

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

**IRIA APARECIDA FAUSTELINO HOELZLE**

**“E AÍ, DOUTOR?” – PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA VINCULAÇÃO DO  
MÉDICO DA UBS SION EM CONSELHEIRO LAFAIETE/MG**

**CONSELHEIRO LAFAIETE- MG**

**2013**

**IRIA APARECIDA FAUSTELINO HOELZLE**

**“E AÍ, DOUTOR?” – PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA VINCULAÇÃO DO  
MÉDICO DA UBS SION EM CONSELHEIRO LAFAIETE/MG.**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**CONSELHEIRO LAFAIETE-MG**

**2013**

**IRIA APARECIDA FAUSTELINO HOELZLE**

**“E AÍ, DOUTOR?” – PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA VINCULAÇÃO DO  
MÉDICO DA UBS SION EM CONSELHEIRO LAFAIETE/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (Examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: 29/05/2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por oferecer oportunidade de ter sido classificada no Processo Seletivo para cursar esta Pós-graduação. É pelos ensinamentos adquiridos no seu transcurso, que me propulsionou a firmeza e a clareza, nas tomadas de decisões para desempenhar a minha atribuição como Diretora do Departamento de Atenção Básica do meu município, com sabedoria.

Agradeço à equipe ESF-SION, em especial as agentes comunitárias que participaram ativamente do desenvolvimento do diagnóstico e construção deste projeto de intervenção.

Agradeço ao meu esposo Wallace a compreensão pela minha ausência, quando se fazia necessário a minha presença.

Agradeço aos meus tutores e professores atenção e dedicação oferta durante o curso.

E ao meu orientador agradeço a sabedoria de conduzir - me sem interferência subjetiva.

## RESUMO

A comunidade Sion está localizada na região Sudoeste do município de Conselheiro Lafaiete, onde se encontra locado o PSF SION. A partir da realização do diagnóstico de estimativa rápida, em 2012 e revisado em 2013, foram elencados dez problemas, com priorização da falta de assistência médica. Tal situação gera problemas de origem biopsicossocial para os usuários. Assim, o objetivo principal deste estudo é construir um projeto de intervenção, como modelo piloto, na Unidade Básica (UBS) SION, visando à reorganização dos processos da assistência integral do usuário na comunidade. Justifica-se por possibilitar a construção de agenda compartilhada e multidisciplinar perante a realização de um planejamento dos processos de trabalho. Realizou-se, anteriormente, uma busca bibliográfica nos periódicos científicos e módulos CEABSF/NESCON/UFMG com os seguintes descritores: “Programa Saúde da Família”, “Médico”, “Unidade Básica de Saúde” e “Assistência Médica”, para fundamentação teórica. A construção do projeto teve como instrumento norteador as orientações do módulo de planejamento e avaliação das ações de saúde do CEABSF/NESCON/UFMG. Serão acordadas metas firmadas no contrato de gestão, com o intuito de resolver e ressignificar o atendimento de saúde de modo que contemple o universo de todas as ações pertinentes à Atenção Básica como porta entrada no SUS, segurada por três pilares: estrutura, processos e resultados. A readequação dos processos de trabalho e construção dos fluxos será por meio de oficinas. Entre os produtos esperados deverão ser assistidos 100% dos usuários que buscam atendimento médico na UBS. E os Médicos dos PSF(s) participar de 50% das ações de promoção e prevenção à saúde.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde. Assistência Médica.

## ABSTRACT

Sion The community is located on the south west of the city of Conselheiro Lafaiete, where the PSF leased SION. From the diagnoses of rapid assessment in 2012 and revised in 2013, were listed ten problems with prioritization of lack of medical care. This situation creates problems for user's biopsychosocial origin. Thus, the main objective of this study is to construct an intervention project as pilot model, the Basic Unit (BHU) SION, aimed at reorganizing the processes of comprehensive care user community. Justified by allowing the construction of shared schedule and multidisciplinary before conducting planning work processes. Was held earlier, a literature search in scientific journals and modules CEABSF / NESCON / UFMG with the following descriptors: Family Health Program, Medical, Basic Health Unit and Medical Assistance to theoretical. The construction project had guiding instrument module guidelines for planning and evaluation of health of CEABSF / NESCON / UFMG. Targets will be agreed in the contract signed management, in order to solve and reframe the health care so that contemplates the universe of all actions relevant to primary care as door entry SUS held by three pillars: structure, process and outcome. The readjustment of the work processes and the construction of flows will be through workshops. Among the products expected to be watched 100% of users seeking medical care at UBS. And the Doctors of the PSF (s) participate in 50% of the stock promotion and health prevention.

**Keywords:** Family Health Program, Basic Health Unit Medical Care

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Priorização dos Problemas do PSF-SION.....	26
<b>Quadro 2:</b> Recursos críticos para colocar em prática os projetos para resolver o problema de falta de medico na comunidade... ..	33
<b>Quadro 3:</b> Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o Problema de falta de medico na comunidade SION... ..	34
<b>Quadro 4:</b> Operação do Plano.....	35

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

**TABELA 1:** População por faixa etária e sexo..... 09

**FIGURA 1:** Organograma do Plano de Ação... .....32



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CASPS-AD - Centro Apoio a Saúde Psicossocial Álcool e Drogas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DML- Depósito de Material de Limpeza

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

NESCON - Núcleo Educação

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG's - Organização Não Governamental

NASF- Núcleo de Apoio Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação Atenção Básica

SUAS - redes sociais e comunitárias

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

VISA - Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO E RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Conselheiro Lafaiete/MG é um município que possui caracterização de microrregião, com população estimada de 118.578 habitantes, segundos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2011). Sua localização, como polo microrregional, é estratégica: situa-se a poucos quilômetros dos centros consumidores do sudeste brasileiro e próximo aos corredores de exportação de Santos, Vitória e Rio de Janeiro. Conselheiro Lafaiete está edificado no dorso central do Espinhaço, Serra da Mantiqueira, situada na macrorregião metropolitana de Belo Horizonte. Entre as zonas, Metalúrgica e Campos das Vertentes, o município é divisor de duas grandes bacias hidrográficas do Rio Doce e São Francisco. A área do município corresponde a 370,3 Km<sup>2</sup> de área, tendo as principais rodovias de acesso: BR 040, BR 482, MG 059 e MG 119. Os municípios que fazem divisa com Conselheiro Lafaiete são: Congonhas, Ouro Branco, Itaverava, Santana dos Montes, Cristiano Ottoni, Queluzito e São Brás do Suaçuí (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2009).

Este município conta atualmente com 24 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), está em vias de implantação da 25ª unidade e encontra-se em processo de readequação de infraestrutura das unidades. Foram inauguradas em Dezembro de 2012, duas Unidades Básicas de Saúde Tipo III (UBS), ou seja, para três equipes, e está em fase de construção mais cinco, sendo que uma delas esta nas áreas de abrangência do PSF (Programa Saúde da Família) Sion.

As constituições das equipes são as mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Contamos, também, com 10 equipes de saúde bucal e três equipes multidisciplinares do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), composta por psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista.

A atual cobertura de atendimento pelas unidades Programa Saúde da Família no município é 63,8% da população, segundo dados levantados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É importante ressaltar que houve um decréscimo do ano 2009 onde a cobertura era 72% da população. Esta ocorrência se deu pela baixa oferta do profissional médico mercado, e grande rotatividade, pois quando falta este profissional o Ministério descredencia a equipe

do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) como consequência há baixa nos percentuais de cobertura (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2011).

A comunidade Sion fica localizada na região Sudoeste do município de Conselheiro Lafaiete. A unidade possui o mesmo nome da comunidade de saúde e fica lotada na Rua Monsenhor Barreto no bairro SION, em imóvel residencial alugado e adaptado. Foi reformada recentemente e está aguardando o término da construção da UBS para onde será transferido ficará e lotado na mesma rua. Esta comunidade foi fundada há 28 anos e a unidade de saúde foi instalada somente em 2008.

No que tange aos moradores, eles possuem hábitos culturais muito heterogêneos, cerca de 60% dos moradores são emigrantes de outras cidades e estado que vieram em busca de trabalho na região e acabaram fixando residência. As áreas de abrangência desta unidade de saúde ainda possuem duas micro áreas que contemplam a cobertura de atendimento de uma parcela da população do bairro São João, que também serão lotados nesta nova UBS. Os usuários cadastrados são atendidos por demanda programada e espontânea, contemplando, principalmente os ciclos de vida preconizados pelo Ministério da Saúde: criança, adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto (diabetes melitus e hipertensão arterial) e idosos. Os moradores da comunidade Sion possuem baixa renda e uma população de 3.462 pessoas estimadas em 861 famílias segundo os dados do Sistema de informação SIAB (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2012).

A **tabela 1** a seguir demonstra a distribuição da população residente por faixa etária da comunidade, com prevalência da população adulta e sexo feminino na época em que foi realizado o diagnóstico em abril de 2012.

