

FABIANA CLAUDIA SOUZA BORGES

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO PSF's DO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO**

Formiga – MG
2011

FABIANA CLAUDIA SOUZA BORGES

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO PSF's DO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Ricardo Alexandre de Souza

Formiga - MG
2011

SUMÁRIO

<i>ÍTEM</i>	<i>PÁGINA</i>
1 – RESUMO	04
2- INTRODUÇÃO	05
3— JUSTIFICATIVA	10
4 -- CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	13
5 – DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	14
6 – OBJETIVO GERAL	15
7 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
8 – METODOLOGIA	16
9 – DESENVOLVIMENTO	17
10 CONCLUSÃO	23
11 -- PLANO DE INTERVENÇÃO	24
12 -- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1- Resumo

Este trabalho vem propor um plano de intervenção e reestruturação do processo de trabalho nas equipes de PSF do município de Santo Antonio do Amparo, através da implantação de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação na tentativa de se obter uma melhora na qualidade dos serviços prestados pela equipe a sua população. Como metodologia foi realizada revisão bibliográfica da literatura com os temas e palavra-chave: "planejamento no Programa de saúde da Família", "importância da avaliação dentro do planejamento", "processo de trabalho", "Programa de Saúde da Família", sendo usados 17 trabalhos dos encontrados. A proposta deste plano de intervenção propõe uma nova estrutura de processo de trabalho, na tentativa de que as equipes possam trabalhar com o planejamento das suas ações e, incorporem a necessidade de avaliar os resultados de suas ações durante seu processo de trabalho.

Abstract

This paper proposes an action plan and restructuring of the labor process in PSF teams of Santo Antonio do Amparo, through the deployment of tools for planning, monitoring and evaluation in an attempt to obtain an improved quality of services provided by team to its population. The methodology bibliographic literature review was performed with the themes and keyword "health program planning in the Family," "importance of evaluation in planning", "work process", "Family Health Program", being used work of 17 matches. The purpose of this intervention plan proposes a new structure of the labor process, in which teams attempt to work with the planning of your actions, and incorporate the need to assess the results of their actions during their work process.

2 - Introdução

Ao longo de vários anos os modelos de atenção a saúde foram sendo modificados de acordo com as questões sociais, culturais, tecnológicas e econômicas vividas em cada período. Com esse crescimento e aprimoramento do conceito saúde-doença, hoje de acordo com Constituição Federal Brasileira a saúde é direito de todos e dever do Estado e é apresentada com uma visão diferenciada baseada na vigilância em saúde focando a prevenção, promoção, cura e a reabilitação do paciente.

É grande o desafio de transformar em realidade os princípios aprovados pelo setor saúde nos textos constitucionais- universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade. Torna-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos tecno-assistenciais centrado nas necessidades dos usuários (MERHY, 1994; MALTA et al.,1998b).

O grande passo para o início da construção efetiva do SUS nos moldes que hoje conhecemos, foi a conferência de Alma Ata ocorrida em 1978, onde se deu início às discussões sobre saúde com as propostas de vigilância em saúde, focando a promoção e prevenção. O Brasil começa a rever seu sistema de saúde até então hospitalocêntrico, onde mesmo destinando a saúde uma grande montante financeiro ainda não conseguia obter resultados significativos para a melhoria da qualidade da atenção a saúde da população, já que as estatísticas mostravam dados absurdos como o alto índice de mortalidade infantil, o alto índice de mortes e internações por doenças parasitárias. (ANDRADE, 2001)

Com o início dessas discussões a 8ª conferência Nacional de Saúde em 1986 a Reforma Sanitária vem propor a mudança de um paradigma e a implantação de um modelo assistencial que atendesse a população de forma mais efetiva. O novo modelo tinha como proposta uma reformulação do Sistema de Saúde Nacional, nesse momento havia clareza entre os participantes do evento que deveriam ocorrer mudanças significativas em todo o arcabouço jurídico institucional vigente.

Assim nasce um modelo de ações e serviços de saúde pública no Brasil, o SUS, sendo então implementado através da Constituição Federal de 1988 e

consolidado e complementado pelas Leis Orgânicas de Saúde de 1990, as NOBS e as NOAS que foram propostas nos anos seguintes (MATTA GC., 2007).

O SUS surge então norteado por diretrizes e princípios que vão embasar as ações de mudanças propostas.

Após um longo período de discussão são implantados os PSF 's para que o SUS pudesse ser colocado em pratica de forma efetiva atuando conforme seus princípios: universalidade, integralidade, equidade; e suas diretrizes: descentralização, participação popular e regionalização e hierarquia.

