

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KAMILA SILVA MARINS

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DA ATENÇÃO
BÁSICA**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2014

KAMILA SILVA MARINS

**ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DA ATENÇÃO
BÁSICA**

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.

Orientadora: Prof.^a Sônia Maria Nunes Viana

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2014 KAMILA SILVA MARINS**

ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DA ATENÇÃO BÁSICA

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.

Orientadora: Prof.^a Sônia Maria Nunes Viana

Banca examinadora:

Prof.^a Sônia Maria Nunes Viana – orientadora

Prof.^a Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em belo Horizonte, de 2014

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa instituído pelo Governo Federal, acompanha 12.301 famílias no município de Coronel Fabriciano, de um total de 103.694 habitantes, através de doze Unidades Básicas de Saúde. A Unidade de Saúde Santa Terezinha, localizada no bairro Santa Terezinha II, possui uma população adscrita de aproximadamente 10 mil habitantes. Desses, 4.500 usuários são cadastrados na única equipe da ESF, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 12 Agentes Comunitários da Saúde. A Unidade encontra-se em processo de reestruturação, com o intuito de cadastrar toda população adscrita na Estratégia de Saúde da Família. Visando conhecer melhor o território, foi realizado um diagnóstico situacional. Para subsidiar este diagnóstico, utilizaram-se dados quantitativos e qualitativos. Em reunião com a referida equipe, após identificar os transtornos existentes na mesma, destacou-se a desorganização da demanda espontânea como o problema terminal a ser enfrentado. Assim, este trabalho objetivou Propor um protocolo de atendimento com vistas ao planejamento e organização da demanda espontânea da Unidade de Saúde Santa Terezinha. Para tanto, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa na Biblioteca Virtual em Saúde e manuais do Ministério da Saúde com os descritores: acolhimento e estratégia saúde da família. A elaboração do protocolo baseou-se no método de Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (1989;1993). A partir da elaboração de projetos de intervenção, arquitetou-se um plano de ação buscando enfrentar os nós críticos estabelecidos como causas do problema. É necessário, portanto, monitorar as etapas e os resultados das ações executadas, para que o sucesso dessa missão não fique ameaçado. O atendimento à demanda espontânea deve ser feito de forma qualificada e organizada, caso contrário a atenção básica não será resolutive, causando sobrecarga no próprio serviço e também na atenção terciária.

Descritores: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Estudos de Intervenção. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS), a program implemented by the Federal Government, follows 12.301 households in the city of Coronel Fabriciano, a total of 103.694 inhabitants, through twelve Basic Health Units. The Health Unit St. Therese, located in the neighborhood St. Therese II, has a registered population of approximately 10 thousand inhabitants. Of these 4.500 users are registered at the FHS single team consisting of a physician, a nurse, a nursing technician and 12 Community Agents of Health. Unit is being restructured with the aim of registering all the enrolled population Family Health Strategy. To better know the territory, a situational diagnosis was made. To support this diagnosis, we used quantitative and qualitative data. In a meeting with that team, after identifying existing disorders at the same disorganization of spontaneous demand as terminal problem to be faced was distinguished. Thus, this work aimed to propose a protocol of care for the planning and organization of spontaneous demand of the Health Unit St. Therese. As such, there is narrative literature in the Virtual Health Library manuals and the Ministry of Health with the descriptors: reception and family health strategy. The preparation protocol was based on the method of Situational Strategic Planning, developed by Chilean Carlos Matus (1989, 1993). From the drafting of intervention we devised a plan of action - seeking face the critical nodes established as causes of the problem. It is therefore necessary to monitor the steps and results of actions taken, for the success of this mission will not be threatened. Meeting the spontaneous demand should be made of qualified and organized manner, otherwise primary care will not be resolute, causing overload on the service itself and also in tertiary care.

