

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

RÓGER VIRUEZ MUNOZ

**A DIFICULDADE NA INTEGRAÇÃO DO INDIVÍDUO COM A
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SUA EQUIPE: UM PLANO
DE AÇÃO.**

RIO BRANCO / ACRE

2019

RÓGER VIRUEZ MUNOZ

**A DIFICULDADE NA INTEGRAÇÃO DO INDIVÍDUO COM A
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SUA EQUIPE: UM PLANO
DE AÇÃO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista em Gestão no Cuidado na Saúde da Família.

Orientador: Professora Dra. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

RIO BRANCO / ACRE

2019

RÓGER VIRUEZ MUNOZ

**A DIFICULDADE NA INTEGRAÇÃO DO INDIVÍDUO COM A
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SUA EQUIPE: UM PLANO
DE AÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Examinador 2: Professora. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto – Universidade de
Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de maio de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedicado aos titãs que fazem a saúde da família, a aqueles que tendo investido grande tempo e esforço na procura do caminho do bem para a saúde da população e que mesmo na aparente impossibilidade de vencer o monstro da ignorância em saúde continuam de um modo ou outro persistindo na sua luta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida por tudo o que tem me dado.

“Não é suficiente que façamos o nosso melhor, as
vezes temos que fazer o que é preciso”
-Sir. Winston Churchill-

RESUMO

As dificuldades em implementar atividades que aproximem os clientes com a educação e manutenção da saúde são frequentes, segundo os trabalhadores da Saúde Básica. Historicamente, o público se foca na resolução do problema de saúde já instaurado. O aumento da efetividade da atenção básica em saúde, como fonte formadora de educação, para o melhoramento do nível de saúde na população é um desafio constante para toda equipe de saúde. Com esta motivação, decidiu-se procurar informação, dentro da área territorial de trabalho, visando melhor entendimento do problema. Foi realizado o diagnóstico situacional pela estimativa rápida na área de cobertura da USF Maria de Jesus de Andrade III. O diagnóstico possibilitou evidenciar falhas na relação/comunicação e participação nas atividades entre a população-alvo e a equipe de saúde. Esse estudo realizou uma revisão bibliográfica, com ênfase em ferramentas da atenção básica em saúde, dentre as quais, se destacam o acolhimento e a educação em saúde. A comunicação em saúde foi analisada considerando as características socioeconômicas dos envolvidos. Concluiu-se que atividades programadas de menor complexidade podem resolver os principais enganos com relação ao conhecimento essencial sobre saúde da clientela, além de estimular a confiança da população para com a USF e o sistema de saúde, sendo capazes de iniciar uma mudança da realidade atual.

Palavras-chave: Atenção Básica, Acolhimento, Educação em Saúde, Confiança, Saúde da Família.

ABSTRACT

The difficulties in implementing activities that bring clients closer to education and health maintenance are frequent, according to the workers of basic health. Historically, the public has focused on solving the health problem already in place. The increase in the effectiveness of basic health care as source of education for the improvement of the level of health in the population is a constant challenge for all health team. With this motivation, it was decided to seek information, within the territorial area of work, aiming at a better understanding of the problem. Situational diagnosis was performed by the rapid estimate in the area of coverage of the USF (Family health unit) Maria de Jesus de Andrade III. The diagnosis made it possible to show flaws in the relationship / communication and participation in activities between the target population and the health team. This study carried out a bibliographical review, with emphasis on tools of basic health care, among which, the most important are the reception and education in health. Health communication was analyzed considering the socioeconomic characteristics of those involved. It was concluded that less complex programmed activities can solve the main mistakes in relation to the essential knowledge about the health of the clientele, besides stimulating the population's confidence in the USF and the health system, being able to initiate a change of reality current.

Keywords: Basic Attention, Reception, Health Education, Confidence, Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
eSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMRB	Prefeitura Municipal de Rio Branco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URAP	Unidade de Referência em Atenção Primária
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1:** Lista geral de problemas identificados na Estimativa Rápida relacionada com a área geográfica onde se encontra a Unidade de Saúde Da família Maria de Jesus de Andrade, município de Rio Branco, estado do Acre... 17
- Quadro 2:** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Taquari III, Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade, município de Rio branco, estado do Acre..... 19
- Quadro 3:** Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “a falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre..... 36
- Quadro 4:** Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ a falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre..... 37
- Quadro 5:** Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ a falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre..... 38
- Quadro 6:** Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus

de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre..... 39

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre..... 40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Breves informações sobre o município de Rio Branco.....	13
1.2 O sistema municipal de saúde.....	14
1.3 A Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.4.1 Lista Geral de Problemas.....	17
1.4.2 Lista de problemas relacionados à unidade de saúde (estrutura e funcionamento)	18
1.4.3 Lista de problemas relacionados à rede de serviços de saúde.....	19
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	25
5.2 A importância do acolhimento, vínculo e longitudinalidade na Estratégia Saúde da Família.....	26
5.3. Os grupos operativos.....	27
5.4 Comunicação em Saúde e Educação em Saúde.....	28
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Rio Branco

O surgimento do município de Rio Branco se deu com o resultado de grande imigração nos tempos de aumento da exploração da borracha, com a formação dos seringais, época em que a região ainda era parte do território boliviano em 1882. Fundada como o Seringal Empresa com o passar do tempo, e o aumento do fluxo comercial, que girava entorno da grande imigração e da exploração borracha, em 1903 se converte na sede administrativa do território, deixando de se chamar Nova Empresa para passar a ser conhecida como Vila Rio Branco. Em 1912, por força do Decreto Federal n.º 9.831, de 23 de outubro, passa à categoria de cidade com o nome de Rio Branco, atualmente continua sendo o centro administrativo e capital do Estado do Acre, contando com o melhor grau de desenvolvimento no Estado. (IBGE,2016)

Em 2015 tinha 64,8% do seu orçamento proveniente de fontes externas, com PIB de 21.543,65(2016) e IDH de 0,727(2010) (IBGE,2016). Rio Branco é na prática a principal referência estadual do serviço médico de alta complexidade, está fortemente enraizada no sistema de atendimento assistencialista, dando prioridade a atenção da demanda espontânea da população.