Em 1994, o MS lança o PSF como estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da família e do indivíduo, tanto adultos como a crianças, sadios e doentes, de forma integral e contínua (Merhy EE 1998).

Mas o PSF ainda hoje não conseguiu alcançar seu objetivo real devido a uma serie de fatores como: despreparo da equipe, ausência da organização do processo de trabalho dentro da equipe, desconhecimento da população a cerca da importância da presença da equipe de saúde da família e a cultura hospitalocentrica da população que não consegue na maioria das vezes enxergar benefícios na prevenção e na promoção a saúde, o que dificulta o trabalho da equipe e compromete a eficácia do programa. (ESPMG 2008)

O Governo do Estado de Minas Gerais na tentativa de melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Primaria implanta então o Plano Diretor de Atenção Primaria a Saúde, na busca de garantir eficácia, efetividade e eficiência no processo, estabelecendo metas e avaliações para que possa haver uma mudança na construção do processo de trabalho dessas equipes.(ESPMG 2008)

Segundo Marques et al, em 2009, o Governo do Estado de Minas Gerais, após analise das condições de saúde do Estado, da inicio ao que foi chamado de Choque de Gestão, onde foi proposto um novo tipo de gestão pública baseado no planejamento das ações, para que se possa realizar de forma eficaz, efetiva e eficiente as atividades das secretarias do Estado.

Uma das ações dentro da proposta do choque de gestão foi a criação das redes de atenção, na tentativa de otimizar gastos e melhorar a qualidade

do atendimento e de consolidar Minas Gerais como um Estado baseado na cultura de Resultados.

De acordo com o Ex governador do Estado De Minas Gerais Aécio Neves, o Estado para Resultados pode ser compreendido como um esforço de medir a ação de um governo não apenas pelo que ele investe nas políticas governamentais, mas pelos seus resultados efetivos ou o avanço concreto que isso traz para as condições de saúde da população (Marques et a 2009).

Osório (2003) se preocupa com a questão citada acima, ao afirmar que não se pode analisar a eficiência sem associá-la a efetividade:

[...] a eficiência a qualquer custo não deve estar dissociada da efetividade, pois otimizar os recursos públicos sem oferecer bens de serviços ou sem resolver os problemas sociais é incompatível com os valores defendidos na democracia.

Mendes (2002) afirma que a atenção primária a saúde deve cumprir, nas redes de atenção a saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca a sua instrumentalização como ponto de atenção a saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde. A de coordenação, relacionada ao papel de centro de comunicação, consiste em organizar o fluxo e contra fluxo das pessoas e das coisas nos diversos pontos de atenção à saúde da rede. Já a de responsabilização consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que sejam atendidos.

Segundo a Linha Guia de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde (2009) a política da atenção primária à saúde em Minas Gerais vem sendo implantada através do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2006 o estado tinha 3.470 equipes, o que significa uma cobertura nominal de 61,5 da população mineira. Em termos da população exclusivamente SUS dependente, ou seja, descontados os 25% que têm cobertura por planos privados de saúde, a cobertura sobe para 82,0% dessa população. Ou seja, a batalha da quantidade de PSF está ganha no estado. O que conta, agora, é dar qualidade a esta quantidade. Mas gostaria de salientar que quando se considera a parcela SUS dependente para fazer uma avaliação isso não quer dizer que a população que possui plano de saúde não ira utilizar

o serviço, mesmo porque o SUS é de caráter universal. Esse parâmetro é adotado para que se possa focar com mais qualidade o serviço para a população que depende somente do atendimento da Estratégia de Saúde da Família, para que este tenha mais efetividade.

Na atualidade o financiamento, que é dos nós críticos da Atenção primária, vem sendo repensado no intuito de melhorar os valores destinados a este setor, podemos citar como exemplo o PMQA proposto pelo Governo Federal e a verba do Projeto Estruturador Saúde em Casa do Governo Estadual. Mas ainda tem que aumentar muito este repasse para que possa chegar num patamar de qualidade total.

Um dos indicadores mais robustos para medir a qualidade da atenção primária à saúde são as condições sensíveis à atenção ambulatorial. Em Minas Gerais, 33% das internações hospitalares do SUS são por essas condições, o que significa um enorme desperdício de recursos, já que elas custam, anualmente, mais de 100 milhões de reais (Minas Gerais, 2008).

Por fim, mas não menos importante, há sérios problemas nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais expressos na precarização dos vínculos, em altos turnovers, em salários desiguais e que prejudicaram fortemente os municípios mais pobres (ESPMG 2008).

O Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde vem para que o PSF possa se reestruturar e dentro dele uma das propostas é a implantação do ciclo do PDCA. Foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas difundido por Deming em 1950. O PDCA é uma técnica que visa ao controle dos processos, por exemplo, o processo de trabalho, ele pode e deve ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades. É composto por um conjunto de ações numa seqüência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (plan: Planejar), D (do: fazer, executar), C (check: verificar, controlar) e o A (act: agir, atuar corretivamente) (ESPMG, 2008).

Neste trabalho propõe-se a utilização de um plano de intervenção, como um check list dentro do PSF, para que se possa iniciar uma mudança em algo que é de governabilidade da equipe da saúde da família e que pode melhorar a relação desta com a população e também organizar de forma que todos saibam da importância de seu serviço. Essa proposta é da implantação do

PDCA dentro do PSF fazendo assim que a equipe comece a se familiarizar com o planejar, executar, avaliar e corrigir suas ações caso seja necessário.

3– Justificativa

A proposta de implantação de um plano de intervenção para a utilização da ferramenta do PDCA no processo de trabalho das equipes, vem na tentativa de propor uma mudanças necessárias para que possa ocorrer melhoria na qualidade do serviços prestados por essa equipe a sua comunidade.

Com a implantação do PDCA, após treinamentos para uso desse instrumento pela equipe, espera-se que os profissionais possam perceber a importância do ato de planejar e avaliar suas ações dentro do seu dia a dia de trabalho, e que eles percebam a efetiva melhora que poderá ocorrer não só dentro do seu processo de trabalho, mas também como isso poderá refletir para que sua população tenha um atendimento de melhor qualidade.

Com a otimização do trabalho da equipe a comunidade será beneficiada já que poderão ser realizados efetivamente estudos e projetos dentro dessa comunidade que possam melhorar a qualidade de vida da população e trabalhar realmente a promoção e prevenção em saúde.

“Para alcançar o efeito desejado, o planejamento estratégico necessita do apoio e comprometimento de todo o corpo funcional da empresa por ocasião da implantação das diversas ações estratégicas dele decorrentes. Baseado nessa premissa, os atores das diversas fases do processo são os próprios integrantes da organização. A implementação de um planejamento estratégico ou até mesmo a simples idéia da elaboração de um projeto deste porte dentro de uma organização, pode trazer em um primeiro momento como uma certa descrença por parte de alguns, o que é perfeitamente normal, a resistência do ser humano a mudanças, principalmente dentro de grupos defensores da tese do “sempre foi feito assim para que mudar?”(Barbosa e Brondanii, 2005).

É importante que esse planejamento seja construído junto com os profissionais para que estes tenham clareza da importância deste processo de transformação. Marini (1999), ao abordar o tema de reforma do Estado, afirma:

[...] Implementar processos de transformação organizacional tem, no desenvolvimento das pessoas seu fator chave de sucesso, representa a âncora deste processo: eu não mudo as organizações, mudo as pessoas que promovem processos de mudança organizacional.

Baseado nas citações anteriores podemos concluir que um dos fatores chaves para que o planejamento consiga obter sucesso é que os profissionais sejam envolvidos em todos os processos de construção do planejamento se envolvendo e trabalhando em prol da unidade de saúde.

O Plano de ação que esta sendo proposto visa apresentar uma nova visão dentro do PSF para que a equipe possa trabalhar de forma mais organizada e estruturada, valorizando assim a equipe e a comunidade adscrita.

Esta proposta de reorganização do processo de trabalho da equipe refletirá na efetivação do programa saúde em casa fortalecendo ainda mais o SUS mesmo que em âmbito local.

4- Caracterização do Município

A situação de Saúde do Estado de Minas Gerais é descrita na linha Guia de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde da seguinte forma:

[...] a análise situacional da saúde em Minas Gerais mostra uma população num processo de envelhecimento muito rápido. Em 2006, 1.800.000 habitantes, era composta por pessoas de mais de 60 anos; em 2025, esse percentual será de aproximadamente 15%. Esse incremento acelerado dos idosos tem duas implicações principais: o aumento dos custos do sistema público de saúde e o incremento das doenças crônicas (Minas Gerais, 2008).