Descriptors: User embracement. Family Health Strategy. Intervention studies. Strategic planning

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO TEÓRICA	16
6 PROPOSTA DE AÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIA	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico e descrição do município

O município de Coronel Fabriciano localiza-se a nordeste da capital Belo Horizonte, distando dessa 203 km. Faz limites com os municípios de Joanésia e Mesquita a norte, Ferros a Oeste, Ipatinga a leste e Timóteo a sul, e faz parte da Região Metropolitana do Vale do Aço. De acordo com o censo demográfico de 2013, a cidade possui 108.302 habitantes e abrange uma área total de 221.252 km². Dessa forma, o município possui uma concentração habitacional de 468,67 hab/km², conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A cidade é administrada pela prefeita Rosângela Mendes, que nomeou o Sr. Rubens de Almeida Castro como Secretário de Saúde. A coordenação da Atenção Básica é de responsabilidade da Sra. Alessandra Frois Miranda e a coordenação da Atenção à Saúde Bucal é realizada pela Sra. Clara Maria Barros. O fundo municipal destinado à saúde corresponde a 15% do orçamento, de acordo com informações colhidas na secretaria de saúde. Com relação ao recebimento dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o município de Coronel Fabriciano, no período de 2013, sendo discriminados da seguinte forma: Atenção Básica R\$ 4.828.558,00; média e alta complexidade R\$ 313.458,00; Assistência Farmacêutica R\$ 100.000,00; Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): Implantação de Ações e Serviços de Saúde R\$ 10.000,00; Vigilância em Saúde R\$ 736.318,00 e Investimentos (Implantação de Unidades Básicas de Saúde) R\$ 260.000,00, dados disponibilizados pelo portal da saúde em Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE, 2013).

O programa do governo de Saúde da Família, implantado no município, acompanha 12.301 famílias. A atenção básica no município é garantida por meio das doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 equipes de Saúde da Família e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde – ACS. A equipe de ACS atende à área rural do município, cuja população é de, aproximadamente, 2744 habitantes.

A Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, referência para este estudo, localiza-se à Rua Vinte e um, número 195, no bairro Santa Terezinha II. O acesso é pelos bairros Mangueiras, Caladinho ou Centro, ou ainda pelas linhas de ônibus: Morada do Vale, Amaro Lanari ou Acesita/Caladinho. A comunidade possui escolas, creches e igrejas, porém, serviços de banco, correios, laboratórios e hospitais estão disponíveis em bairros vizinhos.

Abastecimento de água, tratamento de esgoto, eletricidade e telefonia abrange 100% da população. A população é classificada de baixa renda, e caracterizada com importantes problemas sociais, como alto índice de criminalidade, usuários de drogas lícitas e não lícitas, condições precárias de higiene e baixo nível cultural.

O horário de funcionamento da unidade é de 7h às 19h. O atendimento é ambulatorial, prestado por um total de 34 profissionais (recepcionistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACSs, supervisora, serviços gerais) com carga horária de trabalho entre 20 – 40 horas semanais. As instalações físicas para a assistência correspondem a três consultórios de clínicas básicas, uma sala de curativo, um consultório de enfermagem (serviço) e uma sala de imunização. Além de espaços para a farmácia e serviços sociais próprios. Entretanto, a infraestrutura da unidade é precária, não comportando toda a população adscrita. Não há assentos disponíveis a todos os usuários o que torna o ambiente de trabalho tumultuado. Além disso, o número de consultórios é insuficiente para o quadro de profissionais que prestam serviço à comunidade.

A unidade possui uma população adscrita de aproximadamente 10.000 habitantes, sendo que 4.500 estão cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, cuja equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 12 ACS. A agenda da equipe foi organizada em reunião prévia com a coordenadora da Estratégia Saúde da Família de Coronel Fabriciano, juntamente com o médico e enfermeiro da equipe e ainda com a gerente da unidade.