**Tabela 1 - População por faixa etária e sexo, Conselheiro Lafaiete, 2012.**

Faixa etária	Masculino		Feminino	%	TOTAL
< de 1 ano	2	0,000	2	0,00	4
1 a 4	78	0,024	58	0,018	136
5 a 9	220	0,070	199	0,037	419
10 a 14	146	0,046	143	0,045	289
15 a 19	153	0,048	163	0,051	316
20 a 39	521	0,165	574	0,182	1095
40 a 59	358	0,113	418	0,133	776
>de 60 anos	131	0,114	160	0,050	291
<b>TOTAL</b>	<b>1.609</b>		<b>1.717</b>		<b>3.462</b>

Fonte: SIAB-CONSELHEIRO LAFAIETE (2012).

Hoje, com atualização dos dados, a unidade apresenta uma população adscrita de aproximadamente 1.106 famílias, sendo 3.858 pessoas; 1.459 são do sexo feminino e 1397 do sexo masculino. Desta população, 16,4% são crianças, 31,39% adolescentes, 40,63% adultos (20 a 59 anos) e 11,07% idosos. No ano de 2012, a unidade registrou 14 gestantes, sendo que 20% destas gestantes eram adolescentes. São cadastrados 355 hipertensos e 58 diabéticos; destes, 01 não realiza tratamento medicamentoso, 09 não são usuários de insulina e não apresentam hipertensão arterial; 12 não utilizam insulina, mas são portadores de hipertensão arterial e 11 são usuários de insulina. Há registros de 15 portadores de transtornos mentais. A unidade não registrou nenhum caso de Tuberculose e Hanseníase, porém registrou 01 caso de HIV/AIDS no ano referido. Os idosos totalizam 216 usuários, dos quais 153 são considerados idosos de risco habitual e 63 de alto risco ou idoso frágil (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2012).

As comunidades possuem a seguinte infraestrutura: asfalto, água tratada, rede de esgoto, luz, coleta de lixo. Os hábitos culturais são muito heterogêneos. Há precariedade em segurança por se tratar de área de risco com a presença de tráfico de drogas. As pessoas ficam isoladas em seus lares por causa da presença dos traficantes. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos. A comunidade SION não possui escola, creche e asilo. Compartilha deste tipo de seguridade social com a comunidade São João, por ser uma comunidade mais

antiga e possuir uma melhor infraestrutura. A população residente sobrevive de subempregos com baixo nível de renda. Nas últimas administrações não houve investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.).

A associação comunitária não é muito ativa, pois há uma grande rotatividade de seus representantes por haver uma população em flutuação constante. Não existem trabalhos na comunidade por parte da igreja e de Organização Não Governamental (ONG). É uma região de índices elevados de violência.

A falta de políticas públicas priorizando a educação, trabalho e lazer na comunidade favorece o envolvimento dos jovens da comunidade em trabalhos ilícitos “emprego no tráfico”; passam a droga e se drogam. As mães, por sua vez, sem meios de controlar a situação, se deprimem. Segundo as anotações da equipe são emitidas por mês em média 150 receitas tipo “azul” e em torno de 500 de medicamento de receituário branco. Considerando-se que cada receita emitida tem validade 90 dias, calcula-se que cerca de 45% da população adulta cadastrada no SIAB, nesta unidade, fazem uso de medicamento antidepressivo (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2012).

Na unidade foi realizado um diagnóstico no método de estimativa rápida, com a participação da equipe (Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Agentes Comunitários) e usuários. Os problemas levantados foram: falta de médico; violência/tráfico de droga; risco cardiovascular aumentado; depressão com uso de medicamento psicotrópico acentuado; falta de opções de lazer; falta de seguridade social: escolas, creches; déficit de profissionais nos serviços da rede secundária; inadequação das estruturas físicas da unidade; informações ineficientes; falta de conhecimento do real papel da equipe Saúde da Família na missão de promover saúde e prevenir doenças, valorizando apenas os atendimentos nas crises agudas. Entretanto, de todos os problemas elencados, a insipiência da assistência do profissional médico na unidade foi a mais ressaltada pelos usuários (informantes-chaves) e a equipe.

Infelizmente a falta de médicos nas unidades de PSF é um problema nacional. O profissional médico, embora não seja espinha dorsal de sustentação da unidade, mas é um profissional que participa da equipe, e possui competências específicas atribuídas somente a ele, que são importantes para o trabalho da equipe e para suprir as necessidades dos usuários. Campos e Malik (2007) já afirmavam em seus relatos que um dos problemas mais graves identificados na implantação do

Programa de Saúde da Família no Brasil é a rotatividade do médico generalista. Já que o modelo se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos pode comprometer a efetividade do modelo.

Na atualidade, a situação não melhorou, só piorou, e continua sendo assunto polêmico na mídia, nos congressos, nos Conselhos de Saúde. Mas a questão principal é como captar o médico e mantê-lo na equipe com o objetivo de cumprir o modelo preconizado pelo SUS na busca da integralidade das ações de saúde.

Diante da realidade vivenciada no município, o Projeto de Intervenção propõe que a implantação de uma Unidade Piloto na UBS nova, onde será lotada equipe Programa Saúde da Família Sion, além de mais duas unidades (Moinhos e Santa Clara) possa contribuir para diminuir as deficiências da assistência médica, com a redução de carga horária e aumento do número de profissionais na unidade, e agenda compartilhada com os demais membros das equipes.

## 2 JUSTIFICATIVA

O município de Conselheiro Lafaiete/MG apresenta dificuldade em superar o desafio de prestar assistência integral ao usuário, pois há significativa rotatividade dos profissionais interferindo negativamente nos processos de trabalho da equipe. Na unidade, a insipiência da assistência médica implica em situações problemas de origem biopsicossocial para os usuários, que necessitam ser sanados.

A equipe optou pela realização deste projeto, visando a reduzir as agudizações/descompensações dos problemas cardiovasculares e diabetes por falta de acompanhamentos, diminuir o número de pacientes psiquiátricos surtados por falta da renovação da receita. Almeja, ainda, resolver a dificuldade de acesso e insatisfação da população pelo aumento da distância para consulta médica, que gera gasto extra com transporte, e gastando grande tempo de espera nas filas. Deve buscar ser resolutiva nos atendimentos classificados como azul ou verde na triagem do Protocolo de Manchester. Tal processo favorece a redução do tempo de espera nos primeiros atendimentos de urgência e emergência na unidade de PSF, permitindo maior agilidade, evitando o aumento no número de mortalidade, complicações e sequelas. Isto porque o protocolo permite a distribuição de forma homogênea, à sobrecarga de trabalho, evitando-se o stress para a equipe e o usuário.

Essa reformulação no atendimento traz como principal resultado o respeito da população pelo reconhecimento dos profissionais da saúde no desempenho de suas atividades, firmando-se um vínculo com sustentabilidade da assistência integral nas ações de saúde, *in loco*.

Suprimir a deficiência na assistência na unidade de saúde é oferecer à comunidade assistência de uma equipe multidisciplinar com a presença do médico para fazer os diagnósticos precoces das doenças, fazendo um acompanhamento regular do paciente, prevenindo a agudização das doenças crônicas, além dar os primeiros atendimentos pontualmente nos casos de urgência e emergência, que chegam à unidade.

A gestão da unidade permitirá otimizar recursos humanos e financeiros; completar o quadro de funcionários da equipe; diminuir sobre carga de trabalho da equipe; proporcionando à equipe participar da organização da agenda de atendimentos conforme as necessidades da demanda com objetivo de melhorar a



satisfação do usuário. Portanto faz-se necessária uma intervenção capaz de resolver a carência da assistência multidisciplinar na unidade de ESF-Sion.

Este projeto de intervenção possui relevância fundamental pela oportunidade de possibilitar a construção de uma agenda compartilhada, a partir da revisão do planejamento dos processos de trabalho da equipe e avaliação das ações de saúde prestadas aos usuários.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos Gerais**

Implantar um Projeto de Intervenção, como modelo piloto para reorganização dos processos da assistência integral do usuário do SUS na Unidade Básica Tipo III SION, no Município de Conselheiro Lafaiete (MG).

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Reorganizar os processos de trabalho;
- Prestar a assistência integral ao usuário em todos os ciclos da vida;
- Construir agenda compartilhada;
- Organizar os fluxos de atendimento na UBS

## 4 METODOLOGIA

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada busca bibliográfica nos periódicos científicos editados na linha temporal do período de 1997 a 2012 com vistas a realizar o levantamento o histórico e evolução das políticas públicas do Programa Saúde da Família no Brasil. A pesquisa se deu no *Scientific Eletronic Libray Online (SCIELO)*, Google Acadêmico e Programas do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Leis, Portarias e Decretos e *sites* dos Conselhos de Saúde.