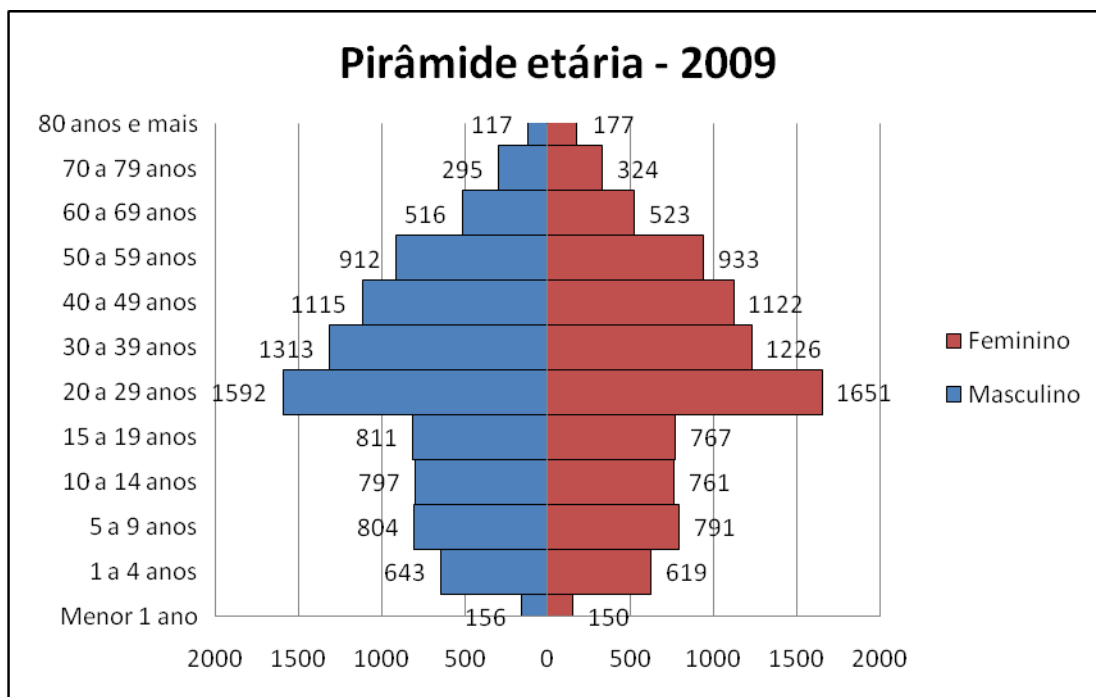
Alem disso, uma análise epidemiológica, realizada através do estudo de carga das doenças mostra que ela se compõe de: 15% por doenças infecciosas, 10% por causas externas, 9% por condições maternas ou perinatais e 66% por doenças crônicas. Essa situação epidemiológica é definida como de dupla carga das doenças porque, de um lado, persistem as doenças infecciosas e, de outro, há uma forte predominância, relativa das condições crônicas que já são responsáveis por 2/3 da carga das doenças no estado. (ESPMG 2008)

Uma situação de saúde caracterizada pela dupla carga da doença exige, como resposta conseqüente a estruturação do sistema de saúde sob a forma de redes de atenção com um centro de comunicação na atenção primária à saúde.

Essa é a razão pela qual o Plano de Governo de Minas Gerais, para o período de 2007 a 2010, coloca como prioridades, a implantação das redes de atenção às mulheres e às crianças (Viva Vida), de atenção às urgências e emergências, de atenção às doenças do aparelho circulatório e diabetes (Hiperdia) e de atenção aos idosos (Mais Vida). E como um dos projetos estruturantes, organizador dessas redes temáticas, Saúde em Casa, cujo objetivo é melhorar a qualidade da atenção primária à saúde no estado (ESPMG, 2008).

O Município de Santo Antônio do Amparo, localizado no Estado de Minas Gerais, na região dos Campos das Vertentes, possui uma extensão

territorial de 491,7 Km². Possui um distrito e 08 comunidades rurais. Sua população é de cerca de 17.255 mil habitantes.



IBGE 2009

Em 2009, Santo Antônio do Amparo, apresentou sua estrutura etária relativamente jovem, com sua base larga, diminuindo em direção ao seu topo.

A população jovem é maior que a idosa, demonstrando que Santo Antônio do Amparo possui alta taxa de natalidade e menor expectativa de vida.

O gráfico apresenta diferenças entre homens e mulheres. A base masculina é maior que a base feminina, no entanto, o topo feminino é maior em relação ao masculino. Mas apesar das diferenças, ambos os sexos possuem a quantidade de crianças e jovens maior que as demais faixas etárias.