Foi acordado que às segundas-feiras, no período da manhã, ocorrerá o grupo de HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) e à tarde o grupo de saúde mental. Às terças-feiras, no período da manhã, ficou agendado o atendimento da puericultura. Entretanto, como a demanda de pacientes de zero a dois anos tem sido baixa, foi ampliado o atendimento às crianças (aproximadamente até aos 10 anos de idade). À tarde ocorre reunião com toda a equipe, semanalmente, em que são revistas as questões da agenda da semana anterior, na tentativa de melhorar o funcionamento da equipe. Às quartas-feiras ocorrem consultas de pré-natal e às quintas-feiras ocorre visita domiciliar, ambas no período vespertino. A demanda espontânea ocorre nos períodos em que não há grupo e é agendada pelo técnico de enfermagem. Os casos urgentes são atendidos durante toda a jornada diária.

1.2 Análise situacional

Visando conhecer melhor o território, foi realizado um diagnóstico situacional, atendendo às atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS: FARIA; SANTOS, 2010). A análise situacional deve retratar a realidade do território e é construída com a visão de todos, da comunidade, dos profissionais da equipe e dos gestores. Assim, o processo de planejamento será participativo e de corresponsabilidades. Para subsidiar este diagnóstico, foram utilizados dados quantitativos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), prontuários, registro da unidade de saúde e qualitativos, obtidos por meio de entrevistas, observação da equipe e usuários. Assim foi sistematizada a coleta de dados e atualizá-los periodicamente, em busca de um dinamismo do território.

Em reunião com a Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Santa Terezinha, foi estabelecido como pauta da mesma levantar os problemas vividos pela equipe. Após posicionamento de todos os componentes, destacou-se como principais transtornos da equipe: a falta de comunicação entre os membros, a dificuldade de os usuários em adaptação à Estratégia em Saúde da Família (ESF), a demanda espontânea desorganizada e a desorganização do arquivo dos prontuários. A Tabela 1 demonstra a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Tabela 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Santa Terezinha, em Coronel Fabriciano, Minas Gerais, em 2013

Equipe de Saúde da Família Santa Terezinha - Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de comunicação entre os membros	Média	2	Total	3
Não adaptação dos usuários à equipe	Baixa	2	Parcial	4
Demanda espontânea desorganizada	Alta	1	Total	1
Desorganização prontuários	Alta	1	Parcial	2

Fonte: o autor

*1: sim; 2: não

O acolhimento dos usuários encontra-se prejudicado, pois é realizado pelo técnico de enfermagem, uma vez que é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 44),

[...] VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e

sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

Além disso, a triagem é realizada pelo mesmo profissional de nível técnico, durante todo o período da jornada de trabalho. Dessa forma, tais procedimentos tornam o atendimento à demanda espontânea o problema terminal a ser enfrentado.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) propõe um acolhimento com avaliação e classificação de risco, sendo o último realizado pelo enfermeiro (a), portanto, um profissional de nível superior. Sendo assim, concluiu-se que essa questão torna-se prioritária para uma proposta de intervenção, pois tem prejudicado o processo de trabalho da equipe e, alguns pacientes com necessidades em atendimento médico têm sido negligenciados, retornando à unidade com um quadro de evolução desfavorável ao inicial, ou procurando diretamente o atendimento hospitalar.

Ao descrever o problema, percebe-se que a marcação de consulta não é diária, ou seja, o atendimento é feito de acordo com a demanda do dia e neste contexto a agenda dos profissionais da saúde é elaborada com pacientes marcados de acordo com a demanda e não a necessidade. A média de consultas estabelecidas pelo Ministério da Saúde é aquém da agenda do dia da equipe, sobrecarregando, dessa forma, o serviço e impossibilitando a prestação de um atendimento com qualidade. Como a triagem tem sido feita por um profissional de nível técnico, tem-se encontrado dificuldade em estabelecer os casos de urgência, e pacientes que necessitam de atendimento prioritário, tem ficado sem consulta médica ou avaliação da enfermagem. A Tabela 2 descreve o problema.