Foram consultados textos dos módulos da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para subsidiar ações de implementação do projeto. Foram atribuídos para a busca os seguintes descritores: “Programa Saúde da Família”, “Médico”, “Unidade Básica de Saúde”, e “Assistência Médica”.

A metodologia usada para construção do projeto de intervenção, como modelo piloto, na Unidade Básica Tipo III SION, para reorganização nos processos da assistência integral do usuário do SUS na comunidade, tomou, com base, o produto do diagnóstico de estimativa realizado na unidade ESF/Sion. Este foi realizado durante o ano de 2012, com participação da equipe, usuários representantes chaves da comunidade e diretora da Atenção Básica do município de Conselheiro Lafaiete/MG. O diagnóstico de estimativa rápida foi concluído em abril de 2012 e revisado em fevereiro de 2013. O instrumento norteador do Projeto se baseará nas orientações do módulo de planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

É importante ressaltar que entre os problemas levantados no diagnóstico a inadequação da estrutural física do PSF/SION para os atendimentos de saúde foi um deles, porém, não foi priorizado porque surgiu a oportunidade de readequá-lo por meio de políticas da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, possibilitando assim a implementação deste projeto.

A nova UBS/SION será utilizada com instrumento estrutural para implementação do projeto. Conta com ampla estrutura física e obedece às normas da Vigilância Sanitária para estabelecimentos de saúde, o que permitirá a reorganização dos processos trabalho das equipes. Esta unidade que está em fase de construção será o “Projeto Piloto”. O período determinado para construção deste

projeto será de maio a outubro de 2013, quando a UBS estará pronta. As orientações para sua construção seguiram as diretrizes da Resolução SES/MG (MINAS GERAIS, 2012) Nº 3441, de 26 de Setembro DE 2012, possibilitando a edificação das novas estruturas. Assim, estará adequada de acordo com as ações pertinente a serem desenvolvidas. A UBS é do tipo III, para albergar três equipes de PSF, permitindo atender até 12.000 (doze mil) usuários.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1. Histórico do Programa Saúde da Família no Brasil

No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou-se, pela primeira vez no ano de 1963, o termo “Médico da Família” em contradição a formação excessiva dos médicos especialistas. E somente em 1969, foi reconhecida a implementação da especialização de médico da família. Com a prática do médico surgiu o modelo Programa Saúde da Família, porém sem o foco multiprofissional, inspirado modelo dos Estados Unidos das Américas (COSTA *et al*, 2009).

A Constituição Federal em 1988 (Princípio Constitucional da Saúde) visa que:

[...] saúde é um direito de todos, e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) que trouxe em contexto a Seguridade Social e fixou como seus princípios fundamentais com lei 8080/90, sendo estes: universalidade, a igualdade, a descentralização das ações de saúde (BRASIL, 2003, p.20).

Esse novo modelo permitiu, a partir desse período, mudanças no paradigma de tratar doenças para preservar a saúde. Para colocar em prática a lei 8080/90 surgem então dois programas de Atenção Básica Ampliada, como estratégia de modificação da forma de organização da assistência prestada sendo eles: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 - que ampliou as atividades do PACS e incorporou os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da área para equipe Básica (enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem) às suas atividades.

Embora seja denominado programa, o PSF é, antes de tudo, uma estratégia cujo principal objetivo é reorientar as práticas de atenção à saúde através da mudança do foco de atuação - do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive. Tal enfoque possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença; além disso, permite reorganizar a Atenção Básica na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 1997 *apud* BRASIL, 2003, p. 83).

## 5.2 Compreendendo o que é o Programa Saúde da Família na Atenção Básica ou Primária

De acordo com Gil (2006, p. 1171),

[...] as reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial.

Após sua criação e o desenvolvimento de causa por seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição (GIL, 2006).

No processo histórico brasileiro, também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. A noção de que os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde acabou por afastar o tema do centro das discussões à época segundo Brasil (2011) citado por Paim (1998 p.13). É interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo Atenção Básica para designar Atenção Primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários” (BRASIL, 2011, p.13).

### 5.3 Definições dos processos de trabalho da Atenção Primária como porta de entrada do SUS

Pointer *et al.* (1997) *apud* Brasil *et al.* (2011) tece uma síntese histórica dos sistemas integrados de saúde e identifica os elementos centrais do sistema de Atenção Primária: a responsabilização por uma população, o foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta contínua dos serviços, a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde, a integração clínica e o pagamento por capitação.

A APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica (BRASIL, 2011, p.21). É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011). Torna-se, assim, responsável por gerenciar as redes de assistência.

Conforme normatização da Portaria 2.488/2011 de 21 de outubro de 2011, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS),

[...] é uma estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011, Anexo 1).

Cabe à Atenção Básica, “coordenar o cuidado”, que significa: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2011, Anexo 1, III). Deve buscar ser resolutiva com a identificação de riscos, das necessidades e demandas de saúde. Utilizar e articular diferentes tecnologias de

cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias, efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2012).

#### **5.4 As Atribuições das Equipes de PSF's**

A Portaria 648/2006 e a Atenção Básica representada pelo PSF estabelecem em conjunto as ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A atenção Básica, além de ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

#### **5.5 A infraestrutura dos recursos necessários para implementações das ações**

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica (PSF) nos municípios: Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

As UBS devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia de acesso para a população de atenção à saúde com qualidade. Elas devem estar



devidamente equipadas, com mobiliário, equipamentos médicos hospitalares básicos, instrumental, insumos, material didático, informática (BRASIL, 2012).

## **5.6 Definindo os Recursos Humanos**

Os recursos humanos são considerados como o segundo grupo de desafios, e talvez o mais importante como componente estrutural. Esse desafio inicia-se na gestão da APS, nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema. Uma das dificuldades que apresenta é a contratação pelo setor público de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e espera da APS. Esse grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais que, apesar dos esforços de mudança, consequente em especial à expansão da Saúde da Família persiste distante das necessidades do SUS de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva. É urgente, também, a necessidade de qualificação do processo de educação permanentedentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente (BRASIL, 2011).

A equipe que compõe a UBS é multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011).

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não é de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica). O NASF atua a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde. Deve atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: Saúde Mental, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS (redes sociais e comunitárias), (BRASIL, 2012).

## **5.7 Instrumentos para a Organização da Assistência**

Segundo a portaria 2048/2002, o acolhimento deve ser desempenhado por todos os municípios brasileiros para organizar do atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade nas UBS e nos PSF. As estruturas devem ter salas de estabilização, com no mínimo o mesmo material e medicamentos especificados para a atenção primária à saúde e deve contar também com retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais frequentes na área de abrangência (BRASIL, 2002).

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarretam aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias, (MENDES, 2011).

A Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais aderiu ao instrumento de organização e avaliação das prioridades, do Sistema Manchester de classificação de risco. Este foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994. Com objetivo de definir um consenso entre médicos, enfermeiros na classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. O protocolo é ferramenta de definições e tempos para avaliação, com nomenclatura e definições comuns, e sólida metodologia operacional. Ele apresenta como características principais: uma escala em cinco níveis baseado em categorias de sintomas com discriminantes-chave, é algoritmos clínicos apresenta ainda um tempo de execução inferior a três minutos. (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2008 *apud* MENDES, 2011).

## **5.8 Assumindo o Compromisso (Contrato de Gestão)**

Os Termos de Compromisso são contratos de gestão firmados em diferentes esferas: nível central, nível distrital e nível local. Por exemplo, no nível local, os Termos de Compromisso são firmados entre: as equipes das unidades de APS, representadas pelo seu gerente, a Autoridade Sanitária local; o Conselho de

Saúde local; o Distrito Sanitário, representado pelo Supervisor Distrital; e o Secretário Municipal de Saúde. As metas acordadas tem certa flexibilidade em função de variáveis, tais como a população adscrita e capacidade de oferta dos serviços. Trimestralmente é realizado o monitoramento dos indicadores e alguns destes indicadores fazem parte do Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços, ou seja, programa de incentivo através de pagamento por desempenho dos profissionais de saúde. Esse incentivo pode variar de 20 a 40% sobre o salário dos profissionais (MENDES, 2011).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foi realizado um diagnóstico de estimativa rápida em abril de 2012, e revisado em fevereiro de 2013, com a participação de funcionários, representantes da Secretaria de Saúde diretor (a) da Atenção Básica e coordenador do PSF e representantes chaves da comunidade. Foram realizadas 12 reuniões para a conclusão do diagnóstico. A primeira reunião foi realizada apenas com os representantes da Secretaria de Saúde e a equipe PSF-SION. Nesta reunião foi explicado o motivo da escolha da unidade para ser a piloto para os estudos desta Pós Graduação, justificado pelas características da comunidade, alta criminalidade, e para auxiliar a equipe na busca de soluções para enfrentá-los os problemas de atendimento da comunidade.

