

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELISON LEAL DA SILVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR O VÍNCULO ENTRE A EQUIPE  
E USUÁRIO EM CORINTO-MINAS GERAIS**

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2014**

ELISON LEAL DA SILVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR O VÍNCULO ENTRE A EQUIPE  
E USUÁRIO, EM CORINTO-MINAS GERAIS**

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.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2014**

ELISON LEAL DA SILVA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR O VÍNCULO ENTRE A EQUIPE  
E USUÁRIO, EM CORINTO-MINAS GERAIS**

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.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima**

Banca Examinadora

Profa. Virgiane Barbosa de Lima – Orientadora

Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, em 08/06/2014

“A visão de um homem não empresta asas a outro homem” já afirmava (GILBRAN, 1980). Ensinar não é somente relatar lições de saber, é acreditar que se pode contribuir para a formação de um caráter. À orientadora Virgiane Barbosa de Lima, por repartir sua experiência de vida, por auxiliar a trilhar esse caminho e pelas orientações constantes e consistentes manifesto aqui meu reconhecimento e estima. A docente Joice de Freitas Silveira pela disponibilidade e pela resolutividade em atender minhas necessidades. Aos componentes da banca, docente da Universidade Federal de Minas Gerais, A equipe multidisciplinar do Centro de Saúde Clarindo de Paiva pelas ilustres participações no processo de apresentação desta pesquisa compartilhando de seus conhecimentos para o aprimoramento dessa pesquisa, aos meus pais que renunciaram de seus sonhos pelos meus acreditando e investindo em meu potencial enquanto profissional. Ao meu amor, pela paciência e compreensão. Aos meus amigos pela cooperação por não compartilharmos de momentos importantes das nossas vidas e por fim todas as pessoas direta ou indiretamente que contribuíram de alguma forma a nossa pesquisa, pois sem a participação dos mesmos nada disto se tornaria possível. Deixo minha gratidão e respeito por suas contribuições ao meu crescimento profissional.

“Daremos saltos de qualidade no conhecimento se estivermos atentos aos múltiplos signos da vida. A vida é como um lento desfolhar de novos sentidos, de novos significados: cada camada descoberta nos leva a novas perspectivas, ao aprofundamento de novas dimensões.”

**JOSÉ MANUEL MORAN**

## RESUMO

O surgimento do Programa Nacional da Família na década de 90 visa à consolidação do Sistema Único de Saúde e o fortalecimento na Atenção Básica através de normas operacionais, decretos e portarias. Este programa passa a ser considerado uma estratégia com foco na reorientação do modelo assistencial, tendo como princípios a família e como foco o processo de trabalho, área de abrangência delimitada, identificação de clientela, ação programada, participação da comunidade. Partindo dessa hipótese, o estudo permitiu conhecer a realidade dos problemas que estão interligados. Justificando-se a escolha do tema e do plano de intervenção para melhorar o vínculo entre a equipe e o usuário através da reorganização e planejamento das ações e serviços da equipe para garantir melhor acompanhamento aos usuários. Foram realizadas as pesquisas bibliográficas, dados epidemiológicos, registro, artigos publicados, meio eletrônico, construção dos nós críticos junto à identificação de operação, produtos, recursos, resultados para a definição do plano de ação e execução, após apresentação, autorização, investimentos dos órgãos responsáveis com prazo de conclusão predefinido adquirida junto à rede de serviço e comunidade. Conclui que este projeto será um desafio na busca de estabelecer a reorientação no modelo de trabalho, na comunicação e no comprometimento entre usuário e equipe, na construção de uma nova filosofia voltada a toda população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Clarindo de Paiva no município de Corinto/MG.

**Palavras - Chave:** Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Vínculo entre equipe e usuários.

## **ABSTRACT**

The emergence of the National Program of Family in the 90s aimed at consolidating the Health System and strengthening the primary care through operational rules, decrees and orders. This program shall be considered a strategy focused on the reorientation of care model, with the principles of family and focus on the process of working area bounded scope, identification of clients, scheduled action, community participation.

Based on this hypothesis, the study allowed us to know the reality of the problems that are interconnected. Justifying the choice of subject and the action plan to improve the bond between the team and the user through reorganization and planning of actions and services team to ensure better tracking users. Bibliographical research, epidemiological data, log, published articles, electronic, construction of critical nodes by the transaction identification, products, resources, results for the definition and implementation of the action plan investments organs were performed after presentation, release, responsible with predefined period of completion acquired by the organization and community network. Concludes that this project will be a challenge in seeking to establish the reorientation model work, communication and commitment between user and staff, in building a new philosophy geared to the entire population of the area covered by the Basic Health Unit Clarindo Paiva in the city of Corinth / MG.

