

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

**DELIA MARIA GALVEZ MEDINA**

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA VISÃO DO MUNICÍPIO SERRANÓPOLIS  
DE MINAS-MG COM VISTAS À PROGRAMAÇÃO DA AGENDA**

**MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS**

**2015**

**DELIA MARIA GALVEZ MEDINA**

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NOVA VISÃO DO MUNICÍPIO SERRANÓPOLIS DE MINAS – MG COM  
VISTAS À PROGRAMAÇÃO DA AGENDA**

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

Orientador: Bruno Souza Bechara Maxta

**MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS**

**2015**

**DELIA MARIA GALVEZ MEDINA**

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA VISÃO DO MUNICÍPIO SERRANÓPOLIS  
DE MINAS – MG COM VISTAS À PROGRAMAÇÃO DA AGENDA**

Banca examinadora

Bruno Souza Bechara Maxta – orientador

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 21 de outubro de 2015

## RESUMO

O município Serranópolis de Minas necessita de mudanças no modelo da Atenção Básica, uma vez que a partir do diagnóstico situacional identificaram-se vários problemas e priorizaram-se que os principais baseados na queixa dos pacientes que apresentam episódios agudos ou crises das doenças crônicas. Este estudo objetivou elaborar um projeto intervenção para diminuir as consultas por demanda espontânea e implantação de uma agenda programática para cuidado continuado na ESF Nova Visão do Município Serranópolis de Minas. Antes, porém fez-se pesquisa bibliográfica narrativa, usando-se os descritores: Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Administração de Serviços de Saúde. Para o Plano de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional e apresentou-se desenho de operações para os nós críticos: Deficiente execução da agenda programada/cuidado continuado, Atendimento aos pacientes majoritariamente centrados na doença e queixa Pouco conhecimento por parte da equipe das condições de saúde e da vida dos pacientes, Presença forte de atendimento dos usuários por ordem de chegada, Valorização por parte dos gestores pela quantidade de consultas X qualidade da consulta, População procura a ESF apenas quando tem alguma queixa, não sendo adeptos de consultas agendadas programadas. Assim, o Plano Operativo buscou: Implantar uma agenda programática que contemple consultas programadas de cuidado continuado; qualificar a atenção oferecida aos usuários e Identificar os usuários cadastrados e as suas condições de saúde bem como a implantação de acolhimento e escuta da demanda espontânea. Espera-se que a execução dos planos de ação venha de fato contribuir na organização do funcionamento da Atenção Primária de Saúde do Programa de Saúde da Família.

**Palavras- chave:** Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Administração de Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

The Serranópolis municipality of Minas requires changes in the model of primary care, since a situational diagnosis were identified several problems and that the main prioritized based on the complaint of patients with acute episodes or attacks of chronic diseases. This study aimed to develop an intervention project to reduce queries by spontaneous demand and implementation of a programmatic agenda for care continued in New ESF Serranópolis City Vision of Mines But first became narrative bibliographical research, using the key words: Primary Health, Chronic Disease, Health Services Administration For the Intervention Plan we used the method of Situational Strategic Planning and introduced himself drawing operations for critical nodes: Poor execution of the programmed schedule / continuing care, assistance for the patients mostly focused on disease and abuse, little knowledge among the staff of the health status and life of patients, strong presence of service users in order of arrival, Valuation of managers by the amount of consultation X query quality, population demand ESF only when you have a complaint, not being fans of programmed scheduled appointments. Thus, the Operational Plan sought: Deploy a programmatic agenda that includes scheduled appointments for continued care; qualify the care provided to users and identify the registered users and their health conditions as well as the implementation of reception and listening to the spontaneous demand. It is expected that the implementation of action plans will in fact contribute in organizing the operation of the Health Primary Care of the Family Health Program.

Key words: Primary Health Care Chronic Disease. Health Services Administration.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAIS TEÓRICOS</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>30</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A história do município de Serranópolis é narrada a partir da data de chegada dos primeiros povoadores durante o início do século XIX. Galdino Teixeira de Souza, fundador da Fazenda Conceição foi um dos mais antigos moradores da região, sendo considerado como um dos fundadores do Povoado de Nossa Senhora do Jatobá, que depois veio a se transformar no Distrito de Jatobá. Além de Galdino, chegaram ao local, entre meados e final do século XIX, atraídos pelas terras férteis e pela água do Rio Mosquito, outros pioneiros, como Ananias José Alves, Antônio dos Santos e Oscar Antunes, oriundos de Jacaraci e Condeúba, na Bahia, que vieram a serem, no início do século XX, os principais representantes políticos da região (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014).

