alternância de um mesmo usuário e de uma mesma família com os dois médicos, tornando o atendimento fragmentado e descontextualizado das demandas familiares e da coletividade, dificultando aos profissionais a valorização da integralidade do sujeito em suas demandas.

Apesar dos mapas dos territórios das microáreas facilitarem as tomadas de decisão, atualmente, as duas equipes não possuem equivalência entre os atendimentos oferecidos, o que tem gerado uma organização inadequada das agendas, contribuindo para a construção de um ambiente desfavorável ao usuário, e comprometendo a qualidade de atuação dos profissionais em uma Unidade enquadrada no contexto de Estratégia da Saúde da Família.

Diante dessa problematização, chegou-se, portanto, nós críticos: Desconhecimento das diferentes características demográficas, epidemiológicas e sociais das 6 microáreas adscrita à USF; carência de recursos humanos e infraestrutura para saúde local; ausência de Conselho Local de Saúde; falta de planejamento para a formação de uma nova equipe de PSF de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Depois de identificados os “nós” críticos, foi considerado de extrema importância e urgência a elaboração de um projeto de intervenção que propusesse a coleta de dados através de observação de campo e entrevistas direcionadas a funcionários e usuários (atores sociais) a fim de conhecer as características locais das 6 microáreas adscritas à USF Maria da Conceição e, portanto, embasar a discussão e a proposição de uma nova territorialização da USF diante da nova realidade da Unidade, afim de se reestruturar as equipes de Saúde da Família da Unidade e reestabelecer o seu atual processo de trabalho em saúde.

Esse conhecimento, que vai além de uma simples descrição de sua população e serviços de saúde delimitados por famílias, é uma importante ferramenta de gestão no processo de cuidado e construção de saúde coletiva. Conhecer as condições de saúde e risco de sua comunidade são essenciais para posteriormente planejar e programar ações em saúde e, conseqüentemente, melhorar o processo de trabalho das suas equipes de saúde da família.

Destaca-se que as Equipes de Saúde participaram da análise dos problemas levantados e consideraram que na área adscrita à USF existem recursos humanos e materiais para se desenvolver esse Projeto de Intervenção.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Reorganizar as equipes de estratégia saúde da família da USF Maria da Conceição através da reestruturação do processo de territorialização das áreas de cobertura da Unidade.

4.2 Objetivos específicos

- Delimitar a área de abrangência da USF por meio da coleta das características demográficas, epidemiológicas e sociais da população de cada microárea.
- Estruturar a USF através da análise da demanda e da oferta de serviço existente na unidade;
- Trabalhar as diferenças do perfil demográfico de cada equipe e como isso é fator determinante no planejamento das ações em saúde
- Comparar a oferta de serviços de cada equipe com base nos protocolos de atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde.
- Propor a divisão da área de abrangência de cada equipe e suas respectivas microáreas respeitando a divisão de loteamento do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e as características levantadas a partir desse trabalho

5 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo delimitar o território e propor um plano de ação de territorialização equânime entre as equipes da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição no Município de Contagem/MG.

Foi realizado o diagnóstico situacional utilizando o método de Estimativa Rápida por meio da observação da rotina da UBS, entrevista com as ACS e demais membros da ESF. Para sustentação teórica, foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS. Foi realizada uma busca na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: diagnóstico da situacional em saúde, gestão em saúde, programa saúde da família, planejamento em saúde e área de atuação profissional. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família, descritos a seguir:

Sendo assim, os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação, tendo como referencia os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo.

- ✓ Primeiro passo: definição dos problemas (situação a ser resolvida por uma sequência de ações a ser executada, para atingir um objetivo, onde a situação é o estado inicial e o objeto é o estado final desejado);
- ✓ Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- ✓ Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);

- ✓ Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- ✓ Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- ✓ Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- ✓ Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- ✓ Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, fim de mudar sua posição);
- ✓ Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- ✓ Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

6 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, p.9), a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), proposto em 1994, foi um marco na estratégia da atenção primária e, desde 1999, passou a ser considerada a estratégia de reorientação no modelo assistencial dos sistemas municipais de saúde (PAIM, 2002).

Escorel *et al.* (2007) esclarece que esse novo modelo assistencial é baseado no trabalho de equipes multiprofissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) e que assume o desenvolvimento da estratégia em um território ou uma área de abrangência.