A Estratégia de Saúde da Família mesmo com demonstração de muitas atividades não consegue se sedimentar, está dedicada no atendimento da demanda por consulta médica, sejam estas unidades com médicos do sistema municipal, ou do programa Mais Médicos para o Brasil. Recentemente foi publicamente anunciado que o município conta com 55 Unidades de Saúde da Família (USF) entre urbanas, Peri urbanas e rurais (PMRB, 2017).

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 95.1 em 2010. Em Rio Branco, segundo dados do programa estadual de erradicação do analfabetismo, 6,5% de sua população ainda não é alfabetizada. São cerca de quinze mil pessoas com idade superior a 15 anos, 97% da população analfabeta na capital é de pessoas pobres (PMRB, 2016).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município apresenta 56,7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado,

13,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.41 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes.

1.2 O sistema municipal de saúde

A maior parte do financiamento vem de recursos externos provenientes do governo federal, e uma contrapartida bem menor de recursos próprios do município.

A rede de serviços conta com Unidades de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Unidades de Referência da Atenção Primária e Centros de Saúde. Com atendimento em ginecológica, pediatria, psicologia, e fisioterapia na atenção básica. A atenção de urgência e emergência dependente da administração estadual com Unidades de Pronto Atendimento e o atendimento de emergência propriamente no Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco. Um complexo hospitalar estadual de especialidades, que inclui estrutura individual para atendimento das áreas clínicas e cirúrgicas, geriátricas e oncológicas. Na rede municipal se tem acesso a exames de análises clínica de laboratório e de imagem, sendo a esfera estadual quem fornece o serviço de exames de mediana e grande complexidade. A assistência farmacêutica é da rede municipal segundo com programa de medicamentos essenciais. A vigilância da saúde é de responsabilidade de departamentos específicos no sistema municipal

O modelo de atenção segue o programa de Atenção Básica da Saúde com a Estratégia de Saúde da família e demais programas instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devendo obedecer aos protocolos de referência e contra referência preconizados.

1.3 Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, seu território e sua população

A comunidade da equipe de Saúde da Família (eSF) Maria de Jesus de Andrade III se encontra no perímetro urbano, no extremo sul da cidade, classificada como tipo 2 pelo Programa Mais Médicos, tendo uma estimativa de população de 1.648 usuários. É um bairro que sofre com alto índice de pobreza, violência e com alagações periódicas causadas pelas enchentes do rio acre no período chuvoso. O bairro é considerado como perigoso devido a influência do crime organizado. Um grande número de famílias recebe algum tipo de benefício social.

A estrutura das moradias é heterogênea, sendo na maioria construções precárias. O sistema de esgoto existente é muito limitado e, na prática, não é funcional, não existe sistema de drenagem fluvial. O estado das ruas está deteriorado, sendo pavimentada a rua principal e calçada com tijolos uma pequena parte do bairro, as demais vias podem ser consideradas como estrada rural, o transporte público só transita pela via principal da comunidade.

A população em idade escolar, na sua maioria, frequenta a escola. A frequência de analfabetos entre os moradores da maior idade é alta. A população laboral ativa se dedica, na maioria, a funções na área de trabalhos domésticos, na construção civil, comércio ou serviços diversos para microempresas. Sugiro colocar esta parte na característica do município no item breve informações sobre o município

Existem três equipes de Saúde da Família atuando no território e acomodadas numa só Unidade Básica de Saúde, a Unidade Maria de Jesus de Andrade. A UBS foi construída com recursos do Sistema único de Saúde (SUS) e do Tesouro Municipal, custou R\$ 562.156,07 e está vinculada a Unidade de Referência em Atenção Primária (URAP) Dra. Cláudia Vitorino. A entrega da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade foi em 2014, na época entregue com a seguinte descrição da estrutura: “Possui arquitetura moderna e está dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde”.

A UBS possui ambientes como varanda, recepção, arquivo, sala de reunião, administração, sala de Imunização, farmácia, sala de coleta, sala de curativos, dois consultórios ginecológicos, três consultórios de clínica médica, um consultório odontológico com três equipes, escovódromo, sala de esterilização, almoxarifado, expurgo, copa para funcionários, depósito de materiais de limpeza, sanitários para funcionários e pacientes. O nome da UBS foi escolhido por

eleição popular e presta homenagem à ativista comunitária Maria de Jesus Andrade, que de modo voluntário, ajudava famílias a obter benefícios sociais junto à extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA).

Antigamente a UBS se localizava em uma casa de madeira pequena, que fora arrendada para esse propósito, não contava com estrutura suficiente para o total desenvolvimento das atividades. Foi gravemente danificada por causa de alagação de grande magnitude, continuou em funcionamento por esforço da equipe e da comunidade mesmo que precariamente até ser construída e entregue atual instalação.

A equipe Maria de Jesus de Andrade III (Equipe Verde) é formada por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira e um médico, um dos ACS está na função há 20 anos, outro há 12 anos e os restantes iniciaram com o trabalho há 5 anos. A enfermeira, trabalha na unidade desde o seu início, já tendo passado por diferentes dificuldades inclusive para manter os serviços funcionais durante os piores eventos de alagação do território, dedicada e metódica na realização e registro das suas atividades. O médico trabalha há 15 anos, já tendo trabalhado em diversas USFs urbanas e rurais anteriormente. E a coordenadora administrativa da unidade e ACS, presente na unidade desde seu início e com bons relacionamentos com a comunidade.

A Unidade de Saúde funciona das 7h:00min às 12h:00min e das 14h:00min às 17h:00min e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade.

A Equipe Maria de Jesus de Andrade III está quase que exclusivamente dedicada as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: Pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e de colo uterino, atendimento a hipertensos e diabéticos, com atendimento regular. A equipe já teve grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo desgastaram. O atendimento médico já foi suspenso por vários meses por falta do profissional, o que gerou uma quebra na rotina dos atendimentos à população.

Atualmente o atendimento médico foi retomado, porém, mesmo que já se tenham vários meses de serviço, o atendimento domiciliar e a reorganização de

atendimento médico de hipertensão e diabetes ainda possuem limitações e imprevistos.