Para a segunda reunião ficou acordado que as ACS iriam fazer uma busca ativa nas micro áreas para selecionar os informantes chaves da comunidade. E segunda reunião foi explicada a metodologia do diagnóstico e a intenção de elaborar projetos para solucionar os problemas priorizados. Foram formados três grupos um grupo representante da secretaria, outros da equipe e o terceiro pela comunidade. Para o levantamento dos dados na comunidade foi elaborado um questionário semiestruturado, o mesmo foi aplicado pelos representantes chaves e ACS. A enfermeira da unidade consolidou os dados das anotações da equipe. A coordenadora PSF consolidou os dados SIAB. A diretora e gerente ficaram encarregadas da observação ativa.

Os problemas levantados foram: falta de médico; violência/tráfico de droga; risco cardiovascular aumentado; Depressão com uso de medicamento psicotrópico acentuado; falta de opções de lazer; falta de seguridade social: escolas, creches; déficit de profissionais nos serviços da rede secundária; inadequação da estrutura física da unidade; informações ineficientes; falta de conhecimento do real papel da equipe Saúde da Família, em sua missão de promover saúde e prevenir doenças, valorizando apenas os atendimentos nas crises agudas. Mas de todos os problemas elencados incipiência da assistência do profissional médico na unidade foi a mais ressaltada pelos usuários e a equipe.

## 6.1 Priorizando o Problema

O problema priorizado foi à falta do médico na unidade, durante todos os dias da semana e oito horas por dia. A falta do profissional médico tem como consequência o surgimento de outros nove problemas levantados no diagnóstico.

<b>Quadro 1 Priorização dos Problemas do PSF –SION</b>				
<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Falta de médico	Alta	10	Parcial	1
Violência/trafego de droga	Alta	9	Fora	10
Risco Cardiovascular	Alta	6	Parcial	8
Depressão/uso de medicamentos psicotrópicos acentuado	Alta	7	Parcial	4
Falta de opção de lazer	Media	5	Parcial	5
Falta de seguridade social: escolas, creches.	Alta	5	Parcial	5
Déficit de profissionais nos serviços da rede secundaria	Alta	8	Fora	7
Inadequação da estrutura física	Media	5	Parcial	3
Informações ineficientes	Alta	9	Parcial	2
Falta de conhecimento do real papel da equipe Saúde da Família	Media	7	Parcial	6

## **6.2 Como o problema foi identificado?**

O problema foi identificado por amostragem a partir da tabulação dos dados do questionário semiestruturado com dez (10) perguntas abertas para conhecimento do perfil epidemiológico, econômico, demográfico da comunidade e também, como e quais as principais queixas dos usuários referentes aos serviços saúde oferecidos. A aplicação dos questionários foi realizada pelas ACS, sendo que cada uma delas entrevistou dez (10) usuários. Após análise das respostas, a mesma foram validadas pelos convidados da comunidade reforçando a confirmação do problema “a falta de médicos”.

## **6.3 A Realidade da Unidade PSF/SION com Falta do Profissional Médico - Descrevendo o problema**

O profissional médico não é a espinha dorsal de sustentação da unidade, mas é um profissional que participa de equipe, e possui competência específicas atribuída somente a ele, que são importantes para o trabalho da equipe e para suprir as necessidades dos usuários. Na unidade a falta do médico cria situações /problemas de origem biopsicossocial para os usuários: agudização dos problemas cardiovasculares e diabetes por falta de acompanhamentos, aumento número de pacientes psiquiátricos surtados, por falta da renovação de acompanhamento.

Há também a população insatisfação perante a dificuldade de acesso com o aumento da distancia para conseguir as consulta médica e ainda gastos extras com transporte; grande tempo de espera para atendimento no Pronto Atendimento, porque a maioria é classificada como azul ou verde pela triagem do Protocolo de Manchester. Aumentam-se as filas nos atendimentos de urgência e emergência. Demora nos primeiros atendimentos de urgência e emergência na unidade de PSF que requerem agilidades causando aumentando o número de mortes, complicações e sequelas.

A dificuldade em manter o profissional na unidade é gerada pelas condições de trabalho sendo estas não caracterizadas apenas pelos salários. Segundo Capozzolo (2003) *apud* Campos e Malik (2008), a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da

insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos.

#### **6.4 A falta do profissional médico no PSF: Explicando o problema**

O município de Lafaiete possui 24 equipes de PSF, mas nunca consegue mantê-las, com atendimento médico, por dois fatores: baixa demanda do profissional na região e altas ofertas de vagas. A rotatividade é rotineira dificultando o vínculo desse profissional com a comunidade. Este é um desafio para todos os municípios principalmente para aqueles que possuem baixa rentabilidade econômica e insuficiências para as grandes demandas sociais. Apesar de ser um município vizinho de cidade com grandes indústrias metalúrgica e mineradora, não temos participação na arrecadação de impostos e estamos estabelecidos como “cidade dormitório”. Ficamos apenas com o ônus, conseqüentemente, temos aumento da demanda espontânea, um usuário sem vínculo, buscando apenas de atendimento nos momentos de crises agudas, prioriza apenas o tratamento. A equipe básica (médico, enfermeiro, e técnico de enfermagem), com sobrecarga de trabalho pelo aumento dos atendimentos de urgência e emergência na unidade, solicita transferência da unidade. A sobrecarga causa ineficácia na assistência gerando uma insatisfação no usuário. Neste contexto o usuário faz comparações referentes à atuação do profissional médico, dizendo:

[...] médico da família, era a aquele que profissional que, sentava ouvia a família, examinava os doente prestavam as orientações, e ainda tinha tempo para um dedinho de proza, tomar um café, hoje em dia, mal fala bom dia com a gente escreve o remédio entra a receita sem examinar (COSTA *et al.*, 2009, p. 16).

Hoje, outra situação que eleva o índice de atendimento por demanda espontânea nos PSF(s) são as patologias crônicas degenerativas, são a herança de faltas de políticas públicas para os usuários com faixa etária superior a 24 anos que não foram contemplados com os direitos universais da integralidade a assistência em saúde. A precariedade de seguridade social ou mesmo a inexistência da assistência à saúde antes do SUS, é expressivamente retratada pelos portadores de doenças crônicas degenerativas com quadros de agudização.

O aumento da demanda espontânea na unidade de PSF tem como consequência direta o estado de stress que acomete geralmente os profissionais com sobrecarga de trabalho. E vale ressaltar que é cultural a busca da assistência em crise aguda, ou seja, o usuário direciona o atendimento ao procurar o médico. Classificam a assistência apenas na figura deste profissional.

Tais fatos geram uma grande discrepância nos atendimentos da unidade, com prevalência para os atendimentos de quadros clínicos caracterizadas em urgências e emergências. Essa situação impede a assistência programada (promoção, prevenção), estabelecendo uma rotina que se resume em agudização-atendimento, sobrecarregando o profissional que acaba por deixar cargo buscando melhores condições de trabalho em outro município contribuindo para a rotatividade deste profissional da saúde.

### **6.5 Falta de médico: como diminuir o problema**

O problema da falta de médicos deverá solucionado a partir de estratégias capazes de ressignificar o atendimento da equipe de modo à contemplar o universo de todas as ações pertinentes a Atenção Básica /Primária, como porta entrada no Sistema de Saúde, principalmente as relativas às atribuições do profissional médico. Essas ações poderiam fomentar a busca da qualidade de trabalho com a reestruturação da assistência de modo a fidelizar os profissionais e criar o vínculo com usuário, através do meio do planejamento da assistência assegurada por três pilares: estrutura, processos e resultados.

Que foram definidas por D’Innocenzo e Cunha (2006, p.85):

O Componente - Estrutura: corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O Componente - Processo: O corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

O Componente - Resultados: corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e



comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Portanto, a construção um projeto de intervenção, como modelo piloto, na Unidade Básica Tipo III SION, reorganizaria todos os processos da assistência integral do usuário do SUS naquela comunidade, além de possibilitar a construção de uma agenda compartilhada de forma multidisciplinar criada pelos profissionais para realização de um planejamento para os processos de trabalho da equipe e avaliação das ações de saúde prestadas aos usuários. A assistência compartilhada dividiria as responsabilidades de prognóstico do usuário não ficando apenas a cargo do médico, possibilitando a autonomia da assistência aos demais profissionais, transformando o paradigma do processo de doenças em saúde, com ações multifocais de saúde.

Faria e Santos (2009) afirmam que diante de uma organização, espera-se que o estudo ofereça subsídios para refletir criticamente sobre o processo de trabalho, respondendo aos seguintes objetivos de: compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a inter-relação dos seus elementos; identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas; perceber o funcionamento do processo de trabalho numa perspectiva dinâmica e reiterativa; compreender a importância da avaliação constante no processo de trabalho.