Tabela 2 – Descritores do problema triagem, no território da Equipe de Saúde da Família Santa Terezinha, em Coronel Fabriciano, Minas Gerais, em 2013

Descritores	Números	Fonte
Consultas diárias estabelecidas pela gestão	20	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Consultas de urgência estabelecidas pela gestão	5	SMS
Consultas agendadas ESF	30	Registro da equipe
Consultas de urgência ESF	3-4	Registro da equipe
Consultas/hora ideal	3-4	Ministério da Saúde
Consultas/hora ESF	5-6	Registro da equipe

Fonte: o autor

Em relação à explicação do problema levantado em questão, ocorre devido à triagem estar sendo feita sem a supervisão de um profissional de nível superior, por exemplo, médico, enfermeiro, cirurgião-dentista ou assistente social e a ausência de critérios, como o protocolo de Manchester. Deve-se ressaltar a importância do profissional de nível técnico na triagem, porém não o mesmo não deve atuar sozinho e de forma aleatória. A questão consiste na tradição presente na unidade de tal função ser apenas deste profissional, entretanto, tem-se observado situações alarmantes que podem causar danos à saúde dos pacientes. Diante de algumas situações graves que já ocorreram, se constata a prioridade de uma intervenção classificação de risco de forma urgente, dentro do que está determinado pelo Protocolo do Ministério da Saúde.

Dessa forma, podem-se pontuar como “nós críticos” a triagem (ausência do protocolo de Manchester, acolhimento inexistente), processo de trabalho da equipe e nível de informação. Consideram-se estas como causas do problema, que podem sofrer intervenção e serem modificadas, a fim de promover melhoria no atendimento ao usuário, evitando-se ações de negligência e imperícia.

2 JUSTIFICATIVA

O atendimento à demanda espontânea na atenção básica a saúde deve ser feito de forma qualificada e organizada, caso contrário a mesma não será resolutive, causando sobrecarga no próprio serviço e também na atenção terciária. Ao procurar a atenção terciária, o usuário não entra no sistema pela atenção básica, que é porta de entrada do serviço de saúde.

Dessa forma, o usuário torna-se o ator com maior prejuízo diante dessa falha no processo de trabalho, pois seu caso negligenciado causa danos à sua saúde, uma vez que a atenção terciária, por ser um local de média e alta complexidade, não tem dado atendimento às situações do nível primário.

Sendo assim, o usuário torna-se refém de um sistema de saúde desorganizado, pois se encontra em uma situação vulnerável, tendo que percorrer a vários serviços em busca de atendimento. A comunidade em questão é referenciada a uma unidade de saúde em que não há profissionais suficientes para atender a demanda, além de possuir um espaço físico restrito. Assim, o cotidiano é tumultuado, apresentando um quadro de profissionais insatisfeitos com o serviço e sem rendimento adequado, o que gera um ambiente de trabalho desfavorável às necessidades dos usuários.

O diagnóstico situacional deve, portanto, sofrer intervenção para que o serviço seja produtivo e, principalmente, resolutive. Em consequência, o usuário será beneficiado, tendo maior acesso à informação, gerenciando sua saúde com o autocuidado, resultando em qualidade e aumento da expectativa de vida.

3 OBJETIVO

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral

Propor um plano de ação com vistas ao planejamento para resolução do problema prioritário *desorganização do atendimento à demanda espontânea na* Unidade de Saúde Santa Terezinha, em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Objetivos específicos

Apresentar revisão teórica sobre acolhimento.

Apresentar um planejamento para solucionar questões relativas à triagem de pacientes, (ausência do protocolo de Manchester, acolhimento inexistente).

Apresentar um planejamento para solucionar questões relativas ao processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, inadequado para enfrentar o problema maior.