O processo de trabalho dos demais membros da equipe já está estabelecido há algum tempo, todos já experientes e com rotinas e interação bem estruturadas, mas também com limitações e vícios do trabalho.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

1.4.1 Lista geral de problemas

Quadro 1: Lista geral de problemas identificados na Estimativa Rápida relacionada com a área geográfica da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus de Andrade, município de Rio Branco, estado do Acre.

Comunidade em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança • Falta de acesso ao atendimento de saúde. • falta de acesso a água potável • Falta de acesso a rede de esgoto funcional • Alagações frequentes na época de chuvas • Pobreza em diferentes graus de manifestação • Baixo nível de educação a predomínio nos adultos
Sistema local de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de aperfeiçoar o fluxo e a triagem dos usuários • Falta de materiais e insumos • Falta de vagas no atendimento de especialidades • Demora para o processamento de exames de laboratório
Área de abrangência da eSF.	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança • Território sob influência direta do mundo do tráfico de drogas ilícitas

	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência importante oficialmente não declarada de usuários de drogas ilícitas • Alto índice de pobreza • Precário sistema de saneamento básico
Problemas de saúde prevalentes	<ul style="list-style-type: none"> • Infeciosos respiratórios, gastrointestinais e sazonalmente virais transmitidos pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> e outros • Cardiovasculares, transtornos alimentares, osteo-artropatias crônicas, dermatológicos, transtornos de saúde mental e transtornos endocrinológicos.

Fonte: Aatoria Própria. (2019)

1.4.2 Lista de problemas relacionados à unidade de saúde (estrutura e funcionamento)

Mesmo sendo uma construção nova já apresenta problemas por falta apropriada de manutenção, entre eles:

1. Problemas de manutenção com a parte de hidráulica, problemas no telhado, repetidas vezes consertado porem continua caindo muita água em diferentes ambientes da unidade quando tem chuva forte, sendo a farmácia a mais afetada.
2. Falta de uma sala para o acolhimento com maior privacidade para alguns dos programas como o do atendimento ao adolescente e saúde reprodutiva.
3. Dificuldade para a programação de atividades regulares direcionadas com a educação promoção e prevenção em saúde.
4. Falta de recursos para apoio na visita domiciliar multiprofissional. Falta de medicamentos e insumos, para a demanda interna e externa.
5. Fragilidade na orientação visual dos componentes da equipe, das diferentes áreas e salas de atendimento, assim como dos serviços

prestados na unidade (considerando que existe importante número de idosos e/ou analfabetos dentro da clientela atendida).

6. Relativa falta de material de escritório, e de consultório sendo isto algo recorrente.
7. Dificuldade para a interação com o público alvo nos problemas de saúde endêmicos ao território
8. Falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva

1.4.3 Lista de problemas relacionados à rede de serviços de saúde

1. Limitação do suporte ao transporte das equipes de saúde básica para as atividades fora das unidades.
2. Dificuldade na triagem das demandas atendidas.
3. Falta de prestação de alguns dos serviços na atenção básica.
4. Grandes filas de espera para atendimento ambulatorial nas especialidades.
5. Inexistência de contra referência dos pacientes referenciados e avaliados pela rede estadual.
6. Limitação da informação em tempo oportuno do fluxo que cada tipo de problema deve seguir dentro da rede municipal e desta para a rede estadual.
7. Limitação periódica de medicamentos e insumos essenciais.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Dada a priorização, considerando aqueles problemas diretamente relacionados com a atividade da equipe de saúde e o Programa de Saúde da família.

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus Andrade, município de Rio Branco, estado do Acre.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização* ***
Limitação do suporte ao transporte das equipes de saúde básica para as atividades fora das unidades	alta	20	parcial	4
Fragilidade na orientação visual dos componentes da equipe, das diferentes áreas e salas de atendimento	média	10	parcial	5
Falta de integração da população com as ações em saúde educacional e preventiva	alta	30	parcial	2
Limitação da informação em tempo oportuno do fluxo que cada tipo de problema deve seguir dentro da rede municipal e desta para a rede estadual	média	20	parcial	6
Dificuldade para a programação de atividades regulares direcionadas com a	alta	20	parcial	3

educação promoção e prevenção em saúde.				
Relativa falta de material de escritório, e de consultório	média	20	fora	7
Falta de medicamentos e insumos, para a demanda interna e externa.	alta	30	fora	1

Fonte: Autoria própria (2019).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia da Saúde da Família nos leva no caminho da assistência educativa e preventiva dentro da comunidade, trabalhando com o indivíduo no seu status quo, pelo que a falta de intimidade com a população torna inviável a maximização da Estratégia Saúde da Família por intermediação do Programa Mais Médicos do Brasil.

Por esse motivo é de interesse a elaboração de uma análise dos fatores envolvidos na problemática que impedem a aplicação do programa como devido, no intuito de esclarecer no território o modo de resolução mais adequado para a realidade.

A falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva demonstra como é difícil estimular a participação dos usuários para ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado de sua saúde e a das pessoas e coletividades do território em que moram, mesmo os ACS tendo contato estreito com a população há grande dificuldade na manutenção de atividades que requerem da participação comunitária ativa.

Estabelecer melhor grau de confiança por parte dos usuários acarretaria a melhora da relação equipe de saúde – população e trará como resultado final a melhora do serviço prestado dentro dos objetivos da Saúde Básica.

Foi selecionado como tema de intervenção a falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva devido, a ser esta relação de aproximação, um primeiro passo para chegar na instituição da Estratégia de Saúde da Família na população do modo que foi projetada, e por ser um problema comum a diferentes territórios, em diferentes cidades e estados da Confederação Brasileira.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para melhorar a falta de integração da população atendida pela Equipe de Saúde Básica Maria de Jesus Andrade, com os planos em saúde educacional e preventiva, no município de Rio Branco, Acre.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema.
- Promover o propósito da equipe de saúde da família.
- Minimizar o consumo de tempo direcionado ao atendimento da demanda espontânea por atendimento na Unidade de Saúde
- Combater a falta de interesse pelas atividades de promoção da saúde, por parte da população que não frequenta a unidade.
- Organizar o processo de trabalho da equipe.