5 -- Descrição do Sistema de Saúde

O município de Santo Antônio do Amparo possui 06 Equipes de Saúde da Família (ESF), 04 Equipe Saúde Bucal (ESFSB), sendo 03 módulos 1 e 01 módulo 2. A cobertura de ESF no município é de 100%. A cobertura da ESFSB é de 60% da população do município de acordo com informações colhidas através do SIAB. (SIAB 2010)

As Unidades de Atenção Primária de Saúde estão localizadas em regiões centrais, dentro de suas áreas de abrangência. Cada uma abrange cerca de no máximo 2.900 habitantes, contando com um total de 39 ACS, 6 médicos, 7 enfermeiras, 6 técnicos de enfermagem, 4 dentistas. As Unidades Básicas de Saúde realizam cerca de 51.750 consultas/ano, em média, 2 -3 cons/hab/ano.

O município conta com uma equipe do Núcleo de Atenção a Saúde da Família composta por 2 fisioterapeutas, 02 terapeutas ocupacionais, 01 psicóloga, 01 nutricionista e 01 fonoaudióloga, que trabalha em parceria com os PSF 's.

Possui também um Centro de Atenção Psicossocial e um hospital microrregional que atende aos municípios da macrorregião e cidades circunvizinhas.

6 -- Objetivo geral

Propor a implantação de um Plano de Intervenção sobre as equipes da Estratégia de Saúde da família do município, visando reorganizar seus respectivos processos de trabalho para a efetivação do Plano Diretor de Atenção Primária, através da implantação do PDCA.

7 - Objetivos específicos.

- Efetivação do Plano diretor de Atenção Primária dentro das equipes do Município.
- Implantação do PDCA dentro das equipes da Estratégia de Saúde da Família.
- Melhoria na organização dos processos de trabalho das equipes da ESF.
- Melhoria na qualidade do atendimento prestado a população pela equipe da SF.

8 – MÉTODO

Esse trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica, e após leitura do módulo de Organização do Processo de Trabalho, referentes ao curso de pós graduação em Saúde da Família.

Para a realização da revisão bibliográfica foram utilizadas como palavras chaves: planejamento no Programa de saúde da Família, importância da avaliação dentro do planejamento, processo de trabalho, Programa de Saúde da Família. Foram encontrados diversos textos que serviram de subsídio para a realização deste trabalho. Após a leitura foram utilizados como referencia cerca de 17 textos, que mais se adequavam ao tema proposto.

O idioma consultado para realização desta pesquisa foi o Português, no período de 1997 a 2011. Foram encontrados 17 artigos e destes selecionados os que seriam utilizados para a construção desse trabalho.

9 – Desenvolvimento

Segundo Brondani e Rodrigues (2005) nos dias de hoje, existem três tipos de organizações: as que fazem acontecer, as que apenas observam acontecer e as que surpreendentemente se espantam com o que aconteceu. Desse modo, uma organização moderna que pretende manter-se competitiva deve estar entre as organizações que fazem acontecer, pois no mundo globalizado não existe espaço para seguidores, mas sim para inovadores.

Essa afirmação nos leva a acreditar que o planejamento, a avaliação e o monitoramento são peças-chaves para o funcionamento de qualquer ação, já que quando não ocorre um planejamento não se pode alcançar objetivos, quando não se conhece a missão e os valores de sua instituição o profissional caminha como se estivesse de olhos vendados ele trabalha sem estímulo por que não enxerga seus resultados e nem consegue avaliá-los.

Norton e Kaplan (1997) enfatizam: o que não pode ser medido, não pode ser gerenciado. Por isso, se faz necessário criar indicadores para se medir o desempenho dos ativos.

Segundo Silva (2001) o planejamento, é a parte fundamental da administração, e tem suas origens nas mais remotas civilizações, desde que o homem precisou realizar tarefas e organizar recursos disponíveis. Em sua obra Teoria da Administração, o autor descreve civilizações como Sumérias, os Egípcios, os Babilônicos e Chineses entre outros, exemplificando tal afirmação.

Para Chiavenato (2000) planejamento pode ser definido como:

[...] Planejamento: significa visualizar o futuro e traçar os objetivos, programas e planos de ação. Na realidade, o planejamento é um fato muito comum em nossas vidas. A todo momento estamos planejando nosso comportamento em relação a certos objetivos. Quando pretendemos ir a algum lugar, planejamos antecipadamente qual o melhor percurso a ser percorrido. Qualquer viagem envolve algum planejamento. As donas de casa planejam constantemente seu dia-a-dia, as refeições da família dentre outras. Assim, o planejamento é uma decorrência natural do comportamento das pessoas. Nas empresas, o planejamento é uma necessidade imperiosa: uma vez definido algum objetivo, o planejamento constitui a melhor maneira de chegar lá. Um planejamento eficaz depende de um bom diagnóstico da situação e de um prognóstico a partir das informações diagnosticadas.