Apresentar planejamento para atuação sobre o nível de informação dos profissionais inadequado quanto à integralidade e ao acolhimento e dos usuários quanto à assistência à saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo bibliográfico narrativo com busca de material científico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e manuais do Ministério da Saúde com a intenção de dar maior fundamentação teórica à proposta de intervenção. Os descritores usados foram: acolhimento e estratégia saúde da família.

A proposta de intervenção se baseou no método de Planejamento Estratégico Situacional – PES, desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus (1993) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em seu desenvolvimento, foram utilizados alguns passos que caracterizam o processo do PES, definidos a seguir:

No primeiro passo foram identificados os principais problemas da área em questão, através da compreensão do processo de causa e consequência dos mesmos. Para isso, fez-se uma reunião com a equipe, além de considerar a opinião dos usuários quanto ao serviço de saúde.

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas, selecionando quais seriam enfrentados, uma vez que não é possível a resolução simultânea de todos, devido, principalmente, a falta de recursos. Para selecionar os problemas foram estabelecidos alguns critérios: nível de importância do problema; sua urgência; a capacidade de enfrentamento da equipe e numeração dos problemas por ordem de prioridade a partir do resultado de aplicação dos critérios.

Após identificação e priorização dos problemas, o passo seguinte foi caracterizá-los e descrevê-los, objetivando afastar possíveis ambiguidades diante do problema a ser enfrentado e obter indicadores para avaliar o impacto alcançado pelo plano. Para a descrição do problema priorizado, foram utilizados dados produzidos pela própria equipe.

A partir da identificação, priorização e descrição, o problema foi então explicado, para que a origem do mesmo a ser enfrentado fosse entendida. A explicação situacional ocorreu a partir da compreensão de como um problema é produzido e a identificação das causas e as relações entre elas. Dessa forma, foi elaborado um plano de ação, sistematizando propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

Por fim, foram identificados alguns “nós críticos” do problema priorizado, ou seja, as causas mais importantes na origem do mesmo, as que precisam ser enfrentadas. Sendo assim, ao serem atacadas poderão impactar o problema principal e transformá-lo. Portanto, a

capacidade para enfrentamento e a intervenção dentro do espaço de governabilidade foram critérios determinantes para a seleção dos nós críticos.

5 REVISÃO TEÓRICA

A Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS [...], tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento (SOLLA, 2005, p. 495).

O acesso por meio do acolhimento se dá com base nos princípios que norteiam o atendimento a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal (FRANCO, MERHY, 2005 *apud* COELHO *et al.*, 2009, p. 446).

É por meio do acolhimento que o serviço garante o atendimento às prioridades de atenção à saúde, como os atendimentos de urgência e doença crônica (COELHO *et al.*, 2009, p. 446). Segundo Solla (2005), o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, e deve resolver efetivamente o problema do usuário.

Aliado às outras estratégias operacionais, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios (BREHMER, VERDI, 2010, p. 3576). De acordo com Coelho e Jorge (2009), quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento.

Analisada a atenção voltada às necessidades dos usuários, percebeu-se uma compreensão harmônica com os diversos conceitos de integralidade. Esta é percebida como a atenção às múltiplas dimensões dos sujeitos e como a totalidade na oferta dos serviços de saúde. Porém, a realidade revela uma fragmentação dos sujeitos e dos serviços pelas limitações dos serviços e por uma dificuldade subjetiva em não só compreender o outro como um todo, mas em respeitar esse todo (BREHMER, VERDI, 2010, p. 3577).

O acolhimento, além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde (SOLLA, 2005, p. 501). Para trabalhar os paradigmas propostos pela Saúde da Família, os trabalhadores de saúde são convidados para o constante desafio de repensar suas práticas, valores e reestruturação do serviço voltado para as necessidades do contexto social em que a equipe está inserida (COELHO *et al.*, 2009, p. 450).