4 METODOLOGIA

Para este projeto foram utilizados: o diagnóstico situacional realizado em novembro de 2017. Também foram analisados os registros de consultas realizadas sobre o tema em artigos científicos, livros e manuais disponíveis na internet e através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Nescun, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), rede de revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal (Redalyc), e a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. A busca literária utilizou os seguintes descritores em Ciências da Saúde: Atenção básica, Educação em Saúde, Política de Saúde, Gestão do SUS, Acolhimento, Confiança.

Neste trabalho foi empregado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010). A revisão literária foi importante para verificar a coincidência da produção teórica, com as problemáticas identificadas no nosso diagnóstico situacional.

Além destas fontes de buscas, documentos de órgão públicos foram consultados para compor o contexto municipal e, para a redação do texto dentro das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), foram consultadas as orientações de Correa *et al.* (2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Saúde Básica no Brasil, em 1991, tinha como ferramenta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que foi complementada com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, com a intenção de iniciar uma mudança no sistema de atendimento à saúde, estimulando a interação mais próxima entre as Unidades Básicas de Saúde e a comunidade. Em 1999, se define a ação do PSF como primeiro nível de atenção, com serviços voltados para a promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde. Em 2006, o PSF visto como primordial para o avanço da Saúde Básica, é elevado a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Esta mudança na política de saúde direciona os trabalhadores em saúde e gestores para uma reorganização dos seus processos de trabalho. Sendo assim, para que as práticas da ESF sejam efetivas, se faz imprescindível que os que trabalham nessa área desenvolvam um novo modo de trabalho em equipe, incorporando novos conhecimentos, capaz de favorecer mudanças culturais e comprometimento com a gestão pública, para que garanta uma prática conforme os princípios da promoção da saúde (ARAUJO; ROCHA, 2007).

O Ministério da Saúde, referindo-se à saúde Básica afirma que “Entre os desafios atuais destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, a efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e a fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e do modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social” (BRASIL, 2013a, p.7).

Pelo que rege na constituição federal de 1988 em seu artigo 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2016, p. 118).

Na Política Nacional de Saúde Básica também se indica que a população deve desenvolver autonomia individual e coletiva na busca de qualidade de vida (Brasil, 2012a, p. 42) com ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica.

5.2. A importância do acolhimento, vínculo e longitudinalidade na Estratégia Saúde da Família

O acolhimento do cidadão pelo sistema de saúde se inicia com o primeiro contato com o trabalhador de saúde, sem importar qual a função ou preparação específica deste funcionário, gerando o vínculo. E se continua, em todas as demais etapas de atendimento que por ventura venha a precisar a receber, para a melhora e resolução do seu problema de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Humanização, assim o requerem. Entenda-se que, este tipo de idealização, exige um acolhimento continuado e em conjunto em todos os momentos de contato do usuário com os profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atendimento por onde tenha que passar, caracterizando o início da longitudinalidade do acolhimento, que continuará por anos, mesmo que não existam novos agravos de saúde (BRASIL, 2010a).

O estabelecimento de vínculo longitudinal melhora a efetividade e eficiência das ações em saúde, a adesão às mesmas, a resposta do usuário e a satisfação com o atendimento. Diferente de outros países, onde há possibilidade do usuário escolher a Unidade Básica ou médico generalista para seu cuidado, o modelo brasileiro tem como fundamento determinar, de forma não opcional, a adscrição de moradores de um domicílio a uma Unidade Básica de Saúde, dentro de um determinado território, marcando assim o início do vínculo destes com a equipe de saúde (BRASIL, 2012b).

A determinação do território nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica determina a reorganização do acolhimento da demanda espontânea e das ações programadas respeitando a integralidade e os princípios da Equidade e Universalidade do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2012c) Neste ponto do atendimento, "...o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para o atendimento médico [...], ele requer de ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar ou acionar intervenções (BRASIL, 2013b p. 23).

O acolhimento como postura e prática nas ações e gestão nas Unidades de Saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010b).

Para o Ministério da Saúde “torna-se necessário refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção básica e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros, e reconhece que ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde” (BRASIL, 2013c, p. 16)

No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em um território definido, é um princípio importante para concretização do modelo proposto. Essa aproximação, trouxe um aumento da demanda espontânea. Assim tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, como a universalidade e o acesso, e, por tanto deem resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, contribuam com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

5.3. Os Grupos Operativos

Se pode definir um grupo como o conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço que se articulam pela mútua representação interna, que se propõem explicita o implicitamente uma mesma tarefa, interagindo para isso e estabelecendo vínculos entre si. O grupo operativo cumpre uma função terapêutica, por se centrar em uma tarefa específica que constitui a sua finalidade ou objetivo e que pode ser de aprendizado, cura, diagnóstico de

dificuldades ou qualquer outro. (PICHON-RIVIÈRE, 2000 *apud* VASCONCEÇOS; GRILO; SOARES, 2009)

A construção de relações interativas solidárias entre os membros de um grupo pode ser produtiva para a promoção da saúde e prevenção de doenças, o trabalho com grupos deve ser utilizado como espaço de escuta para a identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade (VASCONCELOS; GRILO SOARES, 2009).

Pela sua finalidade se classificam os grupos como operativos, e psicoterápicos. Sendo ainda divididos os grupos operativos em quatro áreas: ensino–aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos (ZIMERMAN, 2007 *apud* VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009)

Estes grupos evoluem em três momentos dentro de um conceito teórico no qual se distinguem a pré-tarefa (momento de predomínio subjetivo, de reconhecimento de um problema e seu universo), a tarefa (momento propriamente de confronto com o problema, como um fator externo) e o projeto (momento em que pode se trabalhar uma planificação de ação que mude a realidade implícita no problema. Os momentos do grupo (pré-tarefa, tarefa e projeto) não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele (BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 2000, *apud* VASCONCELO; GRILO; SOARES, 2009).