A formação administrativa como distrito com o nome de Nossa Senhora do Jatobá foi criado em 30/08/1911, pela Lei nº 556 e pela Lei nº 805, de 22/09/1921. Por razões desconhecidas, a sede do distrito foi transferida para o Povoado de São Joaquim da Porteirinha. Em 1922, foi efetivada a mudança da sede do distrito de Jatobá para Porteirinha e o povoado de Jatobá recuperou a condição de sede de distrito em 1936. Após a emancipação do município de Porteirinha, através do Decreto-Lei nº148, de 17/12/1938, o distrito desmembrou-se de Grão Mogol e passou a compor essa nova unidade administrativa. E em 1944 o nome do distrito foi mudado para Serranópolis. No dia 21/12/1995, através da Lei nº 12030, com território desmembrado do município de Porteirinha, foi criado o município de Serranópolis de Minas (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014: IBGE, 2010).

O município Serranópolis de Minas fica a 621m de altura, localizado no extremo norte Estado Minas Gerais (MG), a 620 km de Belo Horizontes (BH) capital do estado com acesso pelas BR 040, 135 e 122 a 190 km da Macrorregião de Saúde Montes Claros e a Microrregião de Saúde Janaúba/Monte Azul em média 60 km. Ele é limítrofe, ao norte e ao leste, com Porteirinha, ao sul com Grão-Mogol e Riacho dos Machados e ao oeste com Rio Pardo de Minas. O gentílico é Serranopolitano (Gonçalves e Cordeiro, 2014), tem Ele possui uma área total de 551. 954 km e conta com 1244 domicílios para uma população estimada em 4425 habitantes, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística de 2010 (IBGE, 2010).

Este município é um dos que mais preserva o ambiente de toda a região da serra geral. Os seus recursos naturais são o seu grande potencial de desenvolvimento. O município dispõe em seu território de uma área de aproximadamente 16.000 hectares do Parque Estadual de Serra Nova, uma unidade de proteção integral que garante a preservação dos recursos hídricos da região, já que a cidade é a grande responsável pelo abastecimento de água de toda região, através da Barragem do Rio Mosquito, além disso, dispõe de uma área de preservação ambiental municipal, Atalhado. (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014).

A cidade conta com uma estação de tratamento da COPASA, onde 100% das casas da sede urbana têm água encanada e tratada em suas casas. Já é uma realidade também em duas pequenas comunidades rurais. As demais localidades contam com nascentes, cisternas e poços artesianos onde a água é consumida filtrada ou fervida. O município ainda não possui rede de esgoto. A população urbana (99%) utiliza fossas sépticas em seus domicílios. Com a implantação dos programas de Módulos Sanitários, inúmeras casas (89%) da zona Rural onde o esgoto era céu aberto foram beneficiadas com banheiros e fossas sépticas de última geração (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014).

Os aspectos sócio-demográficos mais importantes são que entre os 4.425 habitantes do município, 2.237 (50.55%) são homens e 2.188 (49.44%) são mulheres. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,633; a Renda Média Familiar está em 16,2% considerados de extrema pobreza; 58,39% pobreza e 25,59% recebem acima de ½ salário mínimo. O analfabetismo está em 19,20% e o desemprego está em 2.53%. A esperança de vida ao nascer é por volta de 70 anos (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014).

A oferta de serviço de saúde contempla a Atenção Primária de Saúde (APS) e serviços de media complexidade. A APS municipal é constituída por três Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estão organizadas a partir do modelo ampliado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As UBS coordenam os fluxos e os contrafluxos entre os diferentes pontos de atenção exercendo-se como centro da rede horizontal de atenção a saúde. Este serviço conta com duas equipes de Saúde da Família (SF), equipe Saúde em Avanço (com atendimento as comunidades rural) e equipe Nova Visão (atendimento à população urbana), com o apoio de duas equipes de atenção Odontológica, um centro de reabilitação e uma unidade de Vigilância Sanitária, e outros serviços.

