

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

**LUIZ BINICIO DO REIS**

**COTAS PARA CONSULTAS E EXAMES DE ALTA E MÉDIA  
COMPLEXIDADE NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

**LUIZ BINICIO DO REIS**

**COTAS PARA CONSULTAS E EXAMES DE ALTA E MÉDIA  
COMPLEXIDADE NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

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>. Verônica Amorim Rezende

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

**LUIZ BINICIO DO REIS**

**COTAS PARA CONSULTAS E EXAMES DE ALTA E MÉDIA  
COMPLEXIDADE NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

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>. Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Verônica Amorim Rezende- orientadora

Prof<sup>ª</sup> Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, 07 abril, 2015

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

## RESUMO

O município de Montes Claros organiza-se pela atenção básica e com um sistema de referência para as médias e altas complexidades. A forma de regulação é através de um software chamada SISREG em que através do cartão do Sistema Único de Saúde do usuário, permite o agendamento com a especialidade demandada para cada caso, ou exame de média complexidade, desde que tenha as vagas disponíveis no sistema. Com o crescente número de equipes o atual número de vagas disponíveis tem se mostrado insuficiente para suprir as necessidades, demandando assim rever sua organização, a fim de ampliar o número de vagas oferecidas. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção que possibilite o aumento de cotas para consultas e exames de média e alta complexidade na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III do Município de Montes Claros. Será feito um estudo de revisão narrativa sobre o tema proposto: Cotas para exames e consultas de média e alta complexidade. Realizar-se-á mediante o levantamento de dados e publicações de artigos no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios para inclusão de artigos no estudo incluem: Estar em língua portuguesa; ser publicado na íntegra. Para seleção foram usados os descritores: Rede de Atenção em Saúde, Referenciamento em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família. Foi percebido como nós críticos: insuficiência de protocolos assistenciais conforme linha de cuidado, seguimento inadequado dos protocolos existentes, cotas insuficientes pelo setor de regulação, absenteísmo dos usuários nas consultas especializadas ofertadas, baixa participação da comunidade nos dispositivos de controle social. Foi proposto um plano de operações para cada nó crítico identificado, com definição de responsáveis e recursos necessários. Conclui-se que propor uma intervenção em relação às consultas e exames de média e alta complexidade na área de abrangência da ESF Santo Antônio III é importante para o funcionamento da rede de forma eficaz e eficiente e permitir que a atenção básica amplifique sua resolutividade promovendo a equidade e integralidade da assistência.

**Palavras chave:** Atenção Primária a Saúde. Especialidade Médica. Exames médicos.

## ABSTRACT

The Montes Claros is organized by primary care and a referral system for medium and high complexity. The form of regulation is through a software called SISREG that through the user Health System card, allows for the scheduling with the defendant specialty in each case, or examination of medium complexity, provided you have the vacancies available in the system. With the increasing number of teams the current number of places available has proved insufficient to meet the needs and demanding review its organization in order to increase the number of places offered. The objective of this work is to develop an intervention project that enables the quota increase for consultations and mean number of tests and high complexity in the Family Health Strategy (FHS) St. Anthony III in the city of Montes Claros. There will be a study of narrative review on the theme: Quotas for exams and average number of visits and high complexity. It will carry through data collection and articles published in the Virtual Library database in Health (VHL). The criteria for inclusion of articles in the study include: Being in Portuguese; be published in full. For selection were used descriptors: Health Care Network, referencing in Health Care Media and High Complexity in Health, Family Health Strategy. Was perceived as critical problems: insufficient care protocols as type of care, inadequate follow up of existing protocols, insufficient quota by regulatory sector, absenteeism of users in specialized consultations offered, low community participation in social control devices. An operations plan has been proposed for each critical node identified, defining responsible and necessary resources. It follows that propose an intervention in relation to consultations and mean number of tests and high complexity in the area covered by the FHS St. Anthony III is important for the functioning of the network effectively and efficiently and allow primary care amplifies their resoluteness promoting equity and comprehensive care.

**Keywords:** Primary Health Care. Medicine. Medical Examination.

## LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1- Distribuição da população da população de Montes Claros segundo a faixa etária, 2014.....</i>	<i>9</i>
<i>Quadro 2- Principais problemas levantados na ESF Santo Antônio III, segundo a priorização.....</i>	<i>22</i>
<i>Gráfico 1: Demanda reprimida de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade da ESF Santo Antônio III. ....</i>	<i>24</i>
<i>Quadro 3- Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III. ....</i>	<i>26</i>
<i>Quadro 4- Identificação dos recursos críticos do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.....</i>	<i>28</i>
<i>Quadro 5- Análise da viabilidade do plano do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.....</i>	<i>29</i>
<i>Quadro 6- Plano operativo e gestão do plano do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.....</i>	<i>31</i>

## **LISTA DE SIGLAS**

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

ESF - Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

Km – Quilômetro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Hab – Habitante

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MG - Minas Gerais

PIB - Produto Interno Bruto

CODEMIG - Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais

CEMEI - Centros Municipais de Educação Infantil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

EAC - Equipe de Agentes Comunitários

NASF - Núcleos de Apoio ao Saúde da Família

SAMU - Serviço Móvel de Urgência

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

AB - Atenção Básica

PAS - Parâmetros Assistenciais

CF - Constituição Federal

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	08
2- JUSTIFICATIVA .....	15
3- OBJETIVO.....	16
4- METODOLOGIA.....	17
5- REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6- PLANO DE AÇÃO.....	22
7- CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIA.....	34



## 1 - INTRODUÇÃO

Identificando o município, Montes Claros está localizado na região norte de Minas Gerais e fica a cerca de 418 Km da capital do estado. A população é de 385.898 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2013 e ocupa uma área 3.470 Km<sup>2</sup> com uma densidade populacional de 107,73 Hab/Km<sup>2</sup>. O índice de desenvolvimento humano (IDH) médio é de 0,770.