**Keywords:** Primary Health Care Hospitality. Bond.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
MS	Ministério de Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNHAH	Programa de Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PQSP	Programa da Qualidade de Serviço Público
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USA	Estados Unidos da América
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL .....</b>	<b>15</b>
4.1 História do Sistema Único de Saúde .....	15
4.2 História do Programa de Saúde da Família no Brasil .....	16
4.3 História do Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.....	16
4.4 Humanização é preciso.....	17
4.5 O processo de trabalho na Atenção Básica .....	18
4.6 Trabalho em equipe: um desafio para a estratégia saúde da família .....	18
4.7 A dimensão do vínculo .....	19
4.8 Comunicação.....	19
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>20</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1º Passo – Definição do Problema .....	21
2º Passo – Priorização dos Problemas.....	22
3º Passo – Descrição do Problema Selecionado.....	22
4º Passo – Explicação do Problema.....	23
5º Passo - Seleção dos nós críticos .....	23
6º Passo – Desenho de operação .....	24
7º Passo – Descrição de proposta de intervenção.....	27
8º Passo – Gestão do Plano .....	28
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Contextualizando o município de Corinto onde irá ser implantado o projeto de intervenção na Equipe Clarindo de Paiva situado no centro-norte do Estado de Minas Gerais, integrando à macro região do Alto São Francisco, a meso região Central Mineira e a micro região de Curvelo. Geograficamente, limita-se com os municípios de Lassance ao norte, Augusto de Lima a nordeste, Santo Hipólito a leste, Curvelo a sudeste, Morro da Garça ao sul, Felixlândia a sudoeste e Três Marias a leste. Sua área é de “2.525,397 km<sup>2</sup>” conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) compreendem a sede, os distritos de Contria e Beltrão somando uma população é de 23.914 habitantes, onde 18.149 na zona urbana e 5.765 na zona rural segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A infraestrutura do município é considerada razoável, pois, possui bancos, escolas, creches, supermercados, asilos, igrejas e comércio bastante diversificado. Já em relação aos recursos da saúde, está em funcionamento o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma Policlínica, um Pronto Atendimento e sete Unidades Básicas de saúde localizada nos bairros Alvarenga, São João, Gomes Carneiro, Maciel, Centro, Isabel e Clarindo de Paiva, além de duas equipes de saúde bucal. Neste caso, os usuários são atendidos no Centro de saúde, ficando os dentistas responsáveis por determinada Equipe Saúde Família. O Pronto atendimento é de caráter municipal, que atualmente encontra-se em reformas. A unidade básica de saúde (UBS) Clarindo de Paiva, localiza-se na região oeste do município e atende os bairros Clarindo de Paiva, parte do Isabel, parte do Centro e toda a zona rural. A população total é de 4000 habitantes, mas um dos fatores dificultadores do processo de trabalho, é que na zona urbana a zona rural não existe acompanhamento de agente de saúde. Na organização do trabalho da equipe, cada agente de saúde é responsável por uma determinada área que se totalizam em quatro áreas. Os demais fatores dificultadores do processo de trabalho da equipe ficaram evidente quanto à existência de irregularidades nas notificações de doenças, equipe despreparada, aumento da demanda de atendimento, falta de diagnostico preciso, exames complementares realizado em tempo hábil e contra- referencia ineficaz.

A população adscrita é bastante heterogênea, pois, existem famílias que vivem em estado de pobreza extrema e aquelas com poder aquisitivo elevado. Observou-se ainda no território usuários de drogas, ponto de prostituição e desempregados.

De acordo com o SIAB, entrevista com informantes chaves, observação ativa da área de abrangência durante a construção do diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Clarindo de Paiva, Levantou-se a faixa etária na área de abrangência da equipe é do sexo feminino e jovem, seguida de boa parte de idosos, onde a maioria também é do mesmo sexo. Em relação aos aspectos ambientais, observou-se que 99,3% das famílias contam com saneamento básico, principalmente no que se refere à coleta de lixo que é terceirizada e que tem o mesmo aproveitado em reciclagem. As famílias contam ainda com esgotamento sanitário (98,8%) sendo que apenas 1,9% fazem uso de fossa séptica. A Copasa é a responsável pelo fornecimento de água tratada, fluoretada e pelo tratamento do sistema de esgoto. Já as famílias do bairro Clarindo de Paiva que não possuem cobertura por tratamento de água (1,98%) usam água fervida e somente uma pequena porcentagem (0,7%) da população, não tem tratamento de água.

O destino do lixo do território é dado pelo sistema de coleta pública que atende 97% da comunidade. Percebe-se ainda que na área haja o risco de surtos de dengue, pois de acordo com as pesquisas de campo do serviço de vigilância em saúde existe a presença do *Aedes aegypti*.