A rede de saúde municipal integra a Macrorregião de Saúde Montes Claros e a Microrregião de Saúde Janaúba/Monte Azul

Nos últimos anos, o índice de mortalidade materna foi 0. Desde 2011 até 2013 foram 56 óbitos e a maioria de idosos e por causas naturais. A cobertura Vacinal é de 95% (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014).

O vínculo estabelecido por o município para os profissionais da saúde é por contratos. (GONÇALVES; CORDEIRO, 2014)

A ESF Nova Visão é responsável por 704 famílias, o que representa uma população de 2197 pessoas% (GONÇALVES, A. M.; CORDEIRO, C. V, 2014). A equipe está composta por um médico, um enfermeiro coordenador e duas técnicas de enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma cirurgia dentista, uma atendente de consultório odontológico e uma auxiliar de serviços gerais. A área física da Unidade Básica de Saúde Delson Pinheiro de Aguiar está dimensionada para oferecer atendimento de qualidade, localizando se em três prédios, uma para farmácia, outro para atendimentos odontológicos e o prédio maior para consultas médicas e de enfermagem, com os departamentos estabelecidos para o PSF. Diariamente, a equipe realiza várias atividades como consulta medica e de enfermagem, acolhimento, triagem de Manchester, curativos, exame preventivo do colo, vacinas, teste do pezinho, administrar medicamento, visitas domiciliar por ACS e programadas para enfermagem ou médico, entre outras.

Particularmente, o ESF Nova Visão atende diariamente a demanda espontânea sem critério de urgência em mais de um 90% dos casos. Esta situação provoca a redução do atendimento às situações de doenças crônicas e as ações de prevenção e de promoção em saúde previstas em APS. Os usuários preferem a oferta de consultas agendadas no dia por ordem de chegada e receber os atendimentos com base em suas queixas. As equipes de saúde apresentam dificuldades em estabelecer uma agenda programada para oferecer os cuidados continuados e para abarcar os distintos protocolos de atendimentos e as linhas guias orientada para acompanhar aos usuários com doenças crônicas, apesar da prevalência de diabéticos e hipertensos dentro da população. Os atendimentos são com base nas queixas dos usuários

Para adequar o trabalho aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores da secretaria de saúde do município e os profissionais

da ESF Nova Visão reuniram-se e, a partir do diagnóstico situacional, (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram problemas identificados pela equipe: Grande número de consultas por demanda espontânea em detrimento de consultas agendadas e direcionadas as condições crônicas; a alta frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) e ausência de estratificação de risco;

Por tal motivo se organizou em primeira instância uma agenda programada com horários e dias para os distintos tipos de consultas e para a estratificação dos riscos da população da área de abrangência, limitando as consultas por demanda espontânea e melhorando o número de acompanhamentos à pacientes com doenças crônicas, gestantes e crianças. Mas é difícil cumprir o proposto para dar solução ao problema identificado. Além disso, identificam se outros problemas para tratar de sua solução com posterioridade.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela necessidade de mudança na forma em que os atendimentos e a agenda da ESF Nova Visão vêm sendo executadas.

Sabe-se que a Consulta Agendada Programada e o Cuidado Continuado representam consultas que constituem ações programáticas direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo, como é o caso das gestantes, das pessoas com doenças crônicas, das crianças etc.

Este trabalho faz-se importante tendo em vista a inversão de um modelo de atenção onde a população é majoritariamente atendida através de demanda espontânea.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto intervenção para diminuir as consultas por demanda espontânea e implantação de uma agenda programática para cuidado continuado na ESF Nova Visão do Município Serranópolis de Minas.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa começou após a identificação dos problemas da equipe de saúde em atenção ao solicitado no módulo Planejamento e avaliações das ações de saúde” (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010) e o módulo “Iniciação à Metodologia” (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUSA, 2013) do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem vários momentos para elaboração do plano de intervenção. No primeiro momento (momento explicativo) é elaborado para a identificação dos problemas, seleção das causas fundamentais – chamadas de nós críticos como centros práticos de ação definida pelo participante nas reuniões. Campos, Faria Santos, (2010, p.28-29) expressam que:

Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional” aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

No segundo momento (momento normativo): estabelecer se objetivos para atingir a realidade que queremos se desenham ações concretas sobre todos os Nós Crítico (Operações do Plano), para cada operação os recursos, os produtos, os resultados previstos, construir cenários possíveis; analisar a operações em todos os cenários etc. Campos, Faria Santos, (2010 p.28-29) escreve ao respeito:

Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.