A história de criação de Montes Claros inicia-se em 1768 com o Arraial das Formigas. A expedição Espinosa - Navarro, composta espanhóis e portugueses, foi a primeira a pisar nas vastas terras da Região do Norte de Minas, habitada pelos índios Anais e Tapuias. Bandeirantes partiram de São Paulo, procurando pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, organizou a mais célebre Bandeira, para conquistar "Esmeraldas", da "Serra Resplandecente" (MONTES CLAROS, 2014).

Antônio Gonçalves Figueira e Matias Cardoso, que pertenciam à Bandeira de Fernão Dias, abandonaram o chefe, regressando para São Paulo dois anos depois, seduzidos pela fertilidade do Sertão Mineiro na esperança de conquistarem riquezas, retornaram, tornando-se colonizadores, construíram 03 fazendas: Jaiba, Olhos d'Água e Montes Claros cujas sedes se transformaram em cidades (MONTES CLAROS, 2014).

Montes Claros situada nas cabeceiras do Rio Verde, pela margem esquerda, próxima a montes formados por xistos e calcários, com pouca vegetação. Pelo alvará de abril de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve uma sesmaria, que construiu a Fazenda de Montes Claros. Formigas foi o segundo povoado da Fazenda Montes Claros. Gonçalves Figueira para alcançar mercado para o gado, construiu estradas para Tranqueiras na Bahia, e para o Rio São Francisco. Era grande o seu interesse de expansão do comércio de gados, e com isto, procurou ligar-se ao Rio das Velhas e também à Pitangui e Serro. A região foi se povoando e a Fazenda de Montes Claros transformou-se no maior centro comercial de gado, no Norte de Minas Gerais (MONTES CLAROS, 2014).

Cento e vinte quatro anos após obtenção da Sesmaria, já estava o Arraial de Nossa Senhora de Conceição e São José de Formigas, suficientemente desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro-Frio. O Arraial foi elevado a Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas". Em 1857, pela

Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a Cidade de Montes Claros, (MONTES CLAROS, 2014).

### 1.1 Diagnóstico Situacional

Em relação aos aspectos demográficos o quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014. Atualmente o município de Montes Claros tem densidade demográfica de 107, 73 Hab/Km<sup>2</sup>.

*Quadro 1- Distribuição da população da população de Montes Claros segundo a faixa etária, 2014.*

Faixa etária	número absoluto
0 a 4 anos	9214
5 a 9 anos	21053
10 a 14 anos	23851
15 a 19 anos	22647
20 a 39 anos	87082
40 a 49 anos	30796
50 a 59 anos	22987
≥ 60 anos	25533
Total	243163

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

Abordando os aspectos socioeconômicos, atividades econômicas, secundário, a agricultura é o setor menos relevante da economia de Montes Claros. Segundo o IBGE, em 2009 as atividades econômicas eram constituídas de criação de bovinos, suínos, equinos, muares, caprinos, assinos, ovinos e aves, entre estas destacavam criação de galinhas e galos, frangos e pintinhos. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, a mandioca e o milho (MONTES CLAROS, 2014)

A indústria, atualmente, é o segundo setor mais relevante para a economia do município. A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, é

administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG). Atualmente, estuda-se a implantação do Distrito Industrial 2. Também se destaca na área industrial uma Usina de Biodiesel da Petrobras, que foi implantada em 2008. Segundo dados da prefeitura de Montes Claros, em 2011 havia na cidade 954 estabelecimentos e empresas e 9 912 trabalhadores com foco para o setor industrial. São algumas das principais empresas com empreendimentos industriais no município a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé (MONTES CLAROS, 2014).

Quanto ao setor terciário a prestação de serviços rende R\$ 2 220 660 ao PIB municipal. O setor terciário atualmente é a maior fonte geradora do PIB montes-clarense. Grande parte do valor do setor terciário vem do comércio.

A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal de Montes Claros, o Ibituruna Center, o Montes Claros Shopping e o Shopping Popular Mário Ribeiro (MONTES CLAROS, 2014).

Ao referir ao saneamento básico, sua estrutura é boa no segmento urbano em relação ao segmento rural. Conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências (MONTES CLAROS, 2014).

- % de Abastecimento de Água Tratada no segmento urbano: 98,66%
- % de Abastecimento de Água Tratada no segmento rural: 25%
- % de famílias com poço ou nascente no segmento urbano: 1,09%
- % de famílias com poço ou nascente no segmento rural: 72,26%
- % de recolhimento de esgoto por rede pública no segmento urbano: 97,45%
- % de recolhimento de esgoto por rede pública no segmento rural: 16,03 %

(MONTES CLAROS, 2014)

Quanto situação educacional tem foco na educação inclusiva e de qualidade, a Rede Municipal de Ensino elegeu como missão coordenar a reformulação e a implementação de políticas de ingresso e permanência dos alunos, de avaliação de padrões de recursos, formação continuada e valorização profissional. A interação com as demais instituições de ensino, com os poderes públicos, com os agentes sociais e econômicos, torna-se imprescindível para garantir o acesso ao conhecimento e o desenvolvimento de competências, ou seja, a apreensão de conhecimento historicamente produzido pela humanidade, possibilitando o efetivo exercício da cidadania.

A Rede Municipal de Ensino oferece educação infantil em 37 instituições municipais, denominadas Centros Municipais de Educação Infantil – CEMEI; 04 centros de convívio; 28 escolas municipais, além de nove entidades filantrópicas, por meio de convênios. Atualmente são atendidas 11.095 crianças, de 2 a 5 anos, cuja demanda significativa encontra-se na faixa de 2 a 4 anos. A Secretaria Municipal de Educação vem fortalecendo ações que articulam, mobilizam, apóiam e contribuem para a efetivação de uma educação de qualidade (MONTES CLAROS, 2014).