A energia elétrica é fornecida pela Cemig, com cobertura de 100% nas casas. Já a iluminação pública é deficiente, pois a disposição dos postes é feita de forma a que as ruas fiquem escuras em vários pontos.

A população da área de responsabilidade da equipe trabalha basicamente da prestação de serviços, do serviço municipal e estadual, aposentados da rede ferroviária, comércio formal e informal e comercialização de cristal, observam-se número considerável de pessoas desempregadas.

Aproximadamente 68,09% da população adscrita à UBS Clarindo Paiva, utiliza somente dos SUS e não possui plano de saúde particular.

Ao realizar o diagnóstico situacional do território pertencente à UBS Clarindo Paiva, as principais morbidades encontradas na área de abrangência da Equipe foram: Hipertensão arterial e diabetes, seguidos de deficientes e alcoolismo. Das doenças de notificação compulsória, a que mais chamou atenção foi à dengue, somando 2723 casos no ano de 2013.

Iniciei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) em 11 de agosto de 2012 e a disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde foi o suporte para a construção do projeto de intervenção na Unidade Básica da Saúde (UBS) Adão Geraldo de Moura chamado carinhosamente de UBS Clarindo de Paiva localizada no município de Corinto-MG.

De acordo com o diagnóstico situacional a equipe tem passado por vários problemas, o principal deles é o enfraquecimento do vínculo entre a equipe e a população causando uma baixa adesão dos usuários às ações propostas, sobrecarregando a rede de atendimento, aumentando os fatores de riscos e a possibilidade de adoecer. Assim, ficou claro além de uma instituição bem aparelhada e equipe completa é necessário que os profissionais da equipe organizem seu processo de trabalho e ações voltada para a realidade da população adscrita, com boa utilização das políticas da atenção básica para promover o cuidado e resolver o problema dos usuários através do fortalecimento vinculo entre equipe e população.

Através da vivência dos profissionais de saúde dessa unidade e das informações obtidas nos bancos de dados da prefeitura de Corinto, foi possível propor um plano de intervenção, na tentativa de reorganizar o trabalho da equipe visando prestar serviços de qualidade para promover o cuidado aos usuários adscritos. Esse foi o problema escolhido ao se elaborar o plano de ação, proposto na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF, na tentativa de modificar e enfrentar o maior problema visualizado no território (CAMPOS, FARIA, SANTOS 2010). O projeto de intervenção se baseia na criação de um plano de ação para melhorar o vínculo da equipe com os usuários com propostas de redefinição das atribuições dos profissionais da equipe e dos usuários.

Pensou-se primeiro em resolver o problema relacionado ao vinculo equipe e usuário para depois ser possível resolver os demais problemas existentes na área adscrita.

Como plano de ação para enfrentamento do transtorno foi proposta algumas abordagens, como por exemplo: abrir agenda específica para reuniões entre a equipe, criando um tempo exclusivo para o planejamento das atividades; inclusão de todos os profissionais da equipe nos grupos operativos com proposta de humanização no trabalho da equipe e melhorar a abordagem e comunicação com o usuário, construindo um pacto de saúde entre equipe e usuário.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho pela crescente perda de vínculo entre os usuários e equipe entra na tentativa de melhorar a comunicação e comprometimento em relação ao atendimento e acompanhamento das ações em saúde na Unidade Básica de Saúde Clarindo de Paiva no município de Corinto/MG

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o vínculo entre a equipe e o usuário através da reorganização e planejamento das ações e serviços da equipe para garantir melhor acompanhamento aos usuários que procuram a unidade básica de saúde Clarindo de Paiva no município de Corinto/MG.

## 4 REVISÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL

### 4.1 História do Sistema Único de Saúde

Historicamente, o Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis complementares 8.080 e 8142 de 1990, proporcionando uma nova perspectiva de organização do setor da saúde.

O desafio de organização baseia, nos diversos modelos de organização dos serviços, em diferentes contextos históricos, em um único modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, família e comunidade devido a influencia dos paradigmas conforme (FARIA, COELHO, WERNECK 2010).

Este modelo representado pelo Constituição Federal de 1988 tem como propósito:

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

**Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

**Art. 198** da carta constitucional além de prever o sistema único para o serviço público estabelece a suas diretrizes, a saber: I-descentralização, com direção a cada esfera do governo; II – Atendimento integral, com prioridade para atividade preventiva, sem prejuízo dos serviços assistências; III-Participação da comunidade. Descentralização, participação social e atendimento integral, estes são os alicerces para construção do SUS (COHN; ELIAS, 2005 p.113).