As ações diárias nos serviços das UBS enfrentam alguns limites, dificultando a implementação do acolhimento segundo sua orientação conceitual e técnica. Estes são

classificados, principalmente, como limites de ordem estrutural e organizacional (BREHMER, VERDI, 2010, p. 3577). Para tanto, faz-se necessário a implementação do espaço físico, do ponto de vista da ambiência, na perspectiva de promover um ambiente acolhedor (COELHO, JORGE, 2009, p. 1530).

A reflexão ética das situações-problemas do cotidiano nos serviços básicos de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde (BREHMER, VERDI, 2010, p. 3577).

6 PROPOSTA DE AÇÃO

Identificar os problemas é o primeiro passo para um plano de intervenção, pois, assim, um diagnóstico estará sendo construído. Para que o mesmo retrate a realidade de um determinado território, é preciso analisar o ponto de vista de todos os atores pertencentes ao mesmo, ou seja, da comunidade (usuários), dos profissionais da equipe e dos gestores. Pois, somente assim existirá um processo de planejamento participativo e de corresponsabilidades.

Além disso, para subsidiar este diagnóstico devem-se utilizar dados quantitativos, secundários (SIAB, Prontuários, Registro da Unidade de Saúde) e qualitativos, obtidos por meio de entrevistas com informantes chaves, observação pela equipe e pelos usuários. É necessário sistematizar a coleta de dados e garantir que as informações adquiridas são periodicamente atualizadas, buscando evidenciar a dinâmica de um território, de um território vivo, segundo Merhy; Onocko (1997).

Após ter identificado a desorganização do atendimento à demanda espontânea como sendo o problema terminal a ser enfrentado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Santa Terezinha, foram estabelecidas soluções e estratégias iniciando a elaboração de um plano de ação. Dessa forma, o plano de ação consiste em enfrentar os nós críticos estabelecidos como causas do problema, ou seja, a triagem, o processo de trabalho da equipe e o nível de informação.

Para a execução do plano são necessários recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos. Além disso, os produtos e os resultados esperados devem ser esclarecidos de forma a contribuir para o monitoramento do plano de ação.

Assim, pode ser apresentado um planejamento para resolução do problema prioritário *desorganização do atendimento à demanda espontânea na atenção básica à saúde*.

Para esse problema foram selecionados três nós críticos, ou seja, problemas intermediários que resolvidos ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário:

1. Triagem (ausência do protocolo de Manchester, acolhimento inexistente)
2. Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema
3. Nível de informação dos profissionais inadequado quanto à integralidade e ao acolhimento e dos usuários quanto à assistência à saúde.

Os quadros 1 a 3 apresentam um projeto para cada nó crítico, planejando as intervenções segundo:

- Operação/ Projeto
- Resultados esperados
- Produtos esperados
- Recursos necessários
- Recursos críticos
- Controle dos recursos críticos: Ator que controla e motivação
- Ações estratégicas
- Responsável
- Prazo
- Viabilidade

Quadro 1 – Desenho de operações para os nós críticos do problema desorganização da demanda espontânea: Nó crítico 1

Nó crítico 1	Triagem (ausência do protocolo de Manchester, acolhimento inexistente)
Operação/ Projeto	Triagem eficaz: Implantar protocolo de Manchester em Atenção Básica Implantar o acolhimento
Resultados esperados	Planejamento da demanda da unidade Resolutividade do problema do usuário com atendimento de qualidade
Produtos esperados	Atendimento realizado segundo estratificação dos riscos Projeto elaborado para aquisição do equipamento Projeto elaborado e apresentado para adequar estrutura física da unidade Profissionais que irão manusear o equipamento qualificados Toda a equipe da ESF qualificada para realização de acolhimento
Recursos necessários	Organizacional >> Unidade organizada com os princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa. Cognitivo >> elaboração do projeto de adequação de estrutura Político >> articulação multiprofissional e interdisciplinar Financeiro >> Recursos financeiros garantidos para a adequação da estrutura física da unidade
Recursos críticos	Financeiro >> garantia de recursos para aquisição de novas salas para triagem dos usuários Político >> reversão da escassez de profissionais com nível superior para auxiliar na triagem dos usuários