De acordo com MONKEN *et al.* (2007), a família corresponde ao menor nível de atenção do PSF, seguido da microáreas, área, segmento e município. Cada microárea é formada por um conjunto de famílias de 450 a 750 habitantes e correspondem à unidade operacional do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Já a área do PSF é constituída por um conjunto de microáreas, nem sempre contígua, onde residem aproximadamente 2.400 a 4.500 pessoas ou 600 a 1.000 famílias.

Escorel *et al.* (2007) ressalta que a área de abrangência do PSF deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico. Além disso, as áreas devem ser delimitadas por barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

A territorialização, preconizada pelo SUS, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho do PSF, e o reconhecimento desse território é essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde (MONKEN *et al.*, 2005).

No território que a equipe de saúde da família deve fazer uma observação diagnóstica das condições de saúde da comunidade a fim de direcionar suas práticas de atenção em saúde (ESCOREL, 2007; MONKEN *et al.*, 2005).

A equipe de Saúde da Família deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes naquela comunidade, elaborar programas de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença identificados, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os

problemas de saúde e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

O território não deve ser pensando como um espaço finito e limitador das ações de saúde, mas como espaço singular articulado a outros serviços de saúde dentro do macro setor saúde. Espera-se que um território definido aliados a diretriz de descentralização do SUS tenha impacto positivo sobre a resolutividade e qualificação das ações em saúde em razão da maior proximidade e conhecimento das necessidades da população (SOUZA, 2012).

A equipe de saúde assume a responsabilidade sanitária sobre aquela área específica, disponibilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que são competentes a resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro do território e, que extrapolam a esfera de intervenção curativa individual (SOUZA, 2012).

Permite um olhar que ultrapasse o rigor técnico das ações, aos quais reduzem o sujeito pela objetivação da doença, inserindo o contexto, passando pelas questões subjetivas da população e considerando os aspectos econômicos, culturais e sociais (SOUZA, 2012).

A territorialidade orienta as ações em saúde a partir dos conceitos de integralidade e desinstitucionalização a medida que desloca as ações para o contexto social dos usuários, em sua existência concreta, na complexidade do contexto de vida, além dos limites físicos da unidade de saúde e suas organizações pouco maleáveis. Portanto torna o território um princípio organizador das práticas de cuidado sob o pressuposto ético além de ser um princípio técnico (LEMKE; SILVA, 2013).

A integralidade tornando-se operadora conceitual que amplia a percepção além dos sistemas fisiológicos em direção à complexidade movente do território, assim assumindo-o como pressuposto ético nas ações de saúde, lançando mão de tecnologias de cuidado que tem operado utilizando o deslocamento pelos territórios de vida dos usuários (LEMKE; SILVA, 2013).

A territorialização garante a continuidade e longitudinalidade do cuidado, fortalecidos pelo vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita (SOUZA, 2012).

A compreensão do território vão, portanto, além das concepções de áreas geográficas. No diagnóstico territorial são relevantes dados epidemiológicos e sociodemográficos da população adscrita, bem como os problemas de saúde mais comuns enfrentados e riscos ocupacionais e habitacionais a que estão expostos e, o conhecimento do leque de ofertas de serviços existentes e o acesso da população a esses serviços. Através da territorialização é possível organizar o planejamento que irá direcionar as ações dos profissionais das equipes de saúde da família (MONKEN *et al.*, 2005).

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção proposto será realizado na Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição, localizada na Rua Pitangui 232, bairro Maria da Conceição, em Contagem, região Metropolitana de Belo Horizonte, MG.

A USF em questão oferece atendimento em 6 microráreas:

Microárea 1: Avenida A, Rua B, Rua D, Rua E, Rua F

Microárea 2: Rua A, Rua C, Rua Pitangui

Microárea 3: Rua Cambuquina, Rua Cristo Rei, Rua São Sebastião, Rua Senhor do Bonfim

Microárea 4: Rua Bernardo Monteiro, Rua Esmeralda, Rua Pará de Minas

Microárea 5: Conjunto Águia Dourada

Microárea 6: Rua Diamantina, Rua Santa Inês, Rua Santa Margarida, Rua Santo Amaro

Por meio do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF) da Universidade Federal de Minas Gerais foi realizado um diagnóstico situacional com o uso do método de estimativa rápida e da seleção dos problemas relativos ao UBS Maria da Conceição, em Contagem-MG.

Um dos principais problemas identificados foi a falta de planejamento territorial desencadeando a desorganização do processo de trabalho da Unidade, contribuindo para a construção de um ambiente desfavorável ao usuário, e comprometendo a qualidade de atuação dos profissionais em uma Unidade enquadrada no contexto de Estratégia da Saúde da Família.