Ensino fundamental e médio tem uma estrutura de 61 unidades de ensino, sendo 12 escolas rurais-núcleo, 26 escolas rurais pequeno porte e 23 escolas urbanas. A Rede Municipal de Ensino de Montes Claros atende os alunos do Ensino Fundamental e Médio. Para assegurar a continuidade dos estudos em localidades onde não existe a estrutura do Estado, a Secretaria Municipal de Educação firmou parceria com a Superintendência Regional de Ensino, autorizando a instalação de anexos das escolas estaduais em unidades de ensino da Rede Municipal, para atender à modalidade do Ensino Médio. Atualmente são atendidas 11 escolas estaduais, por meio de convênio (MONTES CLAROS, 2014).

Estudantes comprovadamente de baixa renda e egressos de escolas públicas de Montes Claros têm a oportunidade de disputar, em igualdade de condições, a tão sonhada vaga na universidade. Dentro de uma perspectiva das políticas afirmativas e da educação inclusiva, a Rede Municipal de Ensino, a partir de 2005, passou a oferecer semestralmente 920 vagas no pré-vestibular municipal. No cursinho os alunos têm preparação para o vestibular, nas áreas de ciências humanas, biológicas, exatas e gerenciais (MONTES CLAROS, 2014).

Montes Claros é dotada de uma rede de ensino básico, eficiente, cuja finalidade é garantida pela atuação das Redes Federal, Estadual, Municipal, Particular, Ensino Profissionalizante, Ensino Livre, diversos cursinhos preparatórios para o vestibular, 01 Universidade Estadual - Unimontes, 01 federal e 07 faculdades particulares (MONTES CLAROS, 2014).

## **1.2 Sistema Municipal de Saúde**

### **1.2.1 Situação da estratégia saúde da família em Montes Claros**

Montes Claros iniciou seu processo de reorganização da Atenção Básica em outubro de 1998 com a implantação de 02 equipes da Estratégia de Saúde da Família. Desde então,

esse processo vem sendo construído de forma gradual, com a ampliação de diversas equipes. Atualmente a estratégia do município apresenta 59 equipes, 52 na zona urbana e 07 na zona rural. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde. De forma que a implantação da Estratégia Saúde da Família seja facilitada. Portanto atualmente há 14 de Equipe de Agentes Comunitários (EAC), sendo 11 urbanas e 03 rurais, 42 das 52 equipes de Saúde da Família tem equipe de Saúde Bucal modalidade I associada, além de outras 03 no pólo rural (MONTES CLAROS, 2014).

Promove uma assistência humanizada e integral a 213.000 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 59% da população geral. As áreas definidas para a implantação dessas equipes, foram áreas localizadas no cinturão periférico da parte leste, nordeste, norte, noroeste e sul do município (SIAB, 2009).

As equipes são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e 01 zelador. Vale reiterar a experiência positiva dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), que traz a inserção de alguns profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, médicos ginecologistas e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico em pontos estratégicos de referência sendo que cada núcleo é referência para cada 08 Equipes da Estratégia de Saúde da Família, facilitando o acesso de pacientes que necessitam de uma atenção desse profissional para reabilitação de seu estado de saúde.

As unidades de saúde da família estão inseridas, como mencionados anteriormente, em áreas de abrangência dos Centros de Saúde do distrito sanitário do município de Montes Claros (MONTES CLAROS, 2014).

O Município de Montes Claros dispõe de uma ampla rede de saúde, dotada de profissionais altamente capacitados e equipamentos de primeira geração em modernos hospitais nos setores públicos e privados. A rede física municipal é dotada de 15 Centros de Saúde (Zona Urbana) (MONTES CLAROS, 2014).

Atualmente o município tem investido na ampliação da atenção básica em saúde. Nesse sentido a atenção primária tem sido a porta de entrada do sistema de saúde. Para o funcionamento da rede assistencial em saúde a atenção básica necessita de um sistema de

referência para as médias e altas complexidades. Na atual configuração da rede de assistência os centros de saúde, juntamente com 05 hospitais, fazem parte do sistema de saúde oferecendo os atendimentos as médias e alta complexidades para os casos referenciados.

A forma de regulação é através de um software chamada SISREG que através do cartão SUS do usuário, permite o agendamento com os especialistas (Nefrologista, Endocrinologista, Oftalmologista, Cardiologista, Hebeatra, Reumatologista, Hematologista entre outros) demandada para cada caso ou exame de média complexidade (Holter, Ecodolppler, Audiometria, Impedanciometria, Ultrassom de mama, Ultrassom de Rins e Vias Urinarias, Ultrassom obstetra), desde que tenha tais vagas disponíveis no sistema.

Com o crescente número de equipes o atual número de vagas disponíveis tem se mostrado insuficiente para suprir as necessidades, necessitando assim rever de forma urgente sua organização a fim de ampliar o número de vagas oferecidas. Isso é importante para dar agilidade aos atendimentos e não permitir que tais usuários esperem tanto tempo para serem atendidos. Além disso, evita-se que haja uma demanda reprimida crescente.

A Equipe Santo Antônio III é uma equipe nova recém-implantada, completa, que conta com cotas para exames laboratoriais já definidas. É o espelho do que tem acontecido com outras equipes recentemente implantadas e aquelas já de longa data. Nesse sentido, ampliar a oferta de exames e consultas de média e alta complexidade é importante para acelerar os atendimentos e fortalecer o sistema de rede de atenção em saúde.

Quanto aos planos de saúde é bastante diversificado numericamente. A população montes clarense conta com 09 planos de saúde a sua disposição.

Os Centros de Saúde foram capacitados para atender cerca de 45 mil pessoas/mês, sendo 15 Postos de Saúde e 03 Policlínicas. Os atendimentos odontológicos são realizados 40 mil procedimentos mensais, dos quais 2.420 são casos de urgência / emergência (MONTES CLAROS, 2014).