O planejamento das ações de saúde de uma equipe de PSF é muito importante para que as programações das atividades possam ser efetivas, eficientes e eficazes. É através da construção de indicadores de saúde é que poderão ser avaliados os resultados da equipe.

Segundo Figueiredo & Figueiredo, (1986 apud ARRETCHE, 2001) a avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda, que na ausência do programa x não teríamos o resultado y.

Tavares (2005) afirma que a avaliação de políticas públicas configura-se como um instrumento significativo para a melhoria de gestão, pois é através dessas avaliações que podemos mensurar os custos /benefícios e as causas e conseqüências da efetividade ou não destas políticas.

Arretche (2001) ao expor que na literatura existem três critérios de avaliação de políticas públicas: eficiência, eficácia e efetividade e Machado (2002), ao afirmar que os administradores do setor público necessitam de um conjunto de informações gerenciais para cumprirem com eficácia, eficiência e efetividade as políticas públicas, ratificam a tipologia proposta por Abrucio (1997) de se avaliar o Estado através destas três dimensões.

Uma instituição governamental que busca apenas ser mais eficiente, reduzindo custos e aumentando a sua produtividade pode comprometer a qualidade da prestação do produto e/ou serviço com eficiência e eficácia não é garantia de alcançar a efetividade (gerar benefícios, efeitos ou impactos diretos ou indiretos no cumprimento de sua função).

O Estado de Minas Gerais caminha cada dia mais para a cobrança de que os municípios se estruturam através do planejamento estratégico e do estabelecimento e avaliação de metas para que os gastos com saúde possam ser melhores planejados sem desperdício de tempo e dinheiro.

De acordo com a Linha Guia de Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária ele foi elaborado para:

[...] Diante do diagnóstico realizado, a Secretaria de Estado de Saúde elaborou uma resposta orgânica que se materializa num Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Ao fazê-lo procurou refletir sobre qual é o papel do governo estadual num campo de responsabilidade

inequívoca dos municípios. E descobriu o nicho de atuação do estado, em conjunto com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, reforçando o federalismo sanitário brasileiro que se baseia no federalismo cooperativo, e nele vem se inserindo.

Esta proposta foi concebida no raciocínio básico de que os problemas da atenção primária à saúde em Minas Gerais são problemas complexos e que as situações que manifestam problemas complexos - ao contrário do senso comum que busca sempre soluções simples e rápidas só podem ser respondidas, com consequência, por soluções complexas e sistêmicas.

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é a estratégia de implantação do projeto estruturante do governo do estado, o Projeto Estruturador Saúde em Casa.

Como solução complexa integra um conjunto de mais de três dezenas de soluções tecnológicas desenvolvidas no período de 2003/2007. Seu objetivo-síntese *estruturante* é o de reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial para 28% em 2010 e para um valor entre 16% a 21% em 2023, de acordo com os cenários mais favoráveis e mais desfavoráveis.

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, enquanto estratégia de implantação do projeto Saúde em Casa será desenvolvido, com base no Manual da Atenção Primária à Saúde, em cada uma das microrregiões sanitárias de Minas Gerais, numa ação coordenada da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. A metodologia de implantação será através de oficinas educacionais, elaboradas com base nos princípios andragógicos da educação de adultos. Esse processo educacional partirá da formação de agentes multiplicadores e terminará na realização das oficinas em cada uma das 5.009 Unidades Básicas de Saúde do estado. (ESPMG 2008)

A intervenção do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde envolvem ações integradas nas diversas áreas em que os problemas se manifestam:

- A normalização da atenção primária a saúde através do Manual da Atenção Primária a Saúde;
- O diagnóstico local da atenção primária a saúde, os processos de territorialização, o cadastramento das famílias por riscos sócio-sanitários e a definição da situação local;
- A organização dos processos de trabalho, o que envolve os processos de

humanização e acolhimento dos usuários, a organização da atenção programada por ciclos de vida e com base em riscos e a organização da atenção às urgências por graus de risco;