Esse processo de criação e estruturação do SUS começou a ser realizado a partir da segunda metade da década de 70 com a transição do regime militar para uma democracia participativa, gerando uma abertura política impulsionada pela pressão da sociedade civil, através da força dos movimentos sociais que se diferenciou por expressar fortes conteúdos reivindicativos voltados à estrutura social, econômica, política nacional. A partir desta década, aconteceram várias mudanças de organização no setor da saúde como descobrimento do novo modelo assistencial, criação de diversas normas operacionais da assistência em a saúde (NOAS), normas operacionais básicas (NOB), pacto pela saúde e portarias com definição expandida de saúde. Houve a normalização do processo de gestão no âmbito do SUS, sob a coordenação do Ministério Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais na organização e execução das ações e surgiu um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado cuja porta de

entrada é a atenção primária, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de assistência integral prestadas aos seus usuários como dizia Faria et al. (2009), denominado programa de saúde da família (PSF) hoje denominado Estratégica saúde da família.

#### **4.2 História do Programa de Saúde da Família no Brasil**

O programa de saúde da família surgiu no Brasil em 1994 com metodologia de reestruturação do modelo, da organização e dos serviços de saúde. Transformando com o tempo o programa em estratégia de saúde da família, sendo aderidos entre Governo Federal e Governo Estadual através de pactuações, decretos e portarias. Como exemplos podem citar:

- Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

- Portaria GM/MS n. 649, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de Saúde da Família.

- Portaria GM/MS n. 650, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e para o PACS.

- Portaria GM/MS n. 822, de 17 de abril de 2006, que altera critérios para definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família.

Estas portarias citadas abrangem um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, no acesso organizado e humanizado, no tratamento efetivo e adequado, na responsabilidade da promoção, proteção da saúde, na prevenção de agravos e no comprometimento dos gestores em fazer cumprir todos esses princípios.

#### **4.3 História do Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**

Em 1995 o PSF passou a fazer parte da política oficial do Governo do Estado de Minas Gerais como uma estratégia organizativa baseada nas portarias criada pelo Ministério de Saúde estabelecendo diretrizes e normas para organização da atenção básicas nos municípios.



Apesar das Unidades Básicas de Saúde no Estado de Minas Gerais estarem em funcionamento há mais de dezenove anos, muitos municípios ainda não conseguiram trabalhar dentro dos objetivos propostos, mantendo as ações voltadas para a cura da doença e não atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença como relata o (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005-2008).

Com base nessa afirmação os gestores municipais, estaduais e federais se uniram para buscar através de um conjunto de diretrizes, priorizarem o atendimento nas necessidades de saúde da população. Dessa maneira foram surgindo diversos programas: saúde em casa, Pmaq, Sis prenatal, Mais Médicos, entre outros, voltados para a interação do sistema de saúde com a coletividade, trazendo informação, proporcionando melhores condições de atendimento à população de forma humanizada através de uma equipe capacitada.

#### **4.4 Humanização é preciso**

Segundo Fortes, (2004) termo humanizar começou a ser pensado em 1970, onde se relata a “luta dos direitos dos pacientes”, tendo sua primeira declaração “realizada pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/ Estados Unidos da América (USA), em 1972”. Como passar dos anos, o conceito de humanização foi se modificando acompanhando a evolução histórica da saúde, e em 1978 tivemos a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), já em 1984 tem-se a Carta do Doente Usuário do Hospital adotada pela Europa em 1995, no Brasil, tivemos os direitos dos pacientes acrescentado ao Código de Saúde do Estado de São Paulo através da Lei complementar 791/1995 e também se emitiu no mesmo ano uma cartilha relatando os direitos dos pacientes. Em 2001, é lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) possuindo como foco a importância da reestruturação cultural voltada para humanização levando a um aumento da qualidade e de eficácia das ações. Em 2004, é criada a Política Humanização da Atenção e da Gestão tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, sendo um desafio para os trabalhadores, gestores e usuários.

Neste, programa a formação do profissional voltada à saúde é estimulada a incluir valores referidos ao respeito à vida humana, relatando que qualidade não é somente adquirida pela competência técnica-científica, mas pela interação da acolhida com a população conforme Fortes (2004).

As principais ações deste programa abordam o acesso do indivíduo aos serviços de saúde, modernizar e apropriar a rede Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) através de recursos financeiros melhorando a estrutura física hospitalar e dos postos de saúde, capacitar os profissionais de saúde, desenvolver auditorias para assegurar esta qualidade e eficiência, trabalhar a humanização, criar comitês internos de qualidade e o fundamental desenvolvimento do projeto Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão assumindo o compromisso em disponibilizar estes serviços de qualidade para o indivíduo e comunidade conforme (ALMEIDA, 2002).

#### **4.5 O processo de trabalho na Atenção Básica**

Baseado em Abrahão (2007), de modo geral podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica é devedora do modelo hegemônico e de forma organizativa e pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde/doença inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica.