5.4. Comunicação em Saúde Educação em Saúde

Comunicação em essência refere a transmissão e a recepção de mensagens entre o transmissor e o receptor, através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos, informação (DICIONÁRIO MICHAELIS).

Referindo-se ao entendimento dos gestores do termo comunicação em saúde, se percebe que há concepções diferentes sobre o papel e fundamento da comunicação em saúde, que o paradigma clássico se baseia na construção de um modelo de comportamento saudável transposto e imposto de um país desenvolvido para um subdesenvolvido, que para outros inclui a promoção da

saúde com ênfase no repasse de informação e a promoção de conhecimentos, como instrumentos de participação para a mudança dos estilos de vida, enquanto que para outros a comunicação para saúde só pode ser atingida pelo estabelecimento de uma interdependência sistêmica da comunicação com a tecnologia da informação (MONTORO, 2008).

Na 22ª Conferência Mundial de Promoção de Saúde, em Curitiba foi ratificada, pelo Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), a importância da comunicação na prevenção em saúde, e que esta comunicação deve alcançar todos os níveis e envolvidos, desde o cidadão usuário, até os altos níveis de gestão e criação no sistema de saúde (CRUZ, 2019).

A percepção dos Gestores do SUS em relação a comunicação em saúde não está unificada, obedecendo a diversas matrizes teóricas, adotando diferentes estratégias, criando confusão entre a comunicação em saúde e a comunicação institucional, que promove os próprios órgãos públicos administrativos, esperando as diretrizes dos órgãos centrais, para fundamentar suas atividades e ações. No sistema de comunicação, o fluxo da informação é vertical, predominantemente de cima para baixo, sendo raro no sentido inverso (MONTORO, 2008). Ainda para esta autora, é possível destacar as dificuldades para a implantação de uma cultura de planejamento da comunicação em saúde das quais se destacam as falhas de logística e das ações de comunicação, a falta de capacidade dos quadros de funcionários, a descontinuidade das ações, e o entendimento parcial do papel da comunicação e a falta de dados.

Sem uma política pública que alcance e integre as três esferas do sistema de saúde, não há como planejar uma boa comunicação. As ações de comunicação são frequentemente vistas como complementares, assessorias e exteriores às ações de saúde, estas sim consideradas como indispensáveis. A comunicação em saúde deve alcançar o grau de estratégia em que se estabeleça uma interdependência sistêmica da comunicação com a tecnologia da informação. Considerando o ponto de vista interpessoal, para garantir maior efetividade, a comunicação deve transmitir e conduzir informações, ser orientada e frequente, focar na interação face-a-face, promovendo proximidade entre os indivíduos e possibilitando ações mais coesas (MONTORO, 2008).

Devemos entender a comunicação em saúde como uma estratégia para a melhora da toma de decisões no Sistema Único de Saúde e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (NARDI *et al.*, 2018).

O termo educação pode ser contextualizado ao processo em que se articulam ensino-aprendizado, com direcionamento e intencionalidade social expressa. Existe, também, o aprendizado fora deste binômio em que os processos são espontâneos ou eventuais e nomeados como "aprendizagem". O conhecimento se adquire tanto pelo aprendizado como pela aprendizagem e, em determinados momentos, a exclusão de um deles dificulta o progresso do outro (BRAGA, 2001).

Educação em Saúde para o Ministério da Saúde atualmente se centra no indivíduo e o seu entorno considerando-o como:

"Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde; Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades" (Brasil, 2014, p. 19-20).

"A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde" (Brasil, 2014, p. 20).

"... Todo processo educativo se configura como o mais importante para a formação do cidadão, preparando indivíduos que serão inseridos na sociedade como responsáveis pelas suas próprias ações e deveres e o conhecimento adquirido através da educação é fundamental para a vida em coletividade" (OLIVEIRA; BERNARDINO, 2012, p.786).

A Educação em Saúde parte da premissa em promover a saúde na sociedade. Portanto, o educar em saúde nada mais é do que cuidar da vida, onde a prática do ensino sanitário irá promover conhecimentos de saúde num contexto amplo. De maneira construtiva e reflexiva, formando cidadãos que serão responsáveis em cuidar tanto de si como do próximo, e também capacitar o ser humano a transformar, cuidar ou modificar o ambiente em que vive, pois cabe salientar que fatores ambientais estão diretamente relacionados com a manutenção e a promoção da saúde (FERRAZ *et al.*, 2005).

A Educação em Saúde trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde - doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVEZ, 2005).

Para o Ministério da Saúde as equipes de saúde devem identificar as necessidades e as situações de risco à saúde, e ao mesmo tempo procurar desenvolver processos educativos para a promoção da saúde, e do autocuidado (BRASIL,1997), assim aportando conhecimentos necessários para melhorar a qualidade de vida.

A Educação em Saúde destaca a sua importância na sociedade brasileira como difusora de ações e conhecimentos voltados para a promoção, recuperação e manutenção da saúde (OLIVEIRA; BERNARDINO, 2012).

Para que as ações de educação em saúde sejam bem-sucedidas, é preciso considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos no processo, levando-se em conta suas representações sociais e respeito dos aspectos relacionados à saúde. A Educação em Saúde participativa não se estabelece, portanto, de forma linear nem imediata. É uma construção cotidiana e coletiva, possivelmente inacabada. Não há receitas nem fórmulas para as mudanças de comportamento. É necessário reconhecer que há um caminho extenso a ser percorrido e que as possíveis mudanças não são aquelas que tal vez o profissional de saúde pretenda e que nem sempre são visíveis (SANTOS; PENA, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva”, entendendo que a melhora da saúde da população é um bem dinâmico, não pode ser imposta e sim ensinada, deve ser aprendida em conjunto com a equipe de saúde.

Optou-se por focar nas dificuldades que impedem o ganho da confiança e parceria da população no território atendido, com o intuito de abrir uma ponte no processo aprendizado/ensino. Para poder ensinar tem que se gerar interesse e para isso deve-se melhorar o relacionamento como o público-alvo (usuários), essa é a intenção dessa proposta de intervenção.