Diante do problema priorizado dentre tantos outros problemas foi identificados os nós críticos:

- Desconhecimento das diferentes características demográficas, epidemiológicas e sociais das 6 microáreas adscrita à USF;
- Carência de recursos humanos e infraestrutura para saúde local;
- Ausência de Conselho Local de Saúde;

Após a identificação e análise dos nós críticos é necessário elaborar o desenho das operações, porque é fundamental ao se propor as soluções e estratégias para enfrentar o problema descrito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

7.1- Desenho de operações

No quadro 1 mostra as operações a serem desenvolvidas durante o plano de ação que podem impactar de forma significativa na reestruturação do processo de territorialização das áreas de cobertura da Unidade e, na reorganização do processo de trabalho da USF.

Quadro 1- Desenho das operações

Nó crítico	Projeto/operação	Resultados esperados	Produtos esperados
Desconhecimento das características demográficas e epidemiológicas das 6 microáreas adscrita à USF	Delimitação de área Levantamento das características demográficas, epidemiológicas e sociais da população das 6 microáreas.	Delimitação a área de abrangência da USF	Reconstrução do diagnóstico situacional da USF
Carência de recursos humanos e infraestrutura para saúde local	Organização e cuidado Reunião com a equipe para discutir as reais atribuições de cada membro da equipe, sobre a organização do processo de trabalho o dimensionamento da equipe para otimizar os recursos humanos existentes. Será levantado com a equipe quais as estratégias para melhoria da ESF.	Organização do atendimento oferecido por cada equipe na USF após análise do atendimento oferecido pela Unidade à sua comunidade.	Organização e adequação do trabalho das equipes e suas agendas; Reunião de equipe (quinzenal) para avaliar e discutir os pontos positivos e negativos do atendimento. Aumentar a articulação com o Distrito.
Ausência de Conselho Local de Saúde	Efetivação Estimular a organização do Conselho Local de Saúde	Identificação das necessidades de saúde da comunidade e tornar os usuários mais ativos no processo de trabalho da USF.	Efetivação do Conselho de Saúde Local; Divulgação das ações desenvolvidas na unidade. nas reuniões do Conselho

7.2-Recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que estão disponíveis e, por isso, a equipe terá que analisa-los e utilizar estratégias para a viabilidade do plano de ação. (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

Quadro 2- Recursos críticos

Projeto	Recursos críticos
Delimitação de área	Organizacional: Melhor nível de conhecimento da área de abrangência. Político: Estratégias e programas para enfrentar o problema. Cognitivo: Informações de estratégias a serem elaboradas e conhecimento da área de abrangência.
Organização e cuidado	Organizacional: Organização e adequação das equipes e suas agendas.
Efetivação	Político: Mobilização social frente aos problemas de saúde enfrentados pela comunidade e articulação intersetorial (ex. setores de saúde e educação). Financeiro: Aumento de recursos financeiros para a reestruturação de uma nova equipe de PSF e de seus serviços prestados à comunidade.

7.3- Análise de viabilidade

Os atores que controlam os recursos críticos devem ser identificados, o gestor dos projetos deve verificar o nível de motivação de cada ator e a posição que ocupam dentro do problema escolhido para então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade do plano. Se o nível de motivação está baixo o gestor do projeto deve criar estratégias para aumentar sua motivação. Há de se destacar que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3- Análise da viabilidade

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Delimitação de área	Organizacional: Melhor nível de conhecimento da área de abrangência. Político: Estratégias e programas para enfrentar o problema. Cognitivo: Informações de estratégias a serem elaboradas e conhecimento da área de abrangência.	Gerência do Centro de Saúde Médico e enfermeira	Favorável	Discutir a prática da realidade local; apresentar projeto que proponha a reestruturação do processo de trabalho em saúde da USF à Secretaria de Saúde.
Organização e cuidado	Organizacional: Organização e adequação das equipes e suas agendas.	Gerência do Centro de Saúde Médico e enfermeira	Favorável	Apresentar projeto que proponha a reestruturação do processo de trabalho em saúde da USF.
Efetivação	Político: Mobilização social frente aos problemas de saúde enfrentados pela comunidade e articulação intersetorial (ex. setores de saúde e educação). Financeiro: Aumento de recursos financeiros para a reestruturação de uma nova equipe de PSF e de seus serviços prestados à comunidade.	Médico, enfermeira e usuários	Favorável	Não é necessário nenhuma estratégia por eles já estão motivados