No momento estratégico, ou terceiro momento: se deve definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecer um programa direcional para o plano. Campos Faria Santos, (2010 p.28-29) descrevem: “Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados”

O momento tático operacional é o momento de monitorar as operações e avaliar continuamente. Campos, Faria, Santos, (2010 p.28-29) dizem que o Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano”.

Para elaboração do plano, fez-se pesquisa bibliográfica com os descritores atenção primária à saúde. doença crônica. administração de serviços de saúde. necessidades e demandas de serviços de saúde definidos de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECs). Foram utilizados os materiais bibliográficos da literatura de apoio do curso e artigos científicos disponibilizados no banco de dados do portal *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO)

## 5 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Para melhor compreensão do problema e desenvolvimento do trabalho foi necessário fazer revisão bibliográfica por meio de publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em bases de dados e publicações do Ministério de Saúde e a Secretária Estadual de Saúde sobre o assunto, entre outros documentos.

Os serviços da saúde pública da Atenção Primária da Saúde (APS) no Brasil estão desenhados de acordo com os modelos mais desenvolvidos dentro da saúde a nível mundial, tem como referência os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

### 5.1 Atenção Primaria

A Atenção Primaria segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 8) é:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoções, prevenções, tratamento e reabilitações. É desenvolvida por meio de exercício de prática gerencial e sanitária, democrática e participativa, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados, as quais assumem responsabilidades. Utiliza tecnologias de elevada complexidades e baixa densidades, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância das populações. É o contacto preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primaria deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade prevenção de e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos os sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. Para o Ministério de Saúde a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial

A Atenção Básica à Saúde (ABS) adota o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). É parte fundamental do SUS e sua função são primordiais para que garantir os serviços de Saúde que a população precisa. A expectativa de vida há aumentado e as doenças que mais afetam são as doenças o agravo à saúde com caráter crônico.

### 5.2 Doenças Crônicas

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar, com eficiência, HIV/AIDS, o diabetes e a depressão, vai tornar se obsoleto em pouco tempo. Hoje as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020 será responsável por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003 apud SHIMAZAKI, 2009, p.10-16)

Mendes (2012, p.142-143) menciona que:

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. ... Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial face-a-face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância... Há que se buscar o incremento dos atendimentos previamente programados em relação aos não programados feitos por demanda espontânea. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos.

### **5.3. Prevenção e Promoções em Saúde**

Os países desenvolvidos prestam muita atenção às ações de promoção, prevenção de doenças e de agravos das doenças crônicas. Os trabalhos de investigação demonstram eficácia na saúde da população das atividades educativas, comunitárias e os atendimentos continuados com participação da família e a sociedade. O planejamento do acompanhamento ao paciente, nas consultas, é baseado na pessoa.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) é útil para o SUS porque, de acordo com Mendes (2011, p.10),

[...] o SUS é um sistema público universal com responsabilidades claras sobre territórios e populações, é o modelo do SUS deve incorporar intervenções sobre os determinantes sociais intermediários e distais: é um modelo expandido, além das intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica.

Na Figura 1 encontra-se demonstrado o Modelo MACC

Figura 1: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) -se NA



Fonte: Mendes (2011)

Este modelo foi concebido de modo a que no primeiro nível as ações de promoção da saúde são introduzidas e destinadas para toda a população, a partir dos determinantes sociais de saúde distais e intermediárias existentes relacionadas ao emprego, à educação, à disponibilidade de alimentos, habitação, serviços de saúde, dentre outros. O segundo nível é projetado para risco populacional relacionado com o comportamento e estilo de vida de pessoas que fumam, têm alimentação inadequada, bebem álcool, não praticam exercícios físicos ou com obesidades ou sobrepeso, entre outros. O trabalho é direcionado para a prevenção das condições de saúde e leva os determinantes sociais da saúde proximais que se relacionam com o comportamento e estilo de vida. O terceiro nível inclui a população com doença crônica simples e suas ações são destinadas aos fatores biológicos, psicológicos e sociais, como idade, gênero e herança, entre outros.