A Prefeitura de Montes Claros paga para 02 hospitais pelo atendimento nos casos de urgência e emergência ocorridos na população. Foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde o atendimento noturno, em 01 posto de saúde e em duas policlínicas. A Prefeitura também adquiriu 03 ônibus médico-odontológicos, totalmente equipados para atendimento na zona rural e bairros periféricos. Montes Claros possui hoje 108 dentistas nos Centros de

Saúde, Policlínicas Municipais. Semanalmente 42 mil alunos fazem escovação acompanhada, e, com aplicação de flúor. O Programa "Acuidade Visual", leva médicos às escolas, onde os alunos com problemas de visão ganham óculos novos (MONTES CLAROS, 2014).

Quanto ao combate à desnutrição em 2014 foram distribuídos leite integral, óleo de soja, sulfato ferroso e vitamina A e B gratuitamente. O objetivo é combater carências nutricionais. A farmácia básica distribuiu 130 tipos de diferentes medicamentos para a população. Foi adquirido pela prefeitura um mamógrafo e um aparelho de ultra-sonografia para implantar um Programa de Prevenção de Câncer de Mama (MONTES CLAROS, 2014).

Contextualizando o território / área de abrangência, a equipe de saúde procura atender 905 famílias, aproximadamente 3.000 pessoas, sendo que o nível de alfabetização é muito bom a maioria é alfabetizada, mas ainda coexistem uma minoria analfabeta. A taxa de emprego e principais postos de trabalho são os empregos da administração pública.

Em relação à moradia, maioria mora em casa própria e há uma grande população idosa que vive de aposentadoria. As mortes hoje são predominantes por doenças crônicas (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

A comunidade possui outros recursos: hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas e o Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

Os serviços existentes (luz elétrica, água tratada, telefonia, correios, bancos, comércio, farmácias). Tem no bairro e oferecem opções para a comunidade (MONTES CLAROS, 2014).

A ESF Santo Antônio III está localizada no Bairro Santo Antônio, rua Maceió, número 446 com horário de funcionamento das 7:00 às 12:00 hrs e das 13:30 às 17:00 hrs (MONTES CLAROS, 2014). Os recursos humanos tem carga diferenciada de trabalho o médico e o enfermeiro trabalham 32 horas e os demais profissionais trabalham 40 horas semanal.

A estrutura física é adequada para desenvolver os programas preconizados pelo Ministério de Saúde .

### **1.3 Insuficiência de cotas para consultas e exames de média e alta complexidade na Equipe Estratégia Saúde da Família: Elaborando um plano de ação.**

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio III, que teve como objetivo compreender o perfil e as principais

demandas da comunidade assistida, foram levantadas algumas situações problema que envolvem questões da organização do serviço e do referenciamento na rede de atenção.

Verifica-se uma rede estruturada em cotas que permite o referenciamento de usuários para consultas especializadas e acesso a exames de média e alta complexidade, entretanto a insuficiência de tais cotas foi elencada, junto com a equipe, como prioritário para propor um plano de ação.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela insuficiência de consultas e exames de média e alta complexidade em relação à oferta disponível à ESF Santo Antônio III. Este é um problema crítico que vem gerando transtornos para os usuários que sofrem com a ausência e demora nos agendamentos e para os profissionais que lá atuam e que são cobrados por agilidade e resolutividade das ações. A fila tem crescido em ritmo acelerado e desenfreado.

A disponibilidade insuficiente de vagas para o acesso à média e alta complexidade acarreta dificuldade de acompanhamento e controle das condições de saúde do paciente, risco de desestabilização clínica com potencial aumento das complicações, aumento de internações, invalidez, óbitos e aumento da demanda com gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Portanto, o problema deve ser resolvido para que os usuários sejam bem assistidos e que a atenção básica possa efetivar o seu potencial e seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade, entre outros.



### **3. OBJETIVO**

Elaborar um projeto intervenção que possibilite o aumento de cotas para consultas e exames de média e alta complexidade na Estratégia saúde da Família Santo Antônio III do Município de Montes Claros.

#### 4. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência que possibilitou o levantamento de problemas vivenciados pela comunidade e também problemas relativos ao processo de trabalho da equipe.

Para subsidiar a elaboração da abordagem do tema foi feito um estudo de revisão narrativa sobre “Cotas para exames e consultas de média e alta complexidade”. Realizou mediante o levantamento de dados e publicações de artigos no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios para inclusão de artigos no estudo incluem: estar em língua portuguesa; ser publicado a partir de 2004. Para seleção foram usados os descritores: Rede de Atenção em Saúde, Referenciamento em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família,

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico e contextual (ROTHER, 2007).

Trata-se de um Plano de Intervenção (plano de ação) para intervir sobre um problema eleito como prioritário na comunidade. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos de Elaboração do Plano de Ação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e as orientações de metodologia científica (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010.).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

De fato o Sistema Único de saúde (SUS), respaldado pela constituição federal e leis orgânicas número 8.080, de 19 de setembro de 1990, e número 8.142, de 28 de dezembro de 1990, detalhou como princípios doutrinários a Universalidade (acesso de qualquer cidadão aos serviços de saúde), Equidade (igualdade de condições no acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e Integralidade (articulação de ações integradas e não mais fragmentadas) (SOUSA, 2008).