Para os autores Franco e Merhy (2004) os modelos conhecidos na saúde pública brasileira, adotam diretrizes racionalizadoras, e com pouca ênfase nas ações clínicas e na saúde individual além da não incorporação do atendimento as urgências. Entretanto, o que vimos na UBS Clarindo de Paiva é a equipe desinteressada pelo auto cuidado, profissionais que trabalham de forma automática, queda na qualidade do atendimento, dentre outros. Estes atos se dão pela baixa qualidade dos instrumentos de gestão no processo de trabalho.

#### **4.6 Trabalho em equipe: um desafio para a estratégia saúde da família**

O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Saúde da Família, representa um de seus principais pilares, ainda pouco discutido em pesquisas na saúde coletiva. A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. Na construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade conforme (ARAUJO E ROCHA, 2007).

#### **4.7 A dimensão do vínculo**

Na perspectiva de Franco e Merhy, (2004) o vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. Observando na UBS Clarindo de Paiva a necessidade de reestruturação em todo conjunto que expede às ações de saúde voltadas a capacidade de desenvolver os serviços prestados a comunidade. Observando a análise em campo diretamente com a comunidade, viu-se que, o vínculo entre comunidade e equipe encontra-se prejudicada devido aos diversos fatores como: déficit no acolhimento, cuidado mecanizado, desmotivação dos profissionais, desinteresse da população nas ações de saúde. Em contrapartida, há uma necessidade imediata de reestruturação do conjunto de abordagem.

#### **4.8 Comunicação**

Segundo Kell e Shimizu (2010) a centralidade do trabalho em equipe deve ser focada na obtenção de resultados que expressem a finalidade das ações, ou seja, a atenção integral as necessidades de saúde do usuário, que pode ser aprimorada em sua qualidade por meio da comunicação entre os profissionais no cotidiano de trabalho, em busca de um consenso nas suas ações. Portanto, Dantas (2011) relata que é dentro deste contexto que se insere o desafio de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) em relação às suas práticas de comunicação deve estar presente no cotidiano do trabalho da equipe, faz-se necessário questionar qual a influência da comunicação no processo de trabalho de equipe de Saúde de Família. Diante das atribuições como enfermeiro na UBS Clarindo de Paiva pude perceber que a comunicação dos integrantes da equipe com os usuários são de extrema importância uma vez que, falhas na comunicação acarreta conflitos no processo de trabalho.

## 5 MÉTODOS

Este trabalho se volta para o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2013 na cidade de Corinto/MG. O foco foi dado à população adscrita na unidade básica de saúde Clarindo Paiva. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados na UBS, foram planejadas intervenções para garantir melhorias no atendimento aos pacientes com consequente aumento do vínculo entre a equipe e usuários, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Assim, no projeto de intervenção, que a partir de pesquisas bibliográficas, dados epidemiológicos, estimativa rápida participativa, adquiridas junto à rede de serviço e comunidade foi levantado a metodologia de trabalho para se desempenhar a construção dos nós críticos junto à identificação de operação, produtos, recursos, resultados para a definição do plano de ação e execução, após apresentação, autorização, investimentos dos órgãos responsáveis com prazo de conclusão predefinido.

As informações coletadas foram obtidas através de leitura de prontuários, contato diário e entrevista com os pacientes; reuniões com pacientes em grupos operativos, reuniões com profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde e dados disponíveis no SIAB.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. As palavras - chaves que foram utilizados na construção deste trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, Acolhimento, vínculo.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

“O diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo para num processo que busca construir um plano de ação para intervenção de um problema selecionado” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 56)

### **1º Passo – Definição do Problema**

Com a vivência e durante o trabalho na Unidade Básica de Saúde Clarindo Paiva, foi possível observar os principais problemas enfrentados pela equipe e população adscrita àquele território. Assim, com a realização do diagnóstico situacional do território, entre vários problemas encontrados, chamou a atenção o enfraquecimento do vínculo entre a equipe e usuário, tornando os pacientes vulneráveis ao seu tratamento além de outros fatores correlacionados. Assim, foi proposto um plano de ação para melhorar o relacionamento entre os usuários e a equipe, por entender que as ações em saúde na atenção primária estão diretamente ligadas na interação do sujeito com o objeto.

No CEABSF, o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde é disciplina obrigatória e nele são determinados os passos para elaboração do plano de ação, que consiste num conjunto de projetos de intervenção de acordo com o problema previamente selecionado após o diagnóstico situacional de uma determinada área de abrangência. Para os problemas encontrados, deve-se priorizar o mais relevante e assim propor um plano de ação específico. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Para criação do plano de ação, foi realizado o reconhecimento do território onde as ações serão desenvolvidas, os problemas de saúde prevalentes, suas causas e o impacto que estes têm na população adscrita. Como são muitos os problemas encontrados, foi necessário priorizá-los, porque seria praticamente impossível resolvê-los ao mesmo tempo. Foi preciso verificar a capacidade de enfrentamento, a relevância e urgência do problema, para que se pudesse propor alguma forma de enfrentamento para o problema considerado como prioritário (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Ainda no módulo de Planejamento, o mesmo descreve a forma de se obter informações do território pelo método de Estimativa Rápida, em que a equipe envolvida reconhece as condições e forma de vida da comunidade onde será feito o plano de ação e busca os dados existentes em registros, entrevistas com sujeitos importantes adscritos no território. Com todas esta informação adquirida, torna-se possível o início da elaboração do diagnóstico Situacional de saúde.