- A organização da vigilância em saúde através das ações de atenção primária em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental;
- A implantação dos sistemas logísticos como o cartão SUS, o prontuário familiar eletrônico, as relações com o sistema de transporte sanitário e com a central de regulação;
- A implantação do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico;
- A implantação do sistema de assistência farmacêutica, tanto nos ciclos logísticos quanto no uso racional dos medicamentos;
- A implantação do programa de qualidade da atenção primária a saúde com o processo de certificação das equipes e com as oficinas de qualidade;
- O incentivo financeiro para custeio das equipes de saúde da família de acordo com os índices de necessidades dos municípios;
- Os investimentos em infra-estrutura física e em equipamentos.
- O fortalecimento do controle social pelos Conselhos Locais de Saúde.
- A implantação da gestão da clínica, através da elaboração e implantação das linhas-guia com a utilização da tecnologia de gestão de patologia - o que implica a programação por riscos, o contrato de gestão, o sistema de monitoramento eletrônico, a educação permanente dos profissionais da atenção primária e de educação em saúde dos usuários - e da tecnologia de auditoria clínica.
- A avaliação do Plano Diretor da APS, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.
- O Plano Diretor da Atenção monitorado por um sistema construído a partir de uma linha de base, através de medições temporárias.

O Saúde em Casa, com sua estratégia do Plano Diretor da Atenção Primária, numa ação cooperativa do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde objetiva dar um choque de qualidade na atenção primária á saúde em Minas Gerais” (ESPMG, 2008).

De acordo com as propostas apresentadas acima venho fortalecer a idéia apresentada de que a Atenção Primária necessita de uma reorganização que parte do princípio de uma reestruturação do PSF através do planejamento das ações a partir de um instrumento que acredita-se que a melhor forma seja a utilização do PDCA.

O planejamento dentro das unidades de saúde devia ser um hábito, mas não é o que hoje percebe-se no dia a dia de trabalho. Mas cada dia mais esse planejamento será cobrado através do estabelecimento do cumprimento de metas e dos cortes de recursos para o município que estão cada vez mais vinculados ao cumprimento dessas metas.

O planejamento dentro da unidade começa na realização de um diagnóstico local, elaboração de um mapa estratégico, adequação da agenda da unidade para atendimentos dos pacientes agudos e crônicos, e estabelecimento de um prazo para avaliação dos resultados obtidos com todo esse novo processo de organização do PSF.

Conforme Matos (1999), o planejamento estratégico apresenta cinco características fundamentais:

- O Planejamento Estratégico está relacionado com a adaptação da organização a um ambiente mutável.
- O planejamento estratégico é orientado para o futuro.
- O planejamento estratégico é compreensivo.
- O planejamento estratégico é um processo de construção de consenso.
- O planejamento estratégico é uma forma de aprendizagem.

De acordo com Matos (1999) podemos observar que o planejamento é algo que se constrói deve ser flexível e sempre deve ser revisto de acordo com as mudanças de objetivos ou reavaliação dos mesmos. Isso é exatamente o que deve ser feito em cada unidade básica de saúde para que esta possa realizar um trabalho efetivo, eficaz e eficiente, e que estão mais próximos da universalidade e integralidade.

Acredita-se que com o uso rotineiro do PDCA dentro das unidades as equipes possam obter melhores resultados através do alcance de metas sem prejudicar ou alterar o funcionamento das unidades de saúde.

Hoje a maioria das equipes só alcança suas metas quando recebem a comunicação de que se não houver melhora em determinada atividade os recursos do município serão reduzidos, ai realizam mutirões e buscas ativas que param o funcionamento do PSF e não resolvem o problema porque este esta sendo resolvido apenas de forma paliativa. O que acontece na maioria das vezes é que nada é feito para resolver o problema de forma efetiva e este perdura até a próxima avaliação de metas onde será realizado o mesmo processo de solucionar o problema no imediatismo.

A falta do planejamento que gera o problema descrito acima muitas vezes não consegue ser percebida pela equipe como um erro e sim é atribuído ao excesso de trabalho da equipe que não consegue perceber que esta dentro de uma bola de neve ou seja a equipe não planeja porque não tem tempo ou não tem tempo porque não planeja.

Essa visão mesmo no profissional enfermeiro ainda é muito falha e muito difícil de ser mudada, mas acredito que através de processos de educação continuada os profissionais das equipes possam começar a perceber a necessidade de mudança e implantá-las dentro de seus cotidianos.

10 - Conclusão

Diante do exposto pode se perceber que é necessária a elaboração de um plano de intervenção para que haja uma reorganização no processo de trabalho das equipes da ESF. Esta reestruturação é necessária tendo em vista não só a melhora da qualidade do serviço prestado, mas também em função do estabelecimento de metas e avaliações de resultados realizados pelos programas propostos pelo governo Federal e Estadual.