Sousa (2008) destaca a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em março de 1994, depois denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual configura as dimensões das práticas de saúde características da sociedade brasileira em termos territoriais, populacionais e das ações neles desenvolvidos no nível municipal.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) à saúde estabelece diretriz e normas para a organização da atenção básica na Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e explicita nos princípios gerais, o conceito de atenção básica (BRASIL, 2007). Coerente com esta configuração da oferta dos serviços de saúde em 2011 foi publicada a portaria 2488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

A Atenção Básica (AB) constitui um conjunto de intervenções em equipe que no setor individual e coletivo promove a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se mediante práticas gerenciais, sanitárias e participação democrática. É dirigida a populações de territórios delimitados (Território-processo), o qual assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior relevância e maior frequência na população adscrita. Por ser o contato preferencial do usuário orienta-se pelos princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social. Portanto, considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural na busca pela promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde reafirmou o papel estratégico da AB para a implementação do SUS. Essa deveria se consolidar como porta de entrada e eixo orientador

para estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2007). Entretanto, essa priorização da AB, na última década, não foi acompanhada de investimento semelhante na organização dos demais níveis de atenção do sistema, especializada e hospitalar, bem como na articulação entre eles, no sentido de garantir a continuidade do cuidado, visando à integralidade da atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

É fato que na atual conjuntura a atenção básica tem mostrado vulnerável e incapaz de resolver outras demandas que dependem da integração com os demais níveis de complexidade de atenção em saúde. Nesse sentido a portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS admite que:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos (BRASIL, Portaria 4279/2010).

Logo o conceito de Rede de Atenção à Saúde é visto como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Ter uma rede que possibilite o acesso aos demais níveis é essencial para que se possa afirmar esse princípio doutrinário.

O exame complementar tem por finalidade dar consistência às informações obtidas pela anamnese e exame físico (CAPILHEIRA; SANTOS; 2006). Essas informações permitem uma clínica ampliada e favorece ao profissional de saúde um raciocínio na sua definição diagnóstica. Assim, há um fundamento que favorece o tratamento correto e em tempo hábil diante de um agravo de saúde. Os dados dos Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde (PAS/SUS) do Ministério da Saúde mostram que 30 a 50% das consultas ambulatoriais poderão gerar pedidos de exames. Isso corrobora a necessidade de se ter uma rede definida e que ofereça consultas especializadas, exames de média e alta complexidade. A atenção secundária é a base para a referência/contra-referência, necessária para garantir a eficiência do atual modelo hierarquizado de assistência à saúde.

Gestor de distintas esferas de governo tem apontado que a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou a média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção (SPEDO; PINTO ; TANAKA, 2010). Cabe destacar que a

ausência de articulação entre os níveis da atenção em saúde é um aspecto crítico a ser enfrentado pelos gestores, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. Uma vez definida a estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, permite a organização do Sistema Único de Saúde (PIRES, 2010).

É importante citar as formas de organização e representação dos provedores de produtos e serviços no cenário político, neles compreendidos empresariado da saúde, corporações médicas e o próprio Estado ou suas dimensões subnacionais, quando dispõe de capacidade instalada para a prestação de serviços (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Por um lado, a média complexidade ambulatorial é entendida como o conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Por outro lado, a alta complexidade refere-se ao conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007).

Vale enfatizar que a resolutividade da AB esta associada a outros fatores, tais como a estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais que, por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados. É válido considerar, ainda, o protagonismo dos usuários que, sob influência do modelo médico-hegemônico, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados (SPEDO; PINTO ; TANAKA, 2010). As segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde parecem inerentes ao sistema brasileiro ao longo de sua história e vem constantemente se redesenhando no cenário nacional (SANTOS; GERSCHMAN, 2004). Até mesmo porque a implementação de determinada perspectiva está relacionada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que são implementados em distintas conjunturas sociais, políticas e econômicas, e estão constantemente sob tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde (CASTRO; MACHADO; 2010).

No Brasil, o financiamento do setor saúde tem provocado questionamentos com relação tanto à suficiência como também à regularidade de aportes que venham a assegurar a sustentabilidade do sistema (FRANCA; COSTA; 2011). A organização da assistência à saúde no SUS, idealizada enquanto rede articulada entre a atenção básica, média e alta

complexidade, é caracterizada pela centralidade dos procedimentos médico- hospitalares sobre a promoção da saúde (PIRES, 2010). Um exemplo de média complexidade entre outros na realidade brasileira a ser ampliado diz respeito ao aumento da oferta e cobertura, para triagem auditiva de grupos populacionais, como recém-nascidos, escolares, trabalhadores expostos a ruídos e idosos (MIRANDA *et al.*, 2006). Esse último grupo merece atenção em função da transição epidemiológica, em que haverá um número tão elevado de membros que aponta a direção e a necessidade do incremento da oferta da triagem auditiva.

Uma vez que a oferta de cuidados de maior custo e complexidade na saúde pública é baixa, estes podem passar a ser cada vez mais dependentes de mecanismos de acesso clientelistas ou judicializados. A via judicial garantirá, pela justiça comum ou do Ministério Público, acessos individuais ou de segmentos específicos a serviços específicos, o que pode, eventualmente, reforçar distribuições iníquas de benefícios. Cabe analisar se a estratégia de abrir mão da provisão direta de serviços de maior complexidade é a mais conveniente para garantir os princípios de universalidade do SUS (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Além disso, o modelo centralizado que persiste na condução da política de saúde brasileira é o modelo assistencial centrado na doença e em procedimentos médicos geram respostas inadequadas ou insuficientes aos resultados anunciados na legislação em vigor e distorções na forma de financiamento da saúde, ainda relacionada em grande medida com a oferta e a produção de serviços (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER; 2005)

A Constituição Federal (CF) outorgou ao nível federal o papel de coordenação nacional desse sistema, bem como o responsabilizou pela alocação de recursos para a sua implementação. Antes da implementação do SUS, a União já tinha predomínio na distribuição dos recursos para a saúde, uma vez que em torno de 70% do gasto público em saúde era de sua responsabilidade. Na atualidade, essa participação varia em torno dos 50% (FRANCA; COSTA; 2011).