O processo de mudanças gera expectativas. O entendimento dessas expectativas e o atendimento a elas devem estar sempre presentes no planejamento, execução e na avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. (FARIA e SANTOS, 2009).

Dantas (2011), partindo do pressuposto que o PSF tem o objetivo de priorizar as ações de promoção e prevenção em saúde, menciona que é fundamental que as equipes encontrem tempo para trabalhar em conjunto a complementaridade e interdependências dos diferentes saberes. E para que este processo ocorra deve ser considerado o planejamento do cronograma da equipe disponibilizando tempo para discutir as ações a serem implementadas e viabilizar a organização das demandas da população.

## 6.6 “Nós críticos”

Foi realizada uma reunião com a equipe PSF SION e outras duas com as equipes que serão transferidas para UBS-SION. Após a apresentação do diagnóstico e da proposta de intervenção foram selecionados os “nós críticos” citados abaixo:

- Entrosamento entre as três equipes: as equipes trabalham isoladas nas comunidades cada uma se sente dona do seu espaço. Com a mudança para UBS nova dividirão os espaços, consultórios, sala de vacina, curativo, procedimentos de enfermagem, recepção, sala de reunião, sala de ACS etc. A nova realidade deixou as equipes inseguras com o número de profissionais no mesmo espaço, pelo receio de surgimento de conflitos de relacionamento.
- Processos de trabalhos ineficazes: os processos de trabalho estão organizados sem contemplar os acompanhamentos dos portadores de doenças crônicas, com prioridade para os casos agudo;
- Deficiência assistencial com complicações/sequelas e mortes prematuras: a falta de monitoramento dos portadores de doenças crônicas faz com que o mesmo entre em agudização, chegando às unidades com as urgências e emergências já instaladas;
- Prevalência de atendimento aos casos clínicos agudos: há uma alta demanda deste tipo de atendimento, sobrecarrega a equipe técnica, gerando a rotatividade principalmente do médico. Esta situação não permite a criação de vínculo;
- Ausência de ações de promoção e prevenção à saúde: as ações de prevenção e prevenção são muito incipientes, não conseguem atingir às metas determinadas para cobertura de vacinação; preventivos, controles dos diabéticos e hipertensos, acompanhamento dos portadores de sofrimento, mesmo os casos típicos de ansiedade, depressão.

### 6.6.1 Priorizando o “Nó” Crítico

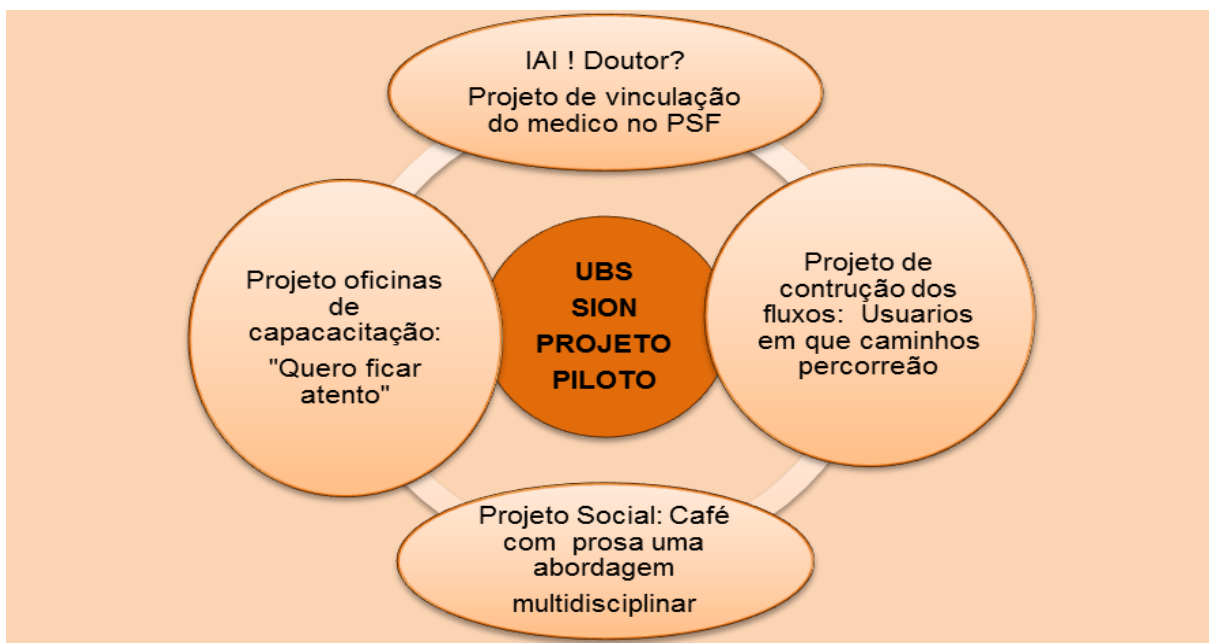
A prevalência de atendimento para os casos clínicos agudos foi priorizada pelas equipes por haver uma alta demanda que sobrecarrega a equipe técnica, gerando a rotatividade principalmente do médico. Esta situação não permite a criação de vínculo e desencadeia os demais “NÓS” críticos como: processos de

trabalhos ineficazes; deficiência assistencial com complicações/sequelas e mortes prematuras; deficiência assistencial com complicações/sequelas e mortes prematuras e ausência de ações promoção e prevenção à saúde.

## 6.7 Desenho das operações

Estabelecer a UBS–SION, como ponto de partida estratégico para reorganização dos processos de trabalho para as três equipes, torna-se viável por meio de oficinas de capacitação, organização das agendas, contemplando os atendimentos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A organização dos fluxos de atendimento, fidelização do vínculo dos profissionais e usuários, na UBS, é fundamental. Os projetos desenvolvidos deverão abranger o universo da educação permanente das equipes, a criação de vínculo médico/usuário, organização da assistência com integralidade das ações, e parceria com outros setores de seguridade social.

**Figura 1:** Organograma do Plano de Ação Proposto



Fonte: Aatoria Própria (2013)

<b>Quadro 2: Recursos críticos para colocar em prática os projetos para resolver O problema de falta de médico na comunidade</b>	
<b>Operação/Projetos</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>Oficinas de capacitação: “Quero ficar atento”</b>	<b>Político</b> – Conseguir apoio da secretaria da educação para fornecer espaço <b>Financeira - Impressão</b> das apostilhas e aquisição de kit material escolar (lápis, caneta, borrachas pinceis e papel kart).
<b>Projeto social: Café com prosa uma abordagem multidisciplinar</b>	<b>Político</b> – Conseguir apoio com Policia Militar. <b>Financeiro</b> -aquisição de ingredientes para o café, brindes e confecção de convites.
<b>Projeto construção dos fluxos: “Usuários em que caminhos percorrerão”</b>	<b>Político</b> – Conseguir apoio com Departamento de Atenção Especializada à Saúde <b>Financeiro:</b> Confecção de Banner
<b>IAI! Doutor? Projeto de vinculação do médico no PSF</b>	<b>Político</b> – Conseguir apoio da Secretaria de Administração <b>Financeiro</b> Contratar um médico

Fonte: Autoria Própria (2013).

**Quadro 3:** Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar O Problema de falta de medico na comunidade SION

<b>Operação/ projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Oficias de capacitação: “Quero ficar atento”</b>	<p><b>Político</b>-Conseguir apoio da secretaria da educação para fornecer espaço</p> <p><b>Financeira - Impressão</b> das apostilhas e aquisição de kit material escolar (lápiz, caneta, borrachas pinceis e papel kart).</p>	Diretora Dep. de Atenção Básica; Enf. Mestre em educação em Saúde.	Favorável	Fazer o Plano do conteúdo programático das oficinas
<b>Projeto social: Café com prosa uma abordagem multidisciplinar</b>	<p><b>Político</b> – Conseguir apoio com Policia Militar</p> <p><b>Financeiro</b>- aquisição de ingredientes para o café, brindes e confecção de convites.</p>	Assistente Social, psicóloga e representante da Policia Militar.	Favorável	Confecções dos convites para público alvo
<b>Projeto construção dos fluxos: “Usuários em que caminhos percorrerão”</b>	<p><b>Político</b> – Conseguir apoio com Departamento de Atenção Especializada à Saúde</p> <p><b>Financeiro:</b> Confecção de Banner</p>	Diretora Dep. de Atenção Básica; Especializada e. Equipes PSF(s) e NASF	Favorável	Participar das oficinas de capacitação
<b>IAI! Doutor? Projeto de vinculação do médico no PSF</b>	<p><b>Político</b> – Conseguir apoio da secretaria de Administração</p> <p><b>Financeiro</b> Contratar um médico</p>	Diretora Dep. de Atenção Básica; e Diretor Dep. Administrativo.	Favorável	Processo Seletivo Simplificado

Fonte: Autoria Própria (2013).