7.4- Plano Operativo

Quadro 4- Plano operativo

Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Ator que controla	Prazo
Delimitação de área	Delimitação da área de atuação da USF	Reconstrução o diagnóstico situacional da USF	Discutir a prática local; propor a reestruturação do processo de trabalho em saúde.	Gestão da USF	Junho de 2016 a Julho de 2016
Organização e cuidado	Organização do atendimento oferecido por cada equipe na USF após análise do atendimento oferecido pela Unidade à sua comunidade.	Organização e adequação do trabalho das equipes e suas agendas; Reunião de equipe (quinzenal) para avaliar e discutir os pontos positivos e negativos do atendimento; Aumentar a articulação com o Distrito.	Apresentar projeto que proponha a reestruturação do processo de trabalho em saúde da USF.	Gestão da USF	Agosto de 2016 a Setembro de 2016
Efetivação	Identificação das necessidades de saúde da comunidade e tornar os usuários mais ativos no processo de trabalho da USF.	Efetivação do Conselho de Saúde Local; Divulgação das ações desenvolvidas na Unidade nas reuniões do Conselho.	Articular com gestores, trabalhadores e comunidade para a efetivação do Conselho Local de Saúde.	Equipe, gestores e comunidade.	Setembro de 2016 a Dezembro de 2016

O projeto de intervenção será encaminhado à Gestão Municipal apresentando uma justificativa fundamentada na realidade vivenciada pela equipe, solicitando aumento de

recursos financeiros para a reestruturação de uma nova equipe de PSF e de seus serviços prestados à comunidade de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

7.5 Plano de gestão

O plano de gestão será elaborado a fim de apontar os principais pontos de tensão do problema e planejar ações para a reestrururação da equipe de PSF e de seus serviços prestados à comunidade. O plano de gestão será estratégia fundamental para fornecer aos gestores instrumentos de controle e avaliação das ações planejadas e busca de parcerias.

Entre os problemas detectados, a equipe destacou três como principais: desconhecimento das diferentes características demográficas, epidemiológicas e sociais das 6 microáreas adscrita à USF; carência de recursos humanos e infraestrutura para saúde local; ausência de Conselho Local de Saúde.

Entre as ações planejadas, estão a discussão da prática local; proposta de reestruturação do processo de trabalho em saúde; apresentação de um projeto que proponha a reestruturação do processo de trabalho em saúde da USF; articulação com gestores, trabalhadores e comunidade para a efetivação do Conselho Local de Saúde.

Objetiva-se, portanto, realizar a reconstrução o diagnóstico situacional da USF; organizar e adequar o trabalho das equipes e suas agendas; realizar reunião de equipe (quinzenal) para avaliar e discutir os pontos positivos e negativos do atendimento; aumentar a articulação com o Distrito; efetivar do Conselho de Saúde Local; divulgar as ações desenvolvidas na Unidade nas reuniões do Conselho.

Como consequência dessas ações, espera-se estabelecer a delimitação da área de atuação da USF; organizar o atendimento oferecido por cada equipe na USF após análise do atendimento oferecido pela Unidade à sua comunidade; identificar as necessidades de saúde da comunidade e tornar os usuários mais ativos no processo de trabalho da USF.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse projeto de intervenção evidenciou que o conhecimento do território vai além das concepções de áreas geográficas, sendo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde e, na gestão do cuidado em saúde. Por meio da territorialização é possível organizar o planejamento que irá direcionar as ações dos profissionais das equipes de saúde da família.

Será, portanto, realizada a reconstrução do diagnóstico situacional da USF Maria da Conceição, discussão prática da realidade local e apresentação de um projeto que proponha a reestruturação do processo de trabalho em saúde da unidade otimizando os recursos humanos disponíveis.

No diagnóstico situacional são relevantes dados epidemiológicos e sociodemográficos da população adscrita, bem como os problemas de saúde mais comuns enfrentados e riscos ocupacionais e habitacionais a que estão expostos e, o conhecimento do leque de ofertas de serviços existentes e o acesso da população a esses serviços.

A percepção e participação dos atores sociais envolvidos será fundamental na análise dos dados coletados. Desta forma, será feita a comparação entre a realidade encontrada e correlacioná-la com dados encontrados na literatura e com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 27 jun.2014.

BRASIL **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011**. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013. **Caderno de Atenção Básica número 28 – Volume 2**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/>. Acessado em 10 ago.2014

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

SCOREL *et al.* 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), 2007

LEMKE R.A.; SILVA R.A.N.. **Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado**. *Psicol. Soc.* vol.25 no.spe2 Belo Horizonte, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600003.