O nível 4 diz respeito à população com doenças crônicas complexas com alto e muito alto risco, havendo necessidade de equilíbrio entre o autocuidado e a atenção profissional contando com o apoio dos especialistas e generalistas. O nível 5 é para a população com doenças crônicas e que estão em uma situação muito complexa e que representam 1% da população (MENDES, 2011).

O SUS sugere modificações do modelo hegemônico. Torna-se, portanto, necessária essa mudança que está claramente explicitada na Política Nacional de Atenção Básica:

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011, p.50).

Parte das mudanças são encontradas no modelo de atenção em redes onde a concepção de hierarquia é suscitada pela poliarquia, com organização horizontal e todos os pontos de saúde são igualmente importantes, e tem um centro de comunicação criado pela APS. Neste momento é importante fortalecer a ESF com um trabalho na equipe consolidada, onde todos os profissionais tem responsabilidade sobre os problemas que apresentam os usuários. Também há um espaço para os fatores da comunidade e da comunidade podem participar e assumir a responsabilidade por ações tomadas pela equipe.

Para atingir as mudanças é importante transformar o modelo centrado na doença para o modelo do cuidado centrado na pessoa, o que exige conhecer as características biológicas e psicológicas da pessoa enquadrada no contexto sócio-econômico e familiar, para desenvolver um projeto terapêutico singular, incluindo o aumento da autocuidado e apoio familiar.

Silva (2013, p.197) concebe o papel do projeto terapêutico singular em:

A construção do projeto terapêutico singular transforma as práticas de cuidado e também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social.

Nas Diretrizes Brasileiras (BRASIL, 2013, p.19) tem-se que o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias expressa:

Cuidado Continuado/Atenção Programada é outra das ações que a equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Entende-se por cuidado continuado/programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe

de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. É exemplo de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para desenvolver uma proposta de intervenção na ESF Nova Visão considerando que o problema identificado responde ao grande número de consultas por demanda espontânea em detrimento de consultas agendadas e destinadas às doenças crônicas, tornou-se essencial propor um planejamento de ações de saúde da Equipe multidisciplinar de SF que, além de atender às necessidades de demanda espontânea, incluindo a de cuidados continuados, as ações de educação em saúde, assistência médica centrada na pessoa, com o aumento das visitas domiciliares para melhorar a participação individual, familiar e da comunidade na resolução de problemas de saúde dos usuários.

Grande número de consultas por demanda espontânea → atendimento de consultas centrada na doença → falta de ações de prevenção e promoções da saúde → pouca consultas agendadas → impossível fazer consultas centrada nas pessoas → detrimento de consultas direcionadas as condições crônicas.

Também foram identificados os possíveis nos críticos, ou seja, situações sobre as quais uma atuação exitosa contribuiu para a solução do problema. Para todos os nos críticos é proposto um Desenho de Operações (Quadro 1), Identificação dos Recursos Críticos para cada operação (Quadro 2), Análise de Viabilidade (Quadro 3), e Elaboração do Plano Operativo (Quadro 4).

Os nos críticos caracterizados para o subproblema são:

- Deficiente execução da agenda programada/cuidado continuado
- Atendimento aos pacientes majoritariamente centrados na doença e queixa.
- Pouco conhecimento por parte da equipe das condições de saúde e da vida dos pacientes.
- Presença forte de atendimento dos usuários por ordem de chegada.
- Valorização por parte dos gestores pela quantidade de consultas X qualidade da consulta

- População procura a ESF apenas quando tem alguma queixa, não sendo adeptos de consultas agendadas programada.