<b>Quadro 4: Operação do Plano</b>					
<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Oficinas de capacitação: “Quero ficar atento”</b>	90% dos profissionais Capacitados	Reorganização dos processos de trabalho compartilhado mesma estrutura; Planejamento das ações; Construção das agendas multidisciplinar	Fazer o Plano do conteúdo programático das oficinas	Diretora Dep. de Atenção Básica; Enf. Mestre em educação em Saúde.	90 dias
<b>Projeto social: Café com prosa uma abordagem multidisciplinar</b>	40% de adesão do público feminino	Redução dos índices de depressão e uso de Benzodiazepínicos; Controle da violência por adolescentes	Confecção dos convites para público alvo	Assistente Social, psicóloga e representante da polícia militar.	30 dias Após as oficinas de Capacitação
<b>Projeto construção dos fluxos: “Usuários em que caminhos percorrerão”</b>	Organização dos 100% do fluxo de atendimento na UBS e Organização de 40% dos fluxos de referência e contra	Desenhar os fluxogramas de atendimento Da UBS e contra referência para Atenção Secundaria	Participar das oficinas de capacitação	Diretora Dep. de Atenção Básica; Especializada e Equipes PSF(s) e NASF	
<b>IAI! Doutor? Projeto de vinculação do médico no PSF</b>	Cobertura de 100% da assistência médica na UBS	Assistência à demanda espontânea; (casos agudos) urgentes e emergentes; Programada	Processo Seletivo Simplificado	Diretora Dep. de Atenção Básica; e Diretor Dep. Administrativo.	Contrato 90 dias antes da inauguração da UBS

Fonte: Autoria Própria (2013).

## **6.8 UBS/SION PROJETO PILOTO**

### **6.8.1 Descrição**

A UBS/SION será uma unidade referência modelo do município para ajuste dos processos de trabalho desenvolvidos em uma estrutura padrão toda equipada conforme exigidos pelo Ministério da Saúde.

Conta com amplos espaços destinados às ações de tratamento, promoção, prevenção da saúde e educação permanente aos profissionais. Albergará três equipes de PSF (SION, Moinhos e Santa Clara). A unidade está localizada em posição estratégica para acesso dos usuários das três equipes. Seu funcionamento será de doze horas diárias de segunda a sábado de 07 as 19 horas, permitindo assim acesso para o trabalhador.

A inserção dos profissionais na UBS será legitimada pelas diretrizes da Portaria 2.488 de 21 de outubro 2011, que descrevem as atividades a serem realizada na UBS, sendo inseridos nesta unidade os seguintes servidores: 04 enfermeiras, sendo 03 assistenciais e uma gerente, 18(dezoito) ACS 03(três) técnicos enfermagem equipe do NASF (psicólogo, fonodólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista), três recepcionistas, duas auxiliares de serviços gerais, um vigia. A equipe de Saúde Bucal será composta por: três dentistas, três ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), um TSB (Técnico de Saúde Bucal).

Os processos serão revisados por meio de plano de ação. A metodologia usada para construção de um plano de ação será de acordo com as orientações especificadas no capítulo três do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, módulo livros da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

As ações reformuladas deverão ser norteadas pelas Portarias 2488 de 21 de outubro 2011 e 2048 de março 2002, que trata da legalização das ações para dos Serviços de Urgência e Emergência na unidade PSF, definindo ainda o papel dos profissionais e fornecendo orientações as pertinentes de responsabilidade da Atenção Básica nos atendimentos de Urgência e Emergência.

A reorganização dos processos será estruturada pelos próprios profissionais das equipes, tomando como base a UBS como porta de entrada para a

resolução dos problemas da comunidade, através do acolhimento humanizado, resolutivo e classificação do risco pelo Protocolo de Manchester.

A organização dos processos será feita por meio de oficinas, com a participação dos profissionais três equipes PSF (SION, Moinhos, e Santa Clara), representantes da comunidade e da Secretaria de Saúde (coordenador e gerente PSF), e NASF. As oficinas terão como recurso didático as orientações do módulo de Processo de trabalho em Saúde módulo livros da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

As equipes deverão fazer o levantamento das necessidades reais da região, por meio de diagnósticos realizados, pelos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em suas respectivas micro áreas. Este procedimento deverá contemplar as três unidades de PSF (Programa Saúde da Família) da região sudoeste, que serão albergados na UBS.

Após o levantamento dos dados, a enfermeira de cada unidade deverá consolidá-los para apresentação na oficina nº 1 para o Serviço de coordenação na Secretaria de Saúde, representes chaves da comunidade e NASF e demais equipes, que após análise dos dados de todas as unidades de PSF, finalizará o diagnóstico.

Esses resultados permitirão a reorganização dos processos de forma compartilhada entre três equipes. As oficinas deverão ser realizadas quinzenalmente. O cronograma deverá ser definido previamente em reuniões com a coordenação da Secretaria de Saúde.

A Secretaria de Saúde deverá firmar um contrato de gestão com as equipes com os indicadores dos processos, para monitoramento e avaliação dos resultados. Os profissionais elegerão uma comissão composta pelos próprios profissionais e envolvendo membros da comunidade e coordenação do PSF, para acompanhar os indicadores e avaliar os resultados dos processos. Os participantes deverão ao final de cada oficina fazer uma auto avaliação para rever conceitos e práticas equivocadas com relação às necessidades das comunidades e os processos de trabalho das equipes. Os indicadores, metas e sistema de avaliação serão pactuados entre a gestão e os profissionais em contrato de gestão, sendo ao final atribuída gratificação pelo desempenho alcançado.



### 6.8.2 Produtos Esperados:

- Realizar Acolhimento Humanizado a 100% dos usuários que buscam atendimento na unidade;
- Classificação do risco de todos os usuários sintomáticos com o devido encaminhamento para assistência dentro da UBS ou direcionamento na rede de assistência, organizando a demanda espontânea;
- Prestar assistência imediata a 100% dos casos de urgência e emergência, que buscarem atendimento na UBS até a chegada do SAMU;
- Prestar assistência ao trabalhador das comunidades pelas três equipes;
- Desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde;
- Fidelizar o vínculo com usuário;
- Fomentar de projetos sociais comunitários vinculados à saúde.

### 6.9 Projeto: Oficinas: “Quero ficar atento”

#### 6.9.1 Descrição

O projeto das oficinas “Quer estar Atento” será uma preparação teórica vinculada às práticas das ações desenvolvidas pelas as equipes, buscando refletir sobre as práticas equivocadas e construir as mudanças necessárias nos processos de trabalho dentro de uma nova realidade: três equipes em um único espaço (UBS), dentro de um ambiente adequado às normas da Vigilância em Saúde (VISA) para atendimento das ações vivenciadas no dia a dia.

Será ministrado conteúdo teórico com abordagem multidisciplinar, possibilitando um espaço de construção coletiva. A metodologia usada será o construtivismo. A construção do Plano com o conteúdo programático será fundamentada com referencial teórico do CEABSF/NESCON/UFMG no módulo de Organização do processo de trabalho na atenção Básica à Saúde (FARIA *et al.*, 2009).

As oficinas ocorrerão quinzenalmente com quatro horas de duração e os produtos serão as agendas da UBS/SION construídas com os processos de trabalhos revisados conforme as diretrizes das linhas guias do Ministério da Saúde

adequados à realidade da comunidade, e construção de indicadores, metas, e metodologia de avaliação a serem atingidos pelas equipes.

### **6.9.2 Produtos esperados**

- 90% dos profissionais capacitados com autonomia de readequar os processos de trabalho;
- 80% dos processos de trabalho reorganizados das três equipes que serão lotadas na UBS- SION compartilhando mesma estrutura;
- Planejamento das ações para todos os ciclos de vida com assistência integral;
- Construção das agendas multidisciplinares contemplando a necessidade da comunidade;
- Melhorar a qualidade do atendimento por meio de indicadores, metas e avaliações dos resultados.

## **6.10 Projeto Social: Café com prosa uma abordagem multidisciplinar**

### **6.10.1 Descrição:**

Pelo fato de haver um índice elevado de criminalidade em muitas comunidades, as mulheres ficam viúvas cedo e passam a ser arrimo de família, necessitando conduzir os filhos e buscar meios de sobreviver.

Entretanto, geralmente não estão preparadas para o mercado de trabalho; sobrevivem de programas assistenciais como Bolsa Família e dos recursos financeiros capitados pelos filhos muitas vezes envolvidos com o tráfico de drogas.

Estas mulheres são discriminadas, infelizes, desmotivadas diante da opção de vida, ou das escolhas erradas dos parceiros o que leva muitas vezes os filhos a seguirem o caminho de delitos trilhado pelo pai.