	Cognitivo >> elaboração dos projetos de adequação
Controle dos recursos críticos: Ator que controla e motivação	Secretaria de Saúde: Favorável Gerência da Unidade: Favorável Coordenador da Equipe de ESF: Favorável
Ações estratégicas	Apresentar a Política Nacional de Atenção Básica
Responsável	Secretário de Saúde: financeiro Coordenadora da Atenção Básica: político Gerente da UBS Santa Terezinha: cognitivo
Prazo	Quatro meses para apresentação do projeto Seis meses para início da obra Três meses para o início das atividades
Viabilidade	Baixa

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema desorganização da demanda espontânea: Nó crítico 2

Nó crítico 2	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema
Operação/ Projeto	Cuidado integral
Resultados esperados	Atenção integral, contínua e organizada
Produtos esperados	Desenvolver ações que priorizem os grupos de riscos Implementar diretrizes de qualificação
Recursos necessários	Organizacional >> adequação de fluxos Cognitivo >> elaboração de projetos de planejamento local de saúde Político >> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Político >> articular os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos: Ator que controla e motivação	Secretário Municipal de Saúde: favorável
Ações estratégicas	Não necessita
Responsável	Secretário Municipal de Saúde: político
Prazo	Dois meses para iniciar as ações Doze meses para finalizar a implementação de diretrizes
Viabilidade	Alta

Quadro 3 – Desenho de operações para os nós críticos do problema desorganização da demanda espontânea: Nó crítico 3

Nó crítico 3	Nível de informação
Operação/ Projeto	Conhecer +
Resultados esperados	Profissionais cientes sobre a organização da demanda espontânea Usuários orientados sobre a atenção primária e sobre o funcionamento da unidade
Produtos esperados	Capacitação da equipe Avaliar o nível de informação da população sobre a atenção primária
Recursos necessários	Cognitivo >> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional >> organização da agenda Político >> articulação intersetorial e mobilização social
Recursos críticos	Organizacional >> organização da agenda Político >> articulação intersetorial e mobilização social
Controle dos recursos críticos: Ator que controla e motivação	Unidade de Saúde Santa Terezinha: favorável Secretaria de Educação: favorável
Ações estratégicas	Apresentar projetos de Educação Permanente Orientação comunitária
Responsável	Secretário Municipal de Saúde: político Coordenador da Equipe de Saúde da Família
Prazo	Dois meses para apresentação do projeto Seis meses para orientar a população
Viabilidade	Alta

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após identificar o diagnóstico situacional da área de abrangência, um plano de ação é sistematizado a partir da elaboração de projetos de intervenção ao diagnóstico realizado.

Dessa forma, a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas, assim como a construção do plano de ação são passos fundamentais no processo de planejamento. Logo, os problemas são abordados de uma maneira mais estruturada, o que aumentam as possibilidades de uma intervenção satisfatória.

É necessário, portanto, monitorar as etapas e os resultados das ações executadas, para que o sucesso dessa missão não fique ameaçado. Sendo assim, devem-se realizar as correções necessárias a fim de garantir a qualidade do projeto. Por consequência, haverá uma melhoria no desempenho da equipe e da qualidade dos serviços por ela prestados, o que aumentará o grau de satisfação dos seus membros. Além disso, os usuários se beneficiarão com um serviço de saúde de qualidade, otimizado pela promoção da saúde e a prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P.,SANTOS,M.A .**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed.Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed,2010.114p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE Brasília. Minas Gerais: Coronel Fabriciano, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 30 abr. 2013.

ONOCKO, R. T. C.; MERHY, E. E.; R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Gestão/Financiamento Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sage>. Acesso em: 06 nov. 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 14, p. 1523-1531, 2009.

BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexão ética sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, p. 3569-3578, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, n. 5, p. 493-503, 2005.