## **2º Passo – Priorização dos Problemas**

Após realizar a análise situacional na área adscrita à UBS Clarindo de Paiva foram relacionados os problemas da micro área de acordo com a sua relevância e que conforme os dados observados que representam maior risco de adoecer. Os problemas encontrados no território são de alta importância e existe a capacidade de enfrentamento. Para relacioná-los temos:

- Elevado número de pacientes desassistido;
- Uso incorreto do tratamento;
- Assistência inadequada por parte dos profissionais;
- Comunicação deficiente em população e equipe;
- Redução de agravos evitáveis;
- Falta ou redução do vínculo da equipe com usuário, dificultando o processo de trabalho e a consolidação do cuidado. Esse problema foi considerado de alta importância e urgência em ser resolvido, existe a capacidade de enfrentamento e colocado como primeiro em nível de prioridade.

## **3º Passo – Descrição do Problema Selecionado**

O problema foi observado principalmente quando a organização do serviço, o vínculo da equipe com usuário nas visitas domiciliares, atendimento individuais e coletivos e no sistema de informação repassada principalmente entre pacientes adultos e idosos. Para descrição do problema priorizado foram utilizados os dados observados naquele território, os disponíveis no SIAB e na UBS Clarindo de Paiva em Corinto. A forma de atendimento do usuário estava incorreta na maioria dos casos, não havendo comunicação, abordagem adequada e informação correta para os usuários adscritos.

#### **4º Passo – Explicação do Problema**

Segundo Campos, Faria, Santos, (2010) o objetivo da explicação é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas, “geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

Geralmente as causas interligadas ao problema que estão relacionadas ao paciente abrangem: escolaridade, baixo nível de informação; baixo nível socioeconômico; baixa adesão ao tratamento; traços culturais persistentes.

Dentre estas causas no que diz respeito ao problema relacionado ao processo de trabalho da equipe encontra-se uma assistência inadequada que desencadeia uma serie de fatores focado na redução de vinculo da equipe com usuário.

#### **5º Passo - Seleção dos nós críticos**

Considerando os problemas relacionados no quarto passo fica relevante a falta de participação e aceitação por parte da população, além de despreparo da equipe no atendimento e resistência dos gestores em disponibilizar recursos para execuções de ações. Baseado no problema que causa o enfraquecimento do vínculo entre a comunidade e equipe, pode citar com maior relevância: Dificuldade no desenvolvimento de tarefas por parte dos trabalhadores; déficit na organização adequada dos diversos setores; Baixa adesão da comunidade nas ações de saúde; territorialização desatualizada; falta de rotinas e procedimento operacional padrão (POP). Visto a realização e compreensão dessas seqüências de atividades, causas e de sua localização em espaços diferenciados, projetou-se desenho da operação.

## 6º Passo – Desenho de operação

Quadro 1 – Proposta de operações para resolução dos Nós críticos - 2013

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação e projeto</b>	<b>Resultado esperados</b>	<b>Produto esperado</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Déficit na organização adequada dos diversos setores</b>	<b>Organizar é preciso</b>  Melhora a estrutura do serviço para o atendimento de qualidade e humanizado	Organização Adequada dos Recursos Humanos, Físicos, Materiais da Instituição.	Reunir com os gestores para levar as mudanças a serem realizadas para a sua aprovação e investimento com o programa de reestruturação estrutural e humano.	<b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto adequado  <b>Financeiro:</b> aumenta aquisição e liberação de investimento.  <b>Organizacional:</b> para organizar a estrutura e serviços associados a mesma.  <b>Político:</b> Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
<b>Dificuldade no desenvolvimento de tarefas por parte dos trabalhadores</b>	<b>Saúde é Saber</b>  Aumentar o nível de informação de toda equipe e da população através grupos operativos e reuniões periódicas.	Realizar periodicamente reuniões para discussão dos problemas dificultadores e levantamento de soluções através de diversos intenc.	Avaliação do nível de informações da equipe através da população, gestores, e auto avaliação.  Campanha educativa; Capacitação da Equipe; Grupos Operativos; Reuniões do conselho;	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e as estratégias de comunicação pedagógicas  <b>Financeiro:</b> para aquisição e liberação de investimento para material.  <b>Organizacional:</b> Organização da agenda  <b>Político:</b> articulação intersetorial (parceria com coordenadores e educadores da