Diante de tal situação, a equipe PSF SION, equipe do NASF e Polícia Militar, na observância dos dados identificados e seus determinantes sociais complexos entre eles a falta de emprego, educação cultura e lazer, tráfico e problemas emocionais psicossomática depressão principalmente nas mulheres,

resolveram somar as forças para minimizar a situação caótica em que vive a população desta comunidade.

Apos vários encontros chegou-se à conclusão que o *nó crítico* da situação poderia ser desatado dando-se sustentabilidade às mães dos infratores, para que tomassem as rédeas da família e conduzissem seus filhos para o caminho do bem e não deixando que sejam atraídos pelo dinheiro fácil do tráfico.

Mas de que forma seria a abordagem com estas mulheres sem assegurar que o objetivo não é unicamente deletar seus filhos para a polícia? A solução para essa questão partiu de uma ideia dada pela Capitã de Polícia, que sugeriu uma abordagem realizada durante um café comunitário com distribuição de brindes e que foi denominado "Café com prosa", daí o título do projeto.

Na oportunidade foram convidados novos parceiros entre eles os comerciantes, a direção e professores da escola da comunidade vizinha que recebe as crianças e jovens da comunidade Sion.

Caberia a Polícia Militar confeccionar os convites, com dizeres simples, convidando as mulheres da comunidade para um momento de lazer realizado na escola. Nas reuniões estaria presente a Polícia Militar representada por uma mulher, os profissionais do NASF, educador físico, psicólogo, assistente social, nutricionista, e enfermeira inseridos como parceiros da escola. Os convites seriam destruídos pelas Agentes Comunitárias e captaria os brindes nos comércios.

No dia agendado, a abordagem inicial seria com os professores e diretora focando o desenvolvimento escolar das crianças e jovens. Logo após o educador físico faria um aquecimento com ginástica laboral.

Após a ginástica seria servido o café oferecido pela escola, dividindo as mulheres presentes em grupos de forma mais acolhedora, para expressarem seus sentimentos. Os profissionais responsáveis e a polícia se identificariam como parceiros da escola para não inibir o depoimento das mães referente às dificuldades enfrentadas no dia a dia com seus filhos. Entre os brindes ofertados estariam alguns direcionados para melhorar a autoestima feminina como salão de beleza, roupas, bolsas e acessórios. Para fortalecimento das mães serão ofertados cursos, ministrados pelas equipes de PSF(s), NASF e escolas, visando inseri-las no mercado de trabalho. Para as mulheres que assumirem a situação do filho como usuário de drogas seria ofertado o encaminhamento para o tratamento adequado no CASPS-AD (Centro Apoio a Saúde Psicossocial Álcool e Drogas) do município

### **6.10.2 Produtos Esperados:**

- Adesão de 40% das mulheres da comunidade;
- Reduzir 20% dos índices de depressão e uso de Benzodiazepínicos;
- Fortalecer as mães da comunidade para não deixar os seus filhos serem adotados pelo tráfico;
- Diminuir os índices de violência com inserção da polícia militar na comunidade;
- Capacitar as mulheres para o mercado de trabalho;
- Diminuir em proporcionalmente ao mês 5% de atendimento centrado no profissional médico.

### **6.11 Projeto construção dos fluxos: “Usuários em que Caminhos Percorrerão”**

#### **6.11.1 Descrição:**

Neste projeto serão traçados os fluxos com visão multidisciplinar de atendimentos das três equipes. Será ainda organizado, no espaço construído da nova UBS-SION, o ponto de referência comunidade como porta de aberta para o atendimento em saúde.

O fluxo será traçado pelas equipes contemplando a assistência integral ao usuário, buscando resolutividade no atendimento das urgências e emergências, e sem deixar de lado a assistência programada de promoção e prevenção e reabilitação de saúde.

Deverá ainda estar inserida neste fluxo a referência e contra referência para atenção especializada. Após o desenho construído, este será validado pelos representantes da comunidade convidados para realização do diagnóstico. Após a validação será confeccionado em banner e afixado na sala de recepção da UBS para informação do usuário.

#### **6.11. 2 Produtos Esperados**

- Organizar em 80% dos fluxos de acordo com a reorganização dos processos de trabalho;

- Otimizar 100% os recursos disponíveis na nova UBS, espaço, equipamento, e recurso humanos;
- Prestar informações corretas para 100% dos usuários da UBS
- Construir a agenda da assistência compartilhada e otimizando o tempo;
- Organizar o sistema de referência e contra referência para assistência secundária.

## **6.12 Projeto- IAI! Doutor? Vinculação do médico no PSF**

### **6.12.1 Descrição**

Este projeto é temático por se tratar do problema priorizado nesta proposta de intervenção, tendo como inspiração para o título a expressão de questionamento que os usuários fazem ao profissional médico referente ao seu problema de saúde.

Será realizado um processo seletivo simplificado com análise de currículo e entrevista para contratar o profissional (médico emergencista) que irá somar ao quadro dos três profissionais já existentes nas equipes de PSF(s). Este profissional dará suporte aos atendimentos da livre demanda (caso clínicos agudos) na UBS, permitindo aos demais médicos dedicarem sua agenda à demanda programada.

A agenda deverá ser construída de maneira que os médicos das três equipes priorizem o atendimento aos casos crônicos, conforme ciclo de vida, e processos de trabalho reorganizados, possibilitando a cobertura ao atendimento da livre demanda quando o médico (emergencista) estiver de folga. A agenda será definida pelos próprios profissionais contemplando o horário de atendimento da UBS.

A carga horária de trabalho para todos os servidores será de 40 horas semanais, com exceção médico que obedecerá aos critérios de contratação com base o item III da Portaria Ministerial 2.488/2011 referente à carga horária de trabalho, ou seja, quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas para cada um sendo, equivalentes 120 horas para jornada três médicos com jornada de 40 horas semanais.

Os usuários, que serão atendidos na livre demanda, já sairão agendados com o retorno para o médico da equipe responsável pela área de abrangência do seu endereço.

#### **6.12. 2 Produtos Esperados**

- Assistir 100% dos usuários que buscam atendimento médico na UBS;
- Participação dos médicos dos PSF(s) em 50% das ações de promoção e prevenção à saúde;
- Participar em 100% das reuniões do PEP (Programa de Educação Permanente).

## 7 DISCUSSÃO E RESULTADO ESPERADOS

Como estratégia de implantação e acompanhamento, os projetos que serão desenvolvidos estão sustentados por uma tríade: estrutura, processos e educação permanente visando resultados de qualidade das ações que serão implementadas na UBS-SION.

Quando se propõe um projeto de intervenção espera-se um produto que gere qualidade; para tanto deve ser eficaz e eficiente. Somente quando há uma gestão participativa de forma horizontal ocorrerão bons resultados, já que gestão dos processos de saúde se inicia na ponta pelos profissionais que coloca “a mão na massa.” Faria *et al.* (2010, p. 55) afirmam que:

[...] quando há um compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança proposta que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população.

A qualidade da assistência em saúde de maneira geral é o resultado de bom desempenho compartilhado entre equipes e gestão. A gestão para ser eficaz e eficiente deve implantar em sua organização um processo de trabalho dentro de um planejamento de as ações que possibilite a transformação dos problemas em soluções.

Para que isto ocorra cada profissional da equipe precisa assumir a responsabilidade que lhe compete. Os profissionais que atuam na ponta precisam ter a percepção que também são gestores de seu processo de trabalho. E construir estratégia para o atendimento é obter poder perante a tomada de decisão, é governar dentro que lhe corresponde certo grau de autonomia dos processos de trabalho por meio dos recursos disponíveis.

Mas o que se percebe hoje é que os profissionais que atuam na Atenção Básica não possuem dimensões cognitivas no diz respeito ao conhecimento de gestão e capacidade para lidar com os instrumentos gerenciais, conforme citado no texto por Faria *et al.* (2010), onde o que se tem realmente são as ações são fragmentadas e pouco resolutivas. Os profissionais não possuem iniciativa perante as ações e situações onde podem agir com total governabilidade para tomada de decisão.

Tal fato pode ser decorrente da falta de preparo e do não cumprimento das determinações legais dos processos de trabalho. Assim, para otimizar os recursos que possuem, necessitam de capacitações, para que cada membro da equipe compreenda a sua missão de forma que melhore a qualidade da atuação profissional.

“É fundamental que os profissionais aí inseridos (PSF) desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho” (FARIA *et al.*, 2009, p. 23).

Visualizando a necessidade de mudanças nas ações desenvolvidas pelo PSF foi publicada a Portaria 2488/2011, um instrumento norteador que reorienta as mudanças do processo de atenção à saúde no Brasil.