## 6.1 Desenhos de Operações

Quadro 1 - Desenho de Operações

<b>“Nó” crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Deficiente execução da agenda programada/ cuidado continuado</b>	Implantar uma agenda programática que contemple consultas programadas de cuidado continuado	Incremento de consultas para pacientes com doenças crônicas que demandem cuidados continuados	Linhas guias e protocolos das condições crônicas de saúde institucionalizadas  Estratificação de riscos das diversas condições de saúde para que as mesmas possam ser dimensionadas na agenda.	Cognitivo Brindar informação de doenças crônicas a equipe de trabalho em ESF. Organizacional Organizar e avaliar a agenda da ESF. Político Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.
<b>Atendimento aos pacientes majoritariamente centrados na doença e queixa.</b>	Qualificar a atenção oferecida aos usuários	Atingir bem-estar e agregar valor aos atendimentos dispensados aos usuários	Linhas guias e protocolos das condições crônicas de saúde institucionalizadas  Estratificação de riscos das diversas condições de saúde para que possam ser dimensionadas na agenda.  Agenda programada que inclua ações individuais, coletivas, assistenciais e promocionais.	Cognitivo Estudar em equipe as deferências e benefícios da atenção centrada na pessoa. Organizacional Organizar agenda com, mas tempo de consulta para poder atender a pessoa e não só a queixa. Político Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.

<p><b>Pouco conhecimento por parte da equipe das condições de saúde e da vida dos pacientes.</b></p>	<p>Identificar os usuários cadastrados e as suas condições de saúde</p>	<p>Conhecer a população adstrita e as patologias crônicas mais frequentes que acometem a mesma.</p>	<p>Cadastramento de 100% da população;</p> <p>Identificação das principais doenças e condições que acometem os residentes;</p> <p>Estratificação de risco das condições crônicas</p>	<p><b>Cognitivo</b> Dar a conhecer a importância da inter-relação dos usuários com equipe de saúde.</p> <p><b>Organizacional</b> Organizar visitas domiciliares. Organizar encontros com agentes comunitários de saúde.</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município.</p>
<p><b>Presença forte de atendimento dos usuários por ordem de chegada.</b></p>	<p>Implantar o acolhimento e escuta da demanda espontânea através do Protocolo de Manchester</p>	<p>Demanda programada para cuidado continuado agendado por horário;</p> <p>Classificação e agendamento da demanda espontânea através do Protocolo.</p> <p>Equipe preparada para atendimento oportuno e usuários instruídos da forma de atendimento da UBS.</p>	<p>Agenda Programática;</p> <p>Protocolo de Manchester;</p>	<p><b>Cognitivo</b> Capacitar a os usuários sobre as mudanças da forma de atendimento</p> <p><b>Organizacional</b> Elaborar estratégia de trabalho aplicada a toda equipe de saúde</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município</p>

<p><b>Valorização por parte dos gestores pela quantidade de consultas X qualidade da consulta</b></p>	<p>Mudar a proposta de construção da agenda da equipe através de encontros com os gestores</p>	<p>Apoio dos gestores na inversão da proposta de consultas e construção da agenda programática</p>	<p>Agenda programática com ações de atenção continuada.</p>	<p><b>Cognitivo</b> Capacitar a os gestores sobre as mudanças da forma de atendimento</p> <p><b>Organizacional</b> Vincular a os gestores com os resultados do trabalho</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>
<p><b>População procura a ESF apenas quando tem alguma queixa, não sendo adeptos de consultas agendadas programada.</b></p>	<p>Sensibilizar a população a respeito da agenda e as possibilidades da consultas da agenda ser agendada por uma condição aguda não urgente, bem como de ser programada continuada nos casos de condições crônicas.</p>	<p>População instruída e participativa na nova proposta de agenda</p> <p>Que a população participe dos programas de prevenção e promoções da saúde.</p>	<p>Diminuição da demanda espontânea.</p>	<p><b>Cognitivo</b> Capacitar a os membros da equipe sobre as mudanças da forma de atendimento, para que a transmita a comunidade</p> <p><b>Organizacional</b> Ter uma adequada agenda de trabalho</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>

## 6.2 Identificações dos Recursos Críticos

No Quadro 2 estão descritos os recursos críticos necessários para operacionalização do plano.