Para a realização da atividade tem sido considerada a importância dos problemas, abrangendo a ideia de relevância para a melhora das atividades do Programa Saúde da Família e das condições inerentes à própria equipe, a fim de possibilitar a implementação e manutenção de uma estratégia de ação, melhorando a qualidade do serviço e conseqüentemente a saúde da população.

São muitas as dificuldades e carências para a maioria da população da cidade, e no caso da área estudada, isso se torna mais evidente, visto que o território possui alto índice de pobreza, falta de serviços essenciais, pouco grau de instrução, violência e tráfico de drogas ilegais, do qual alguns moradores são vítimas, promotores, usuários ou participantes indiretos.

6.1 Descrição do problema selecionado

Como já exposto no início do trabalho, são vários os problemas levantados pelo diagnóstico situacional realizado. Sendo eles:

- Dificuldade de acesso ao atendimento de saúde:
- Incapacidade de aperfeiçoar o fluxo e a triagem dos usuários.
- Insegurança.
- Território sob influência direta do mundo do tráfico de drogas ilícitas.

- Incidência importante, não oficialmente declarada, de usuários de drogas ilícitas.
- Falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva.
- Analfabetismo, baixo grau de instrução formal.
- Falta de creches.
- Dificuldade para a manutenção e execução de projetos.
- Falta de acesso a dados estatísticos atualizados das atividades realizadas e informadas para a gestão municipal mensalmente.
- Perda do foco da ação da unidade no contexto da USF dentro da Saúde Básica.
- Impossibilidade de garantir algumas atividades para os clientes.
- Inconstância de medicamentos, insumos ou outros materiais de apoio.
- Pré-condicionamento para o modelo assistencial reparativo da saúde e de atendimento à demanda espontânea da população.

A dificuldade de acesso para o atendimento de saúde tem sido resolvida proporcionando um bom acolhimento no primeiro contato com o usuário. A equipe tem conseguido melhorar e manter regularmente o serviço com agendamento, atendimento no dia de casos especiais identificados pelos ACS's (clientes que ostentam algum privilégio pelo poder paralelo que rege a comunidade), e atendimento no dia de pacientes com alguma sintomatologia aguda que requer urgência. Na unidade, atualmente, não há filas pela madrugada para tentar garantir agendamento de consulta médica ou de enfermagem

A falta de acesso a dados estatísticos atualizados das atividades realizadas e informadas para a gestão municipal mensalmente continua sendo um problema, já que a transferência de dados das atividades na produtividade mensal, atualmente, é registrada por sistema informatizado, e após o seu envio, não se tem mais o acesso a esses dados na unidade de saúde, ficando disponível somente na repartição competente da Secretaria de Saúde. O problema é que os dados oficiais na Secretaria de Saúde dificilmente são fornecidos quando requeridos, e os registros próprios da equipe não são mais

coletados em formulários específicos padronizados. Neste quesito é de grande importância o acompanhamento estatístico para auto avaliação e condução das atividades, mas se tratando de problema administrativo não seria o de maior importância.

A Falta de integração da população com os planos em saúde educacional e preventiva foi o problema selecionado para o plano de ação. É difícil estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, mesmo os ACS tendo contato estreito com a população há grande dificuldade na manutenção de atividades que requerem participação comunitária ativa.

6.2 Explicação do problema selecionado

É difícil estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado da sua saúde, e das pessoas e coletividades do território, mesmo os ACS tendo contato estreito com a população há grande dificuldade na manutenção de atividades que requerem participação comunitária ativa. Isto leva a frustração na intenção de ver os preceitos e programas gerais do SUS alcançados.

O foco do nosso trabalho considera-se orientado no sentido da interação diária da equipe de saúde com os usuários e ao intercambio constante, ao longo do tempo, de informação que de modo abrangente poderia representar um fluxo vem estabelecido de dados e informações em todos os níveis de interação da equipe com a população-alvo e o sistema de saúde, melhorando a falha na interação que atualmente enfrentamos.

Na pratica parece que se trabalha muito e se avança pouco, o que finda desmoralizando ou criando vícios de trabalho nas Equipes de Saúde o que piora mais a situação, retardando a alcance dos objetivos para estabelecer melhor grau de confiança e comunicação com os usuários, por intermédio da ampliação da informação sobre o papel das equipes de saúde, atribuições e limitações.

O problema foi escolhido como um desafio a enfrentar e foram identificados alguns agentes causais identificando os seguintes:

- A desconfiança dos moradores na continuidade das atividades.

- A falta de promoção do propósito da equipe de saúde da família.
- Os fatores culturais da população.
- Os fatores econômicos e sociais.
- O baixo grau de instrução ou de suficiente discernimento dos fatores que intervêm para o cuidado da saúde.
- A falta de interesse da população que não frequenta a USF. Pelas ações de promoção em saúde que a mesma chega a realizar.
- O horário de trabalho dos que tem emprego ou ocupação, sendo o mesmo que o horário de trabalho da equipe.
- A falta de planejamento específico de atividades de promoção da saúde incluído no plano anual.
- Os hábitos adquiridos com o sistema tradicional de cuidados em saúde.
- A falta de regularidade em atividades voltadas a promoção da saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes nós críticos para o planejamento das operações:

1. A falta de interesse da população que não frequenta a unidade, pelas ações de promoção em saúde que a mesma chega a realizar.
2. A falta de promoção do propósito da equipe de saúde da família
3. O horário de trabalho dos que tem emprego ou trabalham, sendo o mesmo que o horário de trabalho da equipe
4. A falta de planejamento específico de atividades de promoção da saúde incluído no plano anual.
5. O grande consumo de tempo direcionado ao atendimento da demanda espontânea.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, “a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 1	A Falta de interesse da população que não frequenta a USF, pelas ações de promoção em saúde que a mesma chega a realizar.
Operação (operações)	Identificar fragilidades durante as visitas domiciliares e promover os serviços da USF.
Projeto	Conscientização
Resultados esperados	Estímulo da população não usuária direta para que colabore com os que são usuários e próximos deles.
Produtos esperados	Folhetos informativos, publicidade por rede social, criação de grupos em qualidade de parceiros para atividades programadas.
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal, espaço físico, material de apoio para registro dos dados e para promoção dos serviços Cognitivo: Reciclagem dos membros da equipe para a realocação, registro e organização dos dados Político: Organização com a Coordenação da Unidade de Saúde Financeiro: Para o material de apoio no registro, manejo dos dados e promoção dos serviços
Recursos críticos	Estrutural: Indiferente Cognitivo: Favorável Político: Indiferente Financeiro: Desfavorável
Controle dos recursos críticos	Membros da Equipe, Secretaria de Saúde
Ações estratégicas	Apresentação do projeto e do plano
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agentes Comunitários de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A Equipe de Saúde, avaliação trimestral.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, “a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na