				área de saúde) e mobilização social.
<b>Baixa adesão da comunidade nas ações de saúde associados ao SUS</b>	<b>Saúde é Saber</b> Informar e sensibilizar a comunidade sobre a importância de aderir as ações na UBS Clarindo de Paiva	Aumentar o conhecimento da política pública e adesão da comunidade nas ações de saúde diminuindo o risco de agravos a diversas patologias,	Participação ativa da comunidade nos serviços da unidade e nos conselhos de saúde	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema, abordagem pessoal, empatia <b>Financeiro:</b> para aquisição e liberação de investimento para material. <b>Organizacional:</b> uso dos espaços de atendimento da unidade <b>Político:</b> mobilização da equipe e da comunidade
<b>Territorialização desatualizada quanto ao conhecimento das políticas do SUS</b>	<b>Organizar é preciso</b> Planejar a forma de orientar a população sobre seus direitos e deveres no SUS através de um cronograma específicos com palestras, mesa redonda, grupos operativos e reuniões periódicas.	Redefinição do conhecimento de toda área de abrangência através de ferramentas gerenciais.	Reunir com a população, coordenadores, gestores e colaboradores para discutir idéias e estabelece um planejamento para ser implantado com o objetivo de reestruturação no território.	<b>Cognitivo:</b> conhecimento das leis que rege este sistema e o modo de abordagem. <b>Financeiro:</b> para aquisição e liberação de investimento para material. <b>Organizacional:</b> Disponibilização da sala de reunião e impressos.

				<p><b>Político:</b> adesão da equipe na execução, articulação intersetorial e mobilização social.</p>
<p><b>Falta de rotinas e procedimento operacional padrão (POP)</b></p>	<p><b>Organizar é preciso</b> Padronizar procedimentos em todos os setores com informações detalhadas para equipe e população.</p>	<p>Conhecimento de toda equipe e população do cuidado eficaz, de qualidade através de procedimento padronizado e com regimento definido.</p>	<p>Participação ativa dos colaboradores e população nos serviços de saúde para cobrar dos gestores a padronização de todo o sistema baseado na política pública. dos gestores melhorias no sistema  Reunir com os coordenadores e gestores para discutir as mudanças a serem realizadas para a implantação dos POP e os investimentos que serão previstos.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema, elaboração e execução do projeto. <b>Financeiro:</b> para aquisição e liberação de investimento para implantar o projeto. <b>Organizacional:</b> para organizar a implantação dos POP na estrutura <b>Político:</b> Decisão de aumentar os recursos para Implantação dos POP.</p>

**Fonte:** Instrumento da Coleta de Dados, 2013.

## 7º Passo – Descrição de proposta de intervenção

Quadro 2 – Elaboração do Plano Operativo

Projetos	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
“Saúde é Saber”	Conhecer os pontos de fragilidades pelos usuários da área de abrangência, para qualificar os profissionais e melhorar o nível de informações para a população.	Cadastros de todos os pontos fragilizados com observações pelos informantes chaves  Avaliação do nível de informações da equipe através da população, gestores e auto avaliação.  Campanha educativa;	Conferir preenchimento correto dos questionários.  Aumentar o nível de informação de toda à população através grupos operativos e reuniões de conselhos sobre o direito do cidadão e o dever do estado	Equipe multiprofissional	6 meses
“Organizar é preciso”	Organizar o processo de trabalho da equipe.	Montagem de Check list em todos os setores  Cronograma dos grupos operativos  Programação das atividades de toda equipe através de agendas.  Manutenção e reforma do espaço físico	Direcionar do papel de cada profissional  Montar e discutir o POP para todo o serviço  Viabilizar treinamentos  Reorganizar o ambiente físico	Equipe multiprofissional  Equipe de obras  Setor de compra  Setor de licitação  Gestores	12 meses

Fonte: Instrumento da Coleta de Dados, 2013.

## 8º Passo – Gestão do Plano

**Quadro 3 – Acompanhamento do Plano de ação**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<b>1ª Operação:</b>					
<b>Cadastros de todos os pontos fragilizados com observações pelos informantes chaves</b>	Equipe multiprofissional da UBS Clarindo de Paiva	Seis meses.	Proposta concluída	Esta etapa do plano de ação Foi concluída com êxito pela equipe Dentro do prazo esperado	Etapa concluída
<b>Avaliação do nível de informações da equipe através da população, gestores e auto avaliação.</b>					
<b>Campanha educativa;</b>					
<b>2ª Operação:</b>					
<b>Montagem de Check list em todos os setores</b>	Equipe multiprofissional	doze meses.	Proposta feita aos membros da equipe, setores e gestores. Plano de ação está em andamento	Este plano de ação está sendo finalizado e faz parte do trabalho de conclusão do meu curso.	Três meses.
<b>Cronograma dos grupos operativos</b>	Equipe de Obras				
	Setor de compra				
<b>Programação das atividades de toda equipe através de agendas.</b>	Setor de licitação				
	Gestor				
<b>Manutenção e reforma do espaço físico</b>					

Fonte: Instrumento da Coleta de Dados, 2013.