Quadro 2 - Identificações dos Recursos Críticos

<b>Operação</b>	<b>Recurso Crítico</b>
<b>Implantar uma agenda programática que contemple consultas programadas de cuidado continuado</b>	<b>Financeiro</b> , Para adquirir materiais educativos e de trabalho. <b>Organizacional</b> Para fazer os encontros com os profissionais e outros setores com interes na ESF. <b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.
<b>Qualificar a atenção oferecida aos usuários</b>	<b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos. <b>Organizacional</b> Para fazer os encontros com os profissionais e outros setores com interes na ESF. <b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.
<b>Identificar os usuários cadastrados e as suas condições de saúde</b>	<b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos. <b>Organizacional</b> Para fazer visitas domiciliar. Para fazer encontros com agentes comunitários de saúde. <b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.
<b>Implantar o acolhimento e escuta da demanda espontânea através do Protocolo de Manchester</b>	<b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos. <b>Organizacional</b> Elaborar estratégia de trabalho aplicava a todo equipe de saúde <b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município
<b>Mudar a proposta de construção da agenda da equipe através de encontros com os gestores</b>	<b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos. <b>Organizacional</b> Organizar encontros com os gestores periodicamente <b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município

<p><b>Sensibilizar a população a respeito da agenda e as possibilidades da consulta ser agendada por uma condição aguda não urgente, bem como de ser programada continuada nos casos de condições crônicas</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos.</p> <p><b>Organizacional.</b> Coordenar a agenda de trabalho da equipe.</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>
--	---

### 6.3 Análises da Viabilidade

A viabilidade das operações estão apresentadas no Quadro 3

Quadro 3 - Análises da Viabilidade

Operações/projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
<p><b>Implantar uma agenda programática que contemple consultas programadas de cuidado continuado</b></p>	<p><b>Financeiro,</b> Para adquirir materiais educativos e de trabalho.</p> <p><b>Organizacional</b> Para fazer os encontros com os profissionais e outros setores com interes na ESF.</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.</p>	<p>Setor de comunicação social Equipe de saúde Secretário de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município.</p>

<p><b>Qualificar a atenção oferecida aos usuários</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos</p> <p><b>Organizacional</b> Para fazer os encontros com os profissionais e outros setores com interes na ESF.</p> <p><b>Político.</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.</p>	<p>Equipe de saúde e Secretario de saúde Setor de comunicação social</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p><b>Identificar os usuários cadastrados e as suas condições de saúde</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos.</p> <p><b>Organizacional</b> Para fazer visitas domiciliar. Para fazer encontros com agentes comunitários de saúde.</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município.</p>	<p>Equipe de saúde e Secretario de saúde Setor de comunicação social</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p><b>Implantar o acolhimento e escuta da demanda</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos.</p>	<p>Equipe de saúde e Secretario de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na</p>

<p><b>espontânea através do Protocolo de Manchester</b></p>	<p><b>Organizacional</b> Elaborar estratégia de trabalho aplicava a todo equipe de saúde</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>	<p>Setor de comunicação social</p>		<p>secretaria de saúde do município</p>
<p><b>Mudar a proposta de construção da agenda da equipe através de encontros com os gestores</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos.</p> <p><b>Organizacional</b> Organizar encontros com os gestores periodicamente</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>	<p>Equipe de saúde e Secretario de saúde Setor de comunicação social</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município</p>
<p><b>Sensibilizar a população a respeito da agenda e as possibilidades da consulta ser agendada por uma condição aguda não urgente, bem como de ser programada continuada nos casos de condições crônicas</b></p>	<p><b>Financeiro</b> Para adquirir materiais educativos.</p> <p><b>Organizacional.</b> Coordenar a agenda de trabalho da equipe.</p> <p><b>Político</b> Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apóiam a saúde no município</p>	<p>Equipe de saúde e Secretario de saúde Setor de comunicação social</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município</p>

## 6.4 Elaborações do Plano Operativo

**Quadro 4 - Plano Operativo**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produto</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Implantar uma agenda programática que contemple consultas programadas de cuidados continuados.</b>	Incremento de consultas para pacientes com doenças crônicas que demandem cuidados continuados.	Linhas guias e protocolos das condições crônicas de saúde institucionalizadas.  Estratificação de riscos das diversas condições de saúde para que as mesmas possam ser dimensionadas na agenda.	Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município.	Coordenadora da Atenção Básica, Gerente do USB. Médico. Resto dos membros da USB	Três meses
<b>Qualificar a atenção oferecida aos usuários.</b>	Atingir bem-estar e agregar valor aos atendimentos dispensados aos usuários	Linhas guias e protocolos das condições crônicas de saúde institucionalizadas.  Estratificação de riscos das diversas condições de saúde para que possam ser dimensionadas na agenda.  Agenda programada que inclua ações individuais, coletivas, assistenciais e promocionais	Não é necessário	Gerente do USB, Médico. Resto dos membros da USB	Dois meses