A mesma Portaria determina critérios antes não definidos pela Portaria 648/2006, como a estrutura, e a carga horária dos médicos frente aos PSF, aumentando o número de profissionais, e diminuindo a carga horária de trabalho. Possibilitando este profissional desenvolver suas atividades de profissional liberal, mesmo sendo vinculada a equipe de PSF. Um que vez as demanda referente a este profissional é maiores que as ofertas (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que os profissionais, principalmente os médicos, necessitam de capacitação permanente, por possuírem sua formação com currículos que priorizam o tratamento das doenças. Nesse aspecto, a educação permanente com uma abordagem problematizada fortalecerá as ações centradas na pessoa. A aplicação da educação permanente nas equipes de PSF é instrumento valioso, que permite a interação dos membros com visões multidisciplinares para busca de soluções em sua área de abrangência, melhorando os indicadores de saúde local.

Vasconcelos, Grilo e Soares (2009) definem que educação permanente é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

A educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. 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, além



da gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012). Dentro desta análise é que serão desenvolvidas as oficinas de capacitação que contempla este projeto.

[...] A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas se desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p. 04).

Sabe-se da insipiência da legitimidade nas ações organizadas para cumprir os principio do SUS, pois a rede de organização dos serviços que adotada é realizada de forma vertical, centralizando a comunicação, o que acaba não atingindo os objetivos das ações.

A construção de redes de serviços é um sempre desafio de enorme complexidade e envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do desenho da rede, compreendendo várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados (MENDES, 2011).

Entretanto, esta ainda é a melhor solução para os serviços de saúde, tendo em vista que a organização em rede melhora a acessibilidade de usuário além de favorecer o poder resolução para a equipe.

Aumentando-se a governabilidade e otimizando os recursos pode-se alcançar melhoria da gestão dos processos na assistência, que se traduz em efetividade e eficácia de um trabalho com qualidade.

Assim, a criação de rede assistencial inicia com a criação dos fluxos *in lócus* dentro da UBS e após traçados e esgotados os recursos para implementação das ações internas, são traçados os fluxos referenciais e de acordo com o nível de complexidade chaga-se à criação da RAS.

Segundo Mendes (2011, p. 85):

[...] O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio-sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. Na concepção de RASs, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

A realidade identificada na comunidade SION evidencia que os problemas vividos pela população possuem determinantes sociais (falta de emprego, educação cultura e lazer desencadeado os problemas emocionais (psicossomáticos), o que justificou a necessidade da implantação de um projeto social terapêutico).

De acordo com Oliveira (209, p. 21), projeto social é:

[...] Entendido como mero produto intermediário de um processo social mais amplo de análise permanente dos problemas da comunidade, de formulação de soluções e definições de objetivos, implementações das ações necessárias e do contínuo monitoramento dos resultados e impactos das intervenções.

Desta forma, em se tratando de um projeto terapêutico dentro do contexto de saúde mental do indivíduo dentro da comunidade Pereira e Viana (2009, p.17) afirmam que:

[...] Em saúde mental precisamos saber, se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, se há o compromisso do município de promover ações intersetoriais possibilitando novas formas de inserção sócias familiares.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde estão direcionadas para o fortalecimento da Atenção Básica/Primária. Este fortalecimento tem como objetivo colocar em prática as diretrizes e princípios do SUS: direito universal com integralidade das ações, respeitando-se a equidade do indivíduo com igualdade das ações que deverão ser implementadas de forma resolutiva, humanizada, descentralizada e regionalizada, conforme preconiza o Ministério da Saúde, objetivando-se a construção das UBSs, como estratégias que possibilitam à equipe, a gestão em parceria para reorganizar os processos de trabalho, visando atender as expectativas e necessidades do usuário.

Quando recebemos uma visita em nossa casa e vamos abrir a porta verificamos a organização. Temos que comparar a unidade em que trabalhamos com a nossa casa. Ao receber o usuário é preciso que estejamos organizados para desenvolvermos ações com qualidade objetivando que o visitante (usuário), ao sair da UBS se sinta satisfeito com o acolhimento humanizado e com a solução ou encaminhamento do seu problema.

A partir da revisão literária realizada e discutida concluiu-se que:

- Os governantes já perceberam a necessidade de reformulações nas Portarias para a implantação das ações de saúde na Atenção Básica, tendo em vista as modificações trazidas pela Portaria 648/2006, hoje revogada e substituída pela Portaria nº 2.488/2011, instituindo ações para atuação de equipe multidisciplinar, retirando-se o foco usuário exclusivamente sobre o atendimento médico, bem como redução da carga horária de trabalho;
- A qualidade da assistência necessita da adesão e de parcerias entre os profissionais da ponta e gestão;
- Os processos necessitam ser revistos e avaliados constantemente, para atender às mudanças frequentes;
- As apostilas do NESCON serão instrumentos norteadores valiosos para as revisões;
- A assistência em saúde encontra-se sustentada na estrutura física, processos e resultados, que precisam ser completados com educação permanente;
- Os projetos sociais podem se tornar terapêuticos pelo fato de contribuir para a melhoria da qualidade de vida;

- A UBS é uma estratégia para profissionais e gestores unirem forças na busca de soluções para sanar as deficiências e atender as necessidades de assistência da população, trazendo satisfação ao usuário e melhoria dos indicadores de saúde.

No PSF/SION foi perceptível a mudança de atitude dos profissionais e usuários durante as reuniões para a construção do diagnóstico. O envolvimento de vários atores de seguimentos diferentes trouxe contribuições significativas, cada um com suas percepções trouxe novos saberes e experiências, tanto profissionais como de vida, que poderão servir de base para mudanças sustentadas na concepção técnica, cultural e social na comunidade.

## REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (3) disponível em <http://www.conass.org.br/>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2011**. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em; <http://www.ibge.gov.br/home>: acessado em: 30 junhos de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: cadernos do aluno: saúde coletiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed. rev., 1.a reimprida.** - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família**

**emdez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, C. L. V. A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** v.42, n.2, p. 347-68 mar./abr. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>; Acessado em: 10/Jan/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 a Família. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.110p. Disponível em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3).

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão:** trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CONSELHEIRO LAFAIETE. Secretaria Municipal Conselheiro Lafaiete/MG. Departamento de Atenção Básica. **Plano Municipal de Investimento na Atenção Básica.** 2009. P. 120.

CONSELHEIRO LAFAIETE. Secretaria Municipal Conselheiro Lafaiete/MG. **Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB:** Cadastro das Famílias Município de Conselheiro Lafaiete-MG, 2011.

CONSELHEIRO LAFAIETE. Secretaria Municipal Conselheiro Lafaiete/MG. **Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB:** Cadastro das Famílias Município de Conselheiro Lafaiete-MG, 2012.

CORDEIRO JÚNIOR, W. , MAFRA, A. A. **A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester.** Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. infere.** [online]. v.62, n.1, p. 113-118. 2009

D'INNOCENZO, M, A. N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Brasil Enferm** 2006 jan-fev; 59(1): 84-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>. acessado em: Jan 2013

DANTAS, P. D. **A influência da comunicação no processo de trabalho da equipe de saúde da família** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2011. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2011. Disponível em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material\\_dos\\_Cursos/Especializacao\\_em\\_Atencao\\_Basica\\_em\\_Saude\\_da\\_Familia](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia) acessado em Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06>. acessado em: Jan 2013.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017> e <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>. Acessado em: 10 de Janeiro de 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde** / 2. ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p. Disponível. [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo\\_assistencial\\_e\\_atenc\\_ao\\_basica\\_a\\_saude/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo_assistencial_e_atenc_ao_basica_a_saude/3). Acessado em: Março/2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. - Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p. : il., 22x27cm. [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material\\_dos\\_Cursos/Especializacao\\_em\\_Atencao\\_Basica\\_em\\_Saude\\_da\\_Familia](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia) acessado em Fev 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.6, p: 1171-1181, jun., 2006

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: [http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf) acessado em Dez 2012.

OLIVEIRA, C. C. **Projeto social: saúde e cidadania**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 110p. : il., 22x27cm. Disponível em [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material\\_dos\\_Cursos/Especializacao\\_em\\_Atencao\\_Basica\\_em\\_Saude\\_da\\_Familia](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia) acessado Set 2012

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PEREIRA, A. A; VIANNA P. C. M. **Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 76 p. Disponível em [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material\\_dos\\_Cursos/Especializacao\\_em\\_Atencao\\_Basica\\_em\\_Saude\\_da\\_Familia](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia) acessado 04 Março 2013

POINTER, D.D. *et al.* Loosening the Gordian knot of govertnance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. – **Integrated delivery systems: creation, management and governance**. Chicago, Health Administration Press, 1997.

VASCONCELOS, M. GRILLO, M.J.C.; SOARES, S. M. **Pratica Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologia para abordagem ao individuo, família, comunidade**. Belo Horizonte, 2009. 3. ed. UFMG Disponível em [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material\\_dos\\_Cursos/Especializacao\\_em\\_Atencao\\_Basica\\_em\\_Saude\\_da\\_Familia](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Especializacao_em_Atencao_Basica_em_Saude_da_Familia) acessado 04 Março 2013.