## **7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu que a equipe da UBS Clarindo de Paiva, conhecesse a realidade dos problemas que estão interligados em: os sujeitos da pesquisa não conhecem seus direitos enquanto usuário; as obrigações e competências do Estado no setor da saúde; os programas que abordam assistência como: qualidade, humanização e principalmente o verdadeiro significado deste trabalho a deficiência do vínculo entre a equipe e população, mostrando-nos o despreparo político da população e da equipe para conduzir as situações vividas em sua prática resultando em uma fragilidade na consolidação das políticas de saúde nas instituições públicas, causando uma baixa adesão no processo de trabalho e no planejamento das ações na área de abrangência. Realidade, que não se difere da realidade do país, onde o enfraquecimento do vínculo compromete do processo de trabalho.

Devido esta realidade detectada e os problemas a ser solucionados foram implantadas ferramentas como diagnóstico situacional em cada processo.

Descrevendo requisitos focados na busca de intervenção, na tentativa de reorganizar o trabalho da equipe, na diminuição do enfretamento dos transtornos, na redefinição das atribuições dos profissionais da equipe, gestores e os usuários, foi elaborado o plano de ação com abordagens favorecendo a consolidação do vínculo entre a equipe com a população no processo de mudança.

Finalmente, este trabalho ressaltou a importância da boa interação entre população e a equipe multidisciplinar, a necessidade de participarem juntos da reorientação do processo de trabalho, para resolver os problemas de saúde da clientela com maior eficácia.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Atenção primária e o processo de trabalho em saúde**. Informe-se em promoção de saúde, v.03, n.01. p.01-03. jan-jun. 2007. Disponível em: < <http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf> >. Acessado em: 25/05/2014

ALMEIDA, Haley Maria De Sousa. **Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde**. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal,202; p. 8-11 disponível <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043721.pdf> Acessado em 02 de março de 2014.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**, editora Ciência & Saúde Coletiva. 2007 v.12, n.2, p. 455 - 464, ISSN 1413-8123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022). Acessado em: 25/03/2014

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008**. Belo Horizonte, MG, 2005. 158p

BRASIL, **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf) Acesso em 03/05/20014

BRASIL, Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: senado, 1998.  
em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>  
Acesso em 14 de janeiro 2014

BRASIL, Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União, Brasília, 1990, seção 1.  
Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)  
Acesso em 14 de janeiro 2014

BRASIL, **Sistema de informação de atenção básica SIAB**: Base de dados. SIABMUN, Brasília, 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> Acesso em 23 de fevereiro 2014

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços**. 6. ed. Editora Cortez.São Paulo: São Paulo, 2005; p.133.

DANTAS, Patrícia Dohler. **A influência da comunicação no processo de trabalho da saúde da família**. Monografia (Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família). 2011. 20F. Núcleo de Educação e Saúde Coletiva. UFMG, Teófilo Otoni/2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2765.pdf>. Acessado em 26/05/2014

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> Acessado em 02 de fevereiro de 2014

FARIA, Horácio Pereira; COELHO Ivan Batista; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; SANTOS, Max André. **Modelo Assistencial e Atenção básica à Saúde**. Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010.67p.

FRANCO, Túlio Batista, MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.55-124.Disponível em: [www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf) Acessado em: 25/03/2014

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**; Saúde e sociedade- São Paulo, 2004; v.13, n.3, p.30-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300004&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 02 de março de 2014.

GILBRAN, Khalil Gilbran. **Texto do livro O Profeta**. Tradução e apresentação Mansour Challita. Rio de Janeiro, 1980, pag. 41

IBGE. **Cidades Censo Demográfico, 2010**. Acesso em 12 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311910&search=minas-gerais|corinto> Acessado em 10 de maio de 2014

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. **Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?** Ciência & Saúde Coletiva. 2010, vol.15, supl.1, p. 1533-1541. ISSN 1413-8123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci_arttext) Acessado em: 05/05/2014

MORAN, José Manuel. **Texto do livro Aprendendo a viver**. 3ª ed. São Paulo, Paulinas, 2002, p.70-74, Disponível em: [http://mundodigitalfascio.blogspot.com.br/2008\\_07\\_01\\_archive.html](http://mundodigitalfascio.blogspot.com.br/2008_07_01_archive.html) Acessado em 24 de março de 2014