população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 2	A falta de promoção do propósito da equipe de saúde da família
Operação (operações)	Criação de rede social exclusiva para a difusão de informação e fortalecimento da promoção visual gráfica impressa.
Projeto	Conhecendo Unidade Básica de Saúde
Resultados esperados	Atingir 100% da população-alvo e 51% corretamente informada
Produtos esperados	Publicações informativas por diversos veículos
Recursos necessários	Estrutural: pessoal, Espaço físico, material de escritório, gráfico e equipamento de informática. Cognitivo: treinamento no manejo de mídias e redes sociais Político: alguém responsável da rede social, aprovação pela gestão municipal Financeiro: Para folhetos, panfletos, mídias, cartões de memória, transporte, gastos com internet, treinamento de pessoal.
Recursos críticos	Estrutural: Desfavorável Cognitivo: Favorável Político: Favorável Financeiro: Desfavorável
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde, membro da equipe
Ações estratégicas	Apresentação do projeto e do plano
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Membro da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A equipe

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, “ a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na

população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 3	O horário de trabalho dos que tem emprego ou trabalham, sendo o mesmo que o horário de trabalho da equipe
Operação (operações)	Mapeamento da atividade laboral do público-alvo e identificação de um porta-voz para cada grupo familiar ou domiciliar que possa manter linha de contato direta com o seu ASC.
Projeto	Priorização de atendimento
Resultados esperados	Organizar atendimento de portadores de doenças crônicas ou em tratamentos prolongados (neste caso estaria tentando priorizar o agendamento de consulta de aqueles cuja ocupação “realmente” possa limitar a comunicação da família com a unidade de saúde, pois a priorização de atendimento e agendamento de portadores de doença crônica já existe) Organizar o atendimento de clientes com o mesmo domicílio em que o horário laboral dificulta o acesso.
Produtos esperados	Agendas com atendimento programado.
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal, transporte, espaço físico, material de escritório, telefone celular com acesso a rede social. Cognitivo: conhecimento básico em redes sociais de plataforma celular. Político: Aprovação pela gestão Financeiro: Para transporte, material de escritório, gastos com equipamento e internet celular.
Recursos críticos	Estrutural: Desfavorável Cognitivo: Favorável Político: Indiferente Financeiro: Desfavorável
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde, equipe de saúde
Ações estratégicas	Apresentação do plano e do projeto
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agentes comunitários de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A equipe de saúde, a cada 30 dias.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema, “a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 4	A falta de planejamento específico de atividades de promoção da saúde incluído no plano anual.
Operação (operações)	Reuniões para planejamento mensais e para o planejamento anual de atividades
Projeto	Planificação anual
Resultados esperados	Garantir recursos suficientes para a regularidade das ações
Produtos esperados	Elaboração de um plano anual de atividades incluindo as de Promoção em Saúde
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal, espaço físico, material de escritório Cognitivo: Reciclagem da equipe no processo de planejamento Político: Organização com a Coordenação da Unidade de Saúde da Família e para a aceitação pela gestão do Plano anual da USF ampliado Financeiro: Para material de escritório
Recursos críticos	Estrutural: Favoráveis Cognitivo: Favoráveis Político: Indiferente Financeiro: Favoráveis
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde
Ações estratégicas	Apresentação do plano anual da USF ampliado.
Prazo	
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	A equipe de Saúde da Família
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A coordenação da Equipe de Saúde da família e da Unidade de Saúde da Família, com avaliação semestral.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema, “a falta de integração da população nas ações em saúde educacional e preventiva”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Jesus de Andrade III, do município de Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 5	O grande consumo de tempo direcionado ao atendimento da demanda espontânea
Operação (operações)	
Projeto	Fortalecendo o acolhimento
Resultados esperados	Diminuir a demanda de consultas desnecessárias
Produtos esperados	Ampliação da difusão do cronograma semanal de trabalho, Agendamento direcionado de hipertensos e diabéticos para o seu dia no cronograma, fortalecimento das orientações para pacientes que não preenchem características de urgência, reserva de vagas para atendimento que se caracterize como urgente ou emergente.
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal para a recepção, espaço físico adequado, orientação visual apropriada inclusiva dos analfabetos. Cognitivo: Reciclagem em atividades de bom acolhimento Político: Organização com a Coordenação da USF. Financeiro: Para elaboração de material de propaganda gráfica
Recursos críticos	Estrutural: Indiferente Cognitivo: Indiferente Político: Indiferente Financeiro: Indiferente
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde
Ações estratégicas	Apresentação do projeto à gestão
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	A equipe de Saúde da família.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermagem, avaliação trimestral.

Fonte: Autoria própria (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo inicial deste trabalho é o de favorecer a aproximação do usuário com a UBS, como um parceiro na procura por um bem maior e comum, ou seja, melhor qualidade de vida. Com o plano de intervenção aqui proposto, espera-se ter a população melhor informada e interiorizada com as atividades de saúde ofertadas, para que assim tais atividades possam ser mantidas pela Equipe de Saúde o suficiente para estabelecer intimidade, possibilitando gerar o compromisso que novas formas de trabalho requerem para perdurar o suficiente até tornar os seus resultados positivos evidentes.

Temos convicção de que na Atenção Básica onde prima a prevenção, promoção e educação em saúde a participação da população no próprio cuidado é fundamental, que para chegarmos com ações nesse sentido direcionadas almejando êxito devida existir inicialmente determinado nível de intimidade e confiança do cidadão para com as equipes de saúde e no sistema de saúde, e que para ganhar essa confiança devemos aproveitar o contato direto de pessoa a pessoa para a criação e manutenção de uma ponte de comunicação, informação e aprendizado, valorizando as realidades locais, respeitando as limitações e aprimorando as atividades já implantadas.