No plano das especializações tecnológicas, o padrão SUS atual sugere estar caminhando no sentido do “plano de cuidados básicos”, aliado a um “estoque” de maior complexidade, de maior ou menor porte, dependente do interesse e das pressões do mercado no sentido da compra desses produtos pelo setor público e da disponibilidade financeira ou política do setor público para adquiri-los (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

## 6. PLANO DE AÇÃO

### Primeiro Passo: identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na Estratégia saúde da Família Santo Antônio III – Montes Claros, percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde da comunidade. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

**Falta de capacitação para o acolhimento:** principalmente na parte da recepção. Os profissionais deste setor apresentam dificuldades para acolher os usuários. Muitas das vezes profissionais de outros setores deparam com os usuários nos corredores e necessitam acolhe-los e orientá-los. Certas vezes os próprios usuários recorrem às salas de atendimento à procura de informações.

**Não realização da classificação de risco:** falta de capacitação para os enfermeiros realizarem a Classificação de Manchester. Com isso, há dificuldade para a avaliação e priorização dos casos, segundo critérios de gravidade.

**Insuficiência de cotas para exames e consultas de média e alta complexidade:** isso implica em não ter um sistema de referência para os pacientes serem encaminhados a outros níveis de maior complexidade quanto não ter acesso ao apoio diagnóstico.

**Equipe incompleta:** A ausência de técnico de enfermagem na equipe o que compromete a assistência aos pacientes.

### Segundo Passo: priorização dos Problemas

*Quadro 2- Principais problemas levantados na ESF Santo Antônio III, segundo a priorização.*

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Insuficiência de cotas para exames e consultas de média e alta complexidade	Alta	5	Parcial	1

Equipe incompleta	Alta	4	Parcial	2
Não realização da classificação de risco	Alta	3	Parcial	3
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	2	Parcial	4

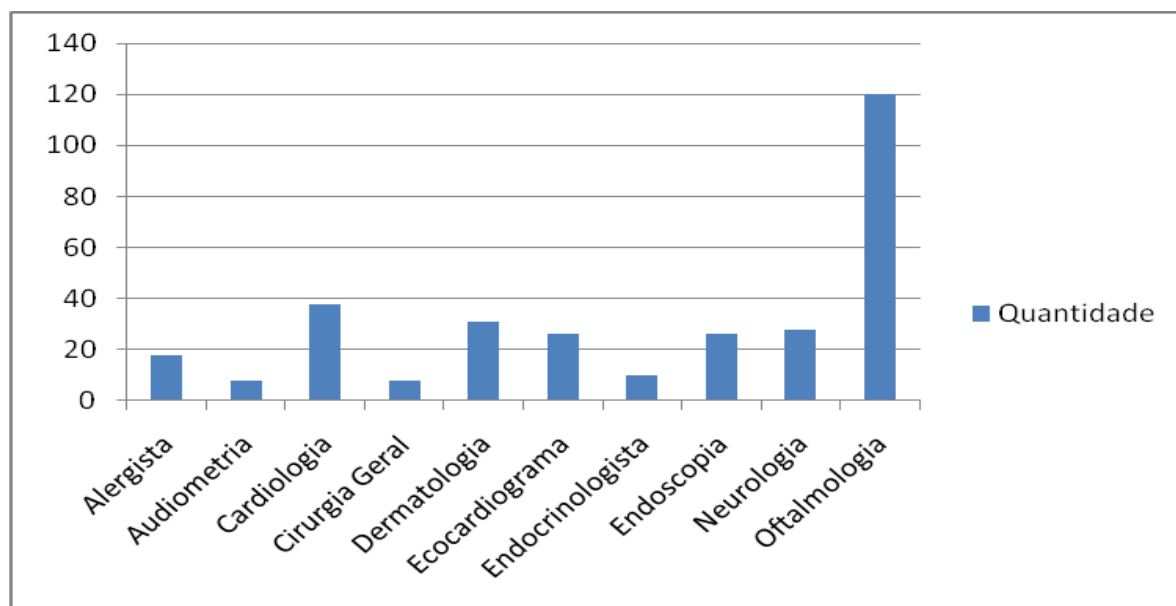
### **Terceiro Passo: descrição do Problema**

O tema escolhido para ser abordado é a insuficiência de cotas para exames e consultas de média e alta complexidade. A Estratégia Saúde da Família tem como função oferecer assistência à saúde de uma população definida dentro de sua área de abrangência. Os usuários procuram o serviço e demandam outras ações que são efetivadas por ações de média e alta complexidade. Assim, referenciar para outros pontos de atenção dentro de uma rede permite amplificar o papel da atenção básica.

Observe que no gráfico 1 existe uma demanda reprimida de 120 pessoas na fila para a especialidade de oftalmologia, 18 alergista, 08 audiometria, 38 cardiologista, 26 ecocardiograma. Esses dados demonstram a relevância do problema e permite inferir que a atual oferta não é suficiente para atender a demanda dos usuários que necessitam de tais procedimentos ou especialidades e ao mesmo tempo dos profissionais que referenciam os usuários para esse nível de complexidade com o intuito de amplificar o papel resolutivo da atenção básica.



**Gráfico 1: Demanda reprimida de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade da ESF Santo Antônio III.**



Fonte: ESF Santo Antônio III, 2015

#### **Quarto Passo: explicação do problema**

1. Causas relacionadas ao processo de trabalho
  - ✓ Insuficiência de protocolos assistenciais.
  - ✓ Seguimento inadequado dos protocolos assistenciais por parte dos profissionais de saúde.
  - ✓ Ausência de instrumentos para o monitoramento dos casos necessários para regulação no SISREG
2. Causas relacionadas ao usuário
  - ✓ Perda de consultas especializadas sem justificativa prévia o que aumenta lista de espera por consultas e gera ônus ao sistema
  - ✓ Baixa participação comunitária nas ações desenvolvidas na APS
3. Causas relacionadas à estrutura do serviço
  - ✓ Insuficiência de vagas de consultas ofertadas

**Quinto passo: identificação dos nós críticos**

- ✓ Insuficiência de protocolos assistenciais conforme linha de cuidado.
- ✓ Seguimento inadequado dos protocolos existentes.
- ✓ Cotas insuficientes pelo setor de regulação.
- ✓ Absenteísmo dos usuários nas consultas especializadas ofertadas.
- ✓ Baixa Participação da Comunidade nos dispositivos de controle social.