Vários são os programas que hoje necessitam do cumprimento de metas e avaliação de resultados. Pode - se citar o termo de compromisso de gestão do Pacto pela Saúde, as metas do Projeto Estruturador Saúde em Casa, as metas do Viva Vida entre outros.

A proposta deste plano de intervenção é propor uma nova estrutura de processo de trabalho, na tentativa de que as equipes possam trabalhar com o planejamento das suas ações e, incorporem a necessidade de avaliar os resultados de suas ações durante seu processo de trabalho.

O uso do PDCA nesta reorganização do processo de trabalho nas equipes de PSF, vai contribuir para que possíveis dificuldades possam ser percebidos com antecedência, e assim diminuir problemas para a comunidade e a gestão municipal.

Através da implantação do Plano de Intervenção proposto, baseado no uso do PDCA, a equipe poderá realizar um diagnóstico da área de abrangência e dentre outras ferramentas elaborar uma agenda de atendimento ao usuário e assim melhorar a qualidade do atendimento ao paciente na tentativa de garantir que esse tenha um atendimento de forma integral, equânime e universal no PSF.

11 - Plano de Intervenção

O que fazer	Quem	Onde	Quando	Produto esperado
Implantar os produtos do PDAPS no PSF	Coordenação do PSF e o gestor de saúde municipal	PSF	60 dias	Elaboração do perfil epidemiológico da área de abrangência para elaboração do diagnóstico local e reestruturação do atendimento do PSF.
Implantar a utilização do PDCA nas atividades realizadas dentro do PSF	Coordenação do PSF e o gestor de saúde municipal	PSF	60 dias	Realização de atividades elaboradas e programadas, de acordo com a realidade de cada UAPS.
Elaborar protocolo de acolhimento para os PSF's	Equipe do PSF junto com a coordenação.	PSF	120 dias	Melhora no fluxo dos pacientes dentro das UAPS.

Após elaboração do diagnóstico da unidade elaborar agendas de acordo com a realidade de cada unidade.	Equipe do PSF	PSF	90 dias	Melhora no atendimento ao paciente.
Realizar educação permanente para os profissionais do PSF, através de trabalhos em grupo e orientações sobre diversos temas abordados como estudos de caso para discussão com a equipe.	Coordenação do PSF e o gestor municipal de saúde.	Sala da câmara de vereadores do município.	60 dias	Melhora na integração da equipe, e entre a equipe e a comunidade.

12 – Referências

SUS 20 anos: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, Brasília: 2009.282p.

2-Oliveira, R.G. et al. **Qualificação de Gestores do SUS.**Rio de Janeiro: EAD/ENSP;2009.404p.

3-CORRÊA, E. J. VASCONCELOS, M. SOUZA, M .S. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Especialização em saúde da família. Nescon. UFMG. Programa Agora: Belo Horizonte: 2008. 81p.

4-FARIA, B. T. W. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. 2007.

5- MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. 2007.

6- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Distrito Federal, 1997.

7- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). **Departamento de atenção básica. Números da Saúde da Família 2006.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: 23 Jul. 2011.

8- MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistencial.** *In:* Campos CR. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.103-120p.

9- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde:Redes de Atenção à Saúde.**Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

10- ABRUCIO, F. L. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente:** Cadernos ENAP, Brasília; n.10, 1997.

11- ARRETCHE, M .T..S. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: RICO, E M (org). **Avaliação de políticas sociais**. São Paulo: IEE; 2001. 29-39p.

12- FIGUEIREDO, M. A .D.**Sistema de medição do desempenho organizacional: um modelo para auxiliar a sua auto-avaliação**. tese (Doutorado em engenharia de Produção)- Coordenação de Pós- Graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro.2003.275p.

13- BARBOSA, R.E; BRONDANII, G. **Planejamento Estratégico organizacional**. Revista Eletrônica de Contabilidade. dez/2004-fev/2005 ;1(2):107-123p.

14- OSÓRIO, V.L.T. **A utilização do balance scorecard no aperfeiçoamento da administração pública gerencial: estudo de uma autarquia municipal**. Dissertação (Mestrado profissional em Gerência de serviços) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

15- MENDES et al. **Revisão das redes de Atenção a Saúde**.Escola de Saúde Publica de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2008.

16-MINAS GERAIS, **Secretaria do Estado de Saúde, Superintendência de Epidemiologia**, 2008. Analises da Situação de Saúde de Minas Gerais.

17- CHIAVENATO, I. **Introdução A teoria geral da administração**. 6. ed..Rio de Janeiro : Campus, 2000