<b>Identificar os usuários cadastrados e as suas condições de saúde</b>	<p>Conhecer a população adscrita e as patologias crônicas mais freqüentes que acometem a mesma.</p>	<p>Cadastramento de 100% da população;</p> <p>Identificação das principais doenças e condições que acometem os residentes;</p> <p>Estratificação de risco das condições crônicas</p>	<p>Não é necessário</p>	<p>Gerente do USB, Medico. Resto dos membros da USB</p>	<p>Três meses</p>
<b>Implantação de acolhimento e escuta da demanda espontânea através do Protocolo de Manchester</b>	<p>Demanda programada para cuidado continuado agendado por horário;</p> <p>Classificação e agendamento da demanda espontânea através de Protocolo.</p> <p>Equipe preparada para atendimento oportuno e usuários instruídos da forma de atendimento da UBS.</p>	<p>Agenda Programática;</p> <p>Protocolo de Manchester;</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município</p>	<p>Coordenadora da Atenção Básica, Gerente do USB, Médico Resto dos membros da USB</p>	<p>Três meses</p>
<b>Mudar a proposta de construção da agenda da equipe através de encontros com os gestores</b>	<p>Apoio dos gestores na inversão da proposta de consultas e construção da agenda programática</p>	<p>Agenda programática com ações de atenção continuada.</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município</p>	<p>Coordenadora da Atenção Básica, Gerente do USB, Médico. Membros da USB</p>	<p>Três meses</p>

<p><b>Sensibilizar a população a respeito da agenda e as possibilidades da consulta ser agendada por uma condição aguda não urgente, bem como de ser programada continuada nos casos de condições crônicas.</b></p>	<p>População instruída e participativa na nova proposta de agenda</p> <p>Que a população participe dos programas de prevenção e promoções da saúde.</p>	<p>Diminuição da demanda espontânea</p>	<p>Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria de saúde do município</p>	<p>Coordenadora da Atenção Básica, Gerente do USB, Médico. Resto dos membros da USB</p>	<p>Três meses</p>
---	---	---	--	---	-------------------

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A o longo do texto diferentes questões foram abordadas, porém destaca-se a necessidade de oferecer cuidados continuados aos pacientes da área de abrangência do ESF Nova Visão que precisarem dos mesmos. É importante estabelecer a agenda de cuidado programado, além dos atendimentos por demanda espontânea.

Considera-se fundamental envolver a rede de atenção à saúde do município para operacionalizar a proposta.

Esperamos iniciar as mudanças para cumprir as diretrizes do SUS e trabalhar sobre a promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos com participação comunitária, além de tratamento e reabilitações como parte dos atendimentos em APS

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).

Acesso em: oito de otub. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília-DF, 2013 p.19. disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado pessoas%20 do encas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em 9 de set. 2014.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, **Censo 2010**. Resultado. Brasil. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 12 dec. 2013

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 28-110p.

. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. P. 3-142

GIOVANELLA, L. Cuaderno de Saude Publica. **Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa**. RJ 6 (2). 1990. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1522.pdf>. Acesso em 19 dec. 2014.

GONÇALVES, A. M.; CORDEIRO, C. V. **Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017**. Dissertação - Centro Administrativo Municipal Aveny Ribeiro Rocha, Secretaria Municipal de Saúde, Serranópolis de Minas – Minas Gerais, 2014. P. 4-18.

MENDES, S. E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 10-11. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/rags\\_comsus/O\\_MACC\\_COMSUS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/rags_comsus/O_MACC_COMSUS.pdf). Acesso 10 de set. 2014

MENDE,S E. V. Primária À Saúde: **O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde Da Família**. 2012, Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_s aude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 10 otub. 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003 *apud* SHIMAZAKI M. E. A Atenção Primária à Saúde, In: MINAS GERAIS.

Escola de Saúde Pública do Estado Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

SILVA, E.P et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n.2, 2013, p.197. Disponível em: [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto\\_Terap%C3%AAutico\\_Singular\\_como\\_Estrat%C3%A9gia\\_de\\_Pr%C3%A1tica\\_da\\_Multiprofissionalidade\\_nas\\_A%C3%A7%C3%B5es\\_de\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 31 de out. 2014