Acesso em: 11 de dez. 2015.

MONKEN, M; BARCELLOS C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In:FONSECA, A.F.; CORBO, A.D.A., org. Território e o Processo Saúde-doença. Rio de Janeiro: Fiocruz/ESPJV, 2007. p.177-224.

MONKEN M.; BARCELLOS C.. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005

PAIM J.S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).

SOUZA C.R.. **Construção social da demanda em saúde**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2015-12-07, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-13042013-093405/>

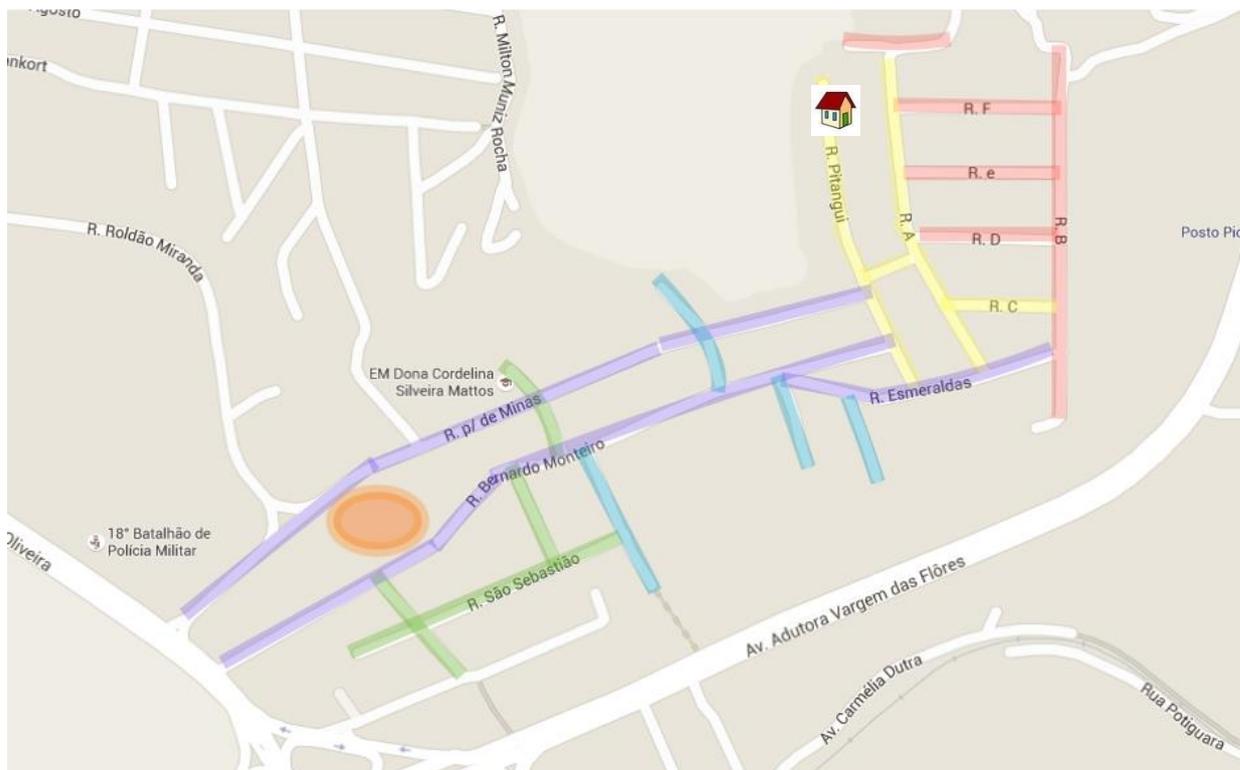
ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1- USF Maria da Conceição



Fonte: Dados do mapa ©2015 Google

ILUSTRAÇÃO 2: Área adstrita à USF Maria da Conceição



Fonte: Dados do mapa ©2015 Google 1:100

LEGENDA



USF Maria da Conceição

Microárea 1: Avenida A, Rua B, Rua D, Rua E, Rua F

Microárea 2: Rua A, Rua C, Rua Pitangui

Microárea 3: Rua Cambuquina, Rua Cristo Rei, Rua São Sebastião, Rua Senhor do Bonfim

Microárea 4: Rua Bernardo Monteiro, Rua Esmeralda, Rua Pará de Minas

Microárea 5: Conjunto Águia Dourada

Microárea 6: Rua Diamantina, Rua Santa Inês, Rua Santa Margarida, Rua Santo Amaro