**Sexto passo: desenho das Operações.**

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento. Neste passo pretende-se: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (Tabela 1).

**Quadro 3- Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.**

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Insuficiência de protocolos assistenciais	<p><b>Linha de Cuidado</b></p> <p>Implantar protocolos assistenciais, incluindo metodologias de encaminhamento e solicitação de exames</p>	Ampliar a cobertura 100 % da população da ESF Santo Antônio III	<p>Solicitar encaminhamentos e exames de forma criteriosa, conforme protocolos assistenciais</p> <p>Linha de cuidado implantada; Protocolos assistenciais implantados;</p> <p>Reuniões de capacitação das equipes para discutir protocolos assistenciais;</p> <p>Regulação implantada;</p>	<p>Cognitivo- elaboração de projetos de linhas de cuidados e de protocolos assistenciais; Buscar informações sobre os temas</p> <p>Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais de saúde;</p> <p>Organizacional - Organização e adequação do fluxo (referencia e contra-referencia)</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais impressos com conteúdo informativo</p>
Seguimento inadequado daqueles existentes	Padronizar condutas frente aos protocolos assistenciais já existentes e daqueles que vierem a ser implantados.	Profissionais capacitados e preparados para o seguimento adequado dos protocolos.	Reuniões de capacitação das equipes para discutir protocolos assistenciais;	<p>Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais de saúde;</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais impressos com conteúdo informativo</p>

Cotas insuficientes pelo setor de regulação	<p><b>Regulação</b></p> <p>Implantar sistema de regulação aos exames e consultas especializadas</p>	Ampliar a cobertura 100 % da população da ESF Santo Antônio III.	<p>Cotas ampliadas definidas conforme critérios de prioridade</p> <p>Consultas e exames realizados pela comunidade da ESF Santo Antonio III</p> <p>Instrumentos para monitoramento pelas equipes dos casos com necessidade de regulação</p>	<p>Cognitivo – buscar informações sobre critérios e definições de prioridade dos casos encaminhados;</p> <p>Político- articulação intersetorial e mobilização dos profissionais das equipes de saúde da família;</p> <p>Financeiro- obtenção de verba para folhetos informativos;</p>
Baixa Participação da Comunidade nos dispositivos de controle social	<p><b>Viver melhor</b></p> <p>Ampliar a participação social</p>	<p>Participação da população adscrita da ESF Santo Antônio III</p> <p>Conscientizar população sobre a importância de sua participação no Conselho local de Saúde para obterem melhorias na estrutura do sistema de saúde</p>	<p>Implantar o conselho local de saúde</p> <p>Campanha Educativa sobre a importância da participação comunitária nas ações desempenhadas pela APS</p>	<p>Organizacional – organização do cronograma de reuniões do conselho, profissionais das equipes que participarão dos encontros, espaço para as atividades</p> <p>Cognitivo - informação Sobre o tema;</p> <p>Político - Mobilização social;</p> <p>Financeiro – aquisição de atas, agendas, panfletos e cartazes com informativos sobre o conselho local</p>
Absentéismo dos usuários nas consultas especializadas ofertadas	Diminuir o absentéismo dos usuários nos procedimentos de média e alta complexidade já pactuado.	Conscientizar a população sobre a importância de não perder as consultas especializadas e exames agendados, sem justificativa	Campanhas educativas sobre os prejuízos a cada usuário pela perda de consultas	<p>Cognitivo- elaboração de projetos de linhas de cuidados que permita informar a população a cerca do assunto;</p> <p>Político - Mobilização social;</p> <p>Organizacional - Organização e adequação da gestão local para o enfrentamento da situação.</p>

**Sétimo passo: identificação dos Recursos Críticos.**

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação (CAMPOS; FARIAS ; SANTOS, 2010).

***Quadro 4- Identificação dos recursos críticos do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.***

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Linha de Cuidado	Políticos → Articulação intersetorial Organizacional → reorganização do processo de trabalho
Regulação	Organizacional → organizar instrumentos para monitoramento dos casos encaminhados para especialidades Político → Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais da saúde.
Viver melhor	Organizacional → mobilização social em torno das questões de participação social. Político → Articulação intersetorial e aprovação dos projetos.

### Oitavo Passo: Análise da Viabilidade do Plano.

Traz a ideia de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, para, então, definir operações/ações estratégicas capazes viabilizar o plano (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010).

#### *Quadro 5- Análise da viabilidade do plano do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.*

Operações/Projetos		Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
			Produtos	Motivação	
			Ator que controla		
Linha de Cuidado	Insuficiência de protocolos assistenciais	Políticos → Articulação intersetorial	Secretario Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de apoio ao secretario municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica. Reuniões com equipes da ESF para elaboração de protocolos assistenciais e alinhamento das informações
		Organizacional → reorganizacao do processo de trabalho			
Seguimento existentes	inadequado daqueles	Políticos → Articulação intersetorial, mobilização dos profissionais de saúde.	Secretario Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de apoio ao secretario municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica. Reuniões com equipes da ESF para padronização das condutas frente aos protocolos assistenciais existentes.
	Regulação	Políticos → Articulação intersetorial, mobilização dos profissionais de saúde.	Secretario Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar o projeto de apoio ao secretario municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica Mobilizar os profissionais das equipes a encaminhar conforme critérios de prioridade e gerenciar instrumentos de monitoramento
	Implantar sistema de regulação aos exames e consultas especializadas	Organizacional → organizar instrumentos para monitoramento dos casos encaminhados para especialidades			