Atualmente, continuamos a enfrentar os mesmos desafios de anos anteriores, mesmo com o trabalho já realizado não temos conseguido o estabelecimento de um Sistema Básico de Saúde eficiente, que seja entendido pela totalidade dos trabalhadores da saúde, usuários e gestores como sendo os protagonistas, cada um com a sua importância no cuidado da saúde de uma população.

Espera-se que a proposta de intervenção possa influenciar positivamente a interação da clientela em atividades que não se resumam a consultas ou procedimentos de assistência à doença, que venha abrir uma porta para melhor das ações de promoção e prevenção e assim dar autonomia para que a população possa cuidar melhor da saúde.

Espera-se, também, que a Estratégia Saúde da Família ganhe mais credibilidade, como programa de saúde que se preocupa com o seu território e o bem-estar da sua população.

REFERENCIAS

ALVES, V.S. Um modelo em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção do modelo assistencial. Interface Comunicação, Saúde, Educação; Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> acessado em: abril 2019

CRUZ, A. O papel e a importância da comunicação para a promoção da saúde.[online] revista eletrônica Consensus ed. 19º, institucional, 2019. disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/o-papel-e-importancia-da-comunicacao-para-promocao-da-saude/>> acessado em abril,2019.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde da Família. CIENCIA & SAÚDE COLETIVA, 2007, p. 455 a 464, 12(2). Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/455-464/pt>> acessado em: 13-12-2018

BERNARDINO, G.S; OLIVEIRA, A.M. **Educação em Saúde no Brasil** in: ANAIS ELETRONICOS DA I CIEGESI/ I ENCONTRO CIENTIFICO DO PNAP/UEG. - CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO- Goiânia, GO, Brasil, 22 – 23 de junho de 2012. disponível em: <<https://docplayer.com.br/66250411-Educacao-em-saude-no-brasil.html>> acessado em: abril de 2019.

BRAGA, J. L; Aprendizagem versus educação na sociedade mediatizada. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, COMPÓS, 10. 2001, Brasília. Anais...Brasília: GT comunicação e Sociabilidade, 2001. disponível em: <http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1257.pdf> Acesso em: Abril 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.- 1. ed. 1. reimp.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013 56p. : il -(cadernos de Atenção Básica nº 28 Queixas mais comuns na Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica n. 28, vol. I, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> acessado em:; 13-12-2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 1. ed. 1. reimpr. - Brasília: Ministério da saúde,2013. 290 p. : il. -(cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II) Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf> acessado em: Abril,2019

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da saúde, 1997, 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acessado em: dezembro, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica, **Análise dos indicadores da política Nacional de Atenção Básica**, ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica, Brasília:Ministério da saúde. 2008. 132p.; il. (serie B textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_indicadores_politica_atencao_basica.pdf> acessado em 06-01-2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / ministério da Saúde , secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo técnico da

política nacional de Humanização-2ed. 5 reimp.-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44p. il. color.-(serie B. Textos Básicos de Saúde) disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> acessado em: Dezembro, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> acessado em: 06-01-2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. -Brasília, Ministério da Saúde 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> acesso em: 06-01-2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na Saúde. -2ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 44p. (serie A. Normas e Manuais Técnicos)**Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf> Acesso em: abril 2019

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde, Brasília,[online], 2016a. Disponível em: <http://decs.dvs.br>. Acessado em julho, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@...[online], 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/riobranco/panorama>> acessado em 07-11-2017

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 192 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. - Brasília: Senado Federal, Coordenação de edições Técnicas, 2016. 496p. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> acesso em 06-01-2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** -modulo 1 : Integração atenção básica e vigilância em saúde [online], Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. -Brasília: Ministério da Saúde, 2018. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf> acessado em novembro ,2018

BRASIL. Lei orgânica da saúde, 8.080 de 19 de setembro de 1990, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. -Brasília, CONASS, 2003. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf> acessado em: 16-01-2019

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>> . Acesso em: agosto, 2017.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 97p. il.; Disponível

em:<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento_e_a_valiacao_das_acoes_de_saude_2/3> acessado em outubro, 2017.

FERRAZ, et. al. Cuidar-educando em Enfermagem: Passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [online], 2005, 58set.-out. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019626019.pdf>> Acessado em abril, 2019.

DICIONÁRIO MICHAELIS [online]. 2019. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/comunica%C3%A7%C3%A3o/>> Acessado em: abril, 2019.

MONTORO, T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. Interface (Botucatu), jun. 2008, vol. 12, nº 25, p.445-448. ISSN1414-3283. pt.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200020> acessado em: abril, 2019.

NARDI, A.C. F. et all. **Comunicação em Saúde**: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2015-2015, [online] Epidemiol. Serv. Saúde vol.27 nº.2 Brasília, jun. 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200019> acesso em : abril, 2019.

SANTOS, R.V; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera, e ao recém-nascido. Texto & Contexto-Enfermagem, [online]. 2009, vol.18, n.4, pp652-660. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>> acessado em: abril, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO (PMRB). Portal de notícias, site oficial da Prefeitura Municipal de Rio Branco, Acre. Março, 2016. Disponível em: <<http://www.pmrbr.ac.gov.br/index.php/noticias/noticias-itens/ultimas-noticias/10743-rio-branco-e-estado-em-parceira-contra-o-analfabetismo-na-cidade-do-povo.html>> Acesso em: novembro, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO (PMRB). Portal de notícias, site oficial da Prefeitura Municipal de Rio Branco, Acre. Publicado em 30-09-2017. Disponível em: <<http://www.riobranco.ac.gov.br/index.php/noticias/noticias-itens/ultimas-noticias/12884-marcus-alexandre-autoriza-constru%C3%A7%C3%A3o-de-unidade-de-sa%C3%BAde-na-transacreana.html>>. Acesso em novembro, 2017

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J; SOARES, S.M. Práticas Pedagógicas em Atenção básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: agosto, 2017.