<p>Viver melhor Participação social</p>	<p>Político → mobilização social em torno das questões de participação social Organizacional → organização do cronograma de reuniões do conselho, profissionais das equipes que participarão dos encontros, espaço para as atividades</p>	<p>Associação de bairro. Presidente de Bairro; Secretaria municipal de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto de apoio as associações de bairro, estimular os profissionais de saúde a participar das reuniões do conselho local.</p>
<p>Absenteísmo dos usuários nas consultas especializadas ofertadas</p>	<p>Políticos → Articulação intersetorial, mobilização dos profissionais de saúde juntamente com os usuários.</p>	<p>Secretario Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica Profissionais de Saúde Usuários</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto de apoio as associações de bairro, estimular os usuários a evitar o não comparecimento aos agendamentos realizados pela ESF Santo Antônio III</p>

***Nono Passo: Plano Operativo, também em sequência - Décimo Passo: Gestão do Plano.***

***Quadro 6- Plano operativo e gestão do plano do problema insuficiência de cotas para exames e consultas de média complexidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio III.***

Operações	Resultados			Ações estratégicas	Responsável	Prazo
	Proendemias e epidemias adultas					
Linha de Cuidado	100% da população acompanhada	Linhas de cuidados implantadas; protocolos assistenciais; Regulação implantada.		Apresentar o projeto de apoio aos membros da equipe.	Coordenador da Atenção Básica; Profissionais da ESF Santo Antônio III	Início em 3 meses e finalização em 12 meses.
	100% da população com acesso a exames e consultas especializadas	Sistema de regulação aos exames e consultas especializadas implantados		Apresentar o projeto de apoio ao secretário municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica, Profissionais das equipes de saúde da família	Coordenador da Atenção Básica; Secretario municipal de saúde Profissionais das equipes de saúde da família	Início em 6 meses e finalização em 12 meses.
Regulação	Político→ mobilização social em torno das questões de participação social			Apresentar o projeto de apoio as associações Profissionais das equipes de saúde da família.	Coordenador da Atenção Básica; Profissionais da ESF Santo Antônio III	Apresentar o projeto em 1 mês.
Viver melhor						
Participação social		Associações de Bairro.				



	Melhorar a estrutura do serviço para atendimento da população.				Quatro meses para apresentar o projeto; oito meses para aprovação e
	Adequação das ofertas de Garantia de medicamentos; consultas à demandas. Contratação de			Agente Comunitário de Saúde Coordenador da Atenção Básica;	quatro meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses.
Cuidar melhor	Exames e medicamentos.	Exames e consultas previstas;	Apresentar projeto de estruturação da rede	Coordenador da ESF Santo Antônio III	

## 7. CONCLUSÃO

A partir da construção do plano de ação foi possível perceber que é relevante a introdução do planejamento estratégico no cotidiano de trabalho para alcançar impactos positivos na assistência em saúde e na gestão do trabalho.

Percebeu-se que propor uma intervenção em relação às consultas e exames de média e alta complexidade na área de abrangência da ESF Santo Antônio III é importante para o funcionamento da rede de forma eficaz e eficiente e permitir que a atenção básica amplifique sua resolutividade promovendo a equidade e integralidade da assistência. Nesse sentido, aponta-se que a temática aqui tratada constitui um excelente campo de pesquisa com vistas a melhoria do acesso e da qualidade e efetivação dos direitos defendidos pela constituição federal do sistema público de saúde vigente no âmbito da saúde coletiva.

Para o enfrentamento e superação deste problema é necessário que as lideranças (gestores, associações de bairro e profissionais de saúde e comunidade) estejam envolvidas ativamente num movimento de diálogo com participação social permanente e proponha resposta alcançável e impactante sobre os determinantes sociais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. Introdução á Metodologia do Trabalho Científico. **Pesquisa Científica: Noções Introdutórias**. In: ANDRADE, Maria Margarida. São Paulo. ed. Atlas S.A. 2007. Cap. 10. p. 111-115.

BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em: < <http://www.fns2.saude.gov.br/base/>> . Acesso em: 25/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf). Acesso em 05/02/2015.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10/03/2015.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10/03/2015.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 2, abr. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200015>

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 24p. : il. Disponível: [https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32660/mod\\_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32660/mod_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, abr. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000400012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>.

FARIA, H. P. de *et al.* **Modelo Assistencial em Saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010. 20p. Disponível em: [https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/31802/mod\\_scorm/content/7/MODELO\\_ASSISTENCIAL.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/31802/mod_scorm/content/7/MODELO_ASSISTENCIAL.pdf)

FRANCA, José Rivaldo Melo de; COSTA, Nilson do Rosário. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, jan. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000100027&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100027&lng=pt)

&nrm=iso>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100027>.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte et al . Diagnóstico da deficiência auditiva em Pernambuco: oferta de serviços de média complexidade - 2003. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 72, n. 5, out. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003472992006000500002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992006000500002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992006000500002>.

MONTES CLAROS. **História.** Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/historia.htm>>. Acesso em: 09/09/2014.

MONTES CLAROS. **Saúde.** Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/saude.htm>>. Acesso em: 09/09/2014.

MONTES CLAROS. **Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.net/moc/modules/myiframe/index.php?iframeid=7>>. Acesso em: 09/09/2014.

PELEGRINI, Maria Leticia Machry de; CASTRO, Janice Dornelles de; DRACHLER, Maria de Lourdes. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, abr. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200002>

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000700007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700007&lng=pt)>

&nrm=iso>. acessos em 05 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. 349p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/apresent.pdf>>. Acesso em: 25/02/2015

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300030&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300030>.

SOUSA, Maria Fátima. O Programa Saúde da Família no Brasil: Análise do Acesso à Atenção Básica. **Rev. Bras. Enfem.**, Brasília, V. 61, N. 2, Abr. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=script=sci\\_arttext&pid=50034-71672008000200002&ing=pt&hrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=script=sci_arttext&pid=50034-71672008000200002&ing=pt&hrm=iso)>. Acesso em 27Jun. 2009. doi: 10.1590/50034-71672008000200002.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312010000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000300014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>.