

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Taciana Diniz Melgaço e Silva

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
PARA MELHORAR O ATENDIMENTO EM RELAÇÃO À DEMANDA
PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE JARDIM AMÉRICA, BOM DESPACHO, MG**

Bom Despacho / Minas Gerais

2020

Taciana Diniz Melgaço e Silva

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
PARA MELHORAR O ATENDIMENTO EM RELAÇÃO À DEMANDA
PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE JARDIM AMÉRICA, BOM DESPACHO, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

Bom Despacho / Minas Gerais

2020

Taciana Diniz Melgaço e Silva

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
PARA MELHORAR O ATENDIMENTO EM RELAÇÃO À DEMANDA
PROGRAMADA E DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE JARDIM AMÉRICA, BOM DESPACHO, MG**

Apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora:

Professora. Ms. Anadias Trajano Camargos – Orientadora – EE-UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de setembro de 2020.

DEDICO

À minha filha Milena, minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Pela conclusão deste trabalho, gostaria de agradecer a Deus por ter me dado tudo que sempre precisei para alcançar este objetivo.

À minha orientadora profa. Anadias Trajano Camargos, que tanto me ajudou a chegar na conclusão deste trabalho.

Toda minha gratidão para minha família e amigos. Vocês são o motivo do meu empenho e dedicação.

Por fim, agradeço todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na realização deste trabalho.

*A verdadeira motivação vem de realização,
desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e
reconhecimento.*

Frederick Herzberg

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família foi implantada como uma proposta de mudança e reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Vislumbrou a reversão do modelo assistencial antes vigente, onde predominava o atendimento emergencial, centrado na prática privada médico-assistencialista, hospitalocêntrico e curativista. Nesta transição, vários progressos foram atingidos, porém, muitas características do antigo modelo ainda persistem, como o atendimento médico-hegemônico. Delineou-se como objetivo do estudo: elaborar um plano de intervenção visando reorganizar o processo de trabalho no atendimento à demanda programada e demanda espontânea da Equipe de Saúde da Família Jardim América, Bom Despacho, Minas Gerais. Para fundamentação teórica do plano foi feita uma revisão da literatura, com busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados do SciELO (Scientific Electronic Library Online), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e publicações do Ministério da Saúde e do Município de Bom Despacho. Essa busca foi feita no período de maio de 2019 a abril de 2020. Utilizou-se as seguintes palavras-chave: demanda espontânea, demanda programada, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Processo de trabalho e Educação em Saúde. Após a revisão, foi elaborado um plano de intervenção, de acordo com o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. O plano de intervenção propõe a estruturação do trabalho em equipe, negociações com a gerência da unidade de saúde e também a realização de processos educativos com a equipe e comunidade. Conclui-se que a implantação deste plano será de grande relevância para que a equipe possa disponibilizar um atendimento efetivo e de qualidade, direcionado às reais demandas dos usuários.

Palavras-chave: Demanda espontânea. Demanda programada. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Processo de Trabalho. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy was implemented as a proposal to change and reorient the care model based on primary care. He envisioned the reversion of the assistance model previously in force, where emergency care predominated, centered on private medical-assistance, hospital-centered and curative practices. In this transition, several progresses have been achieved, however, many characteristics of the old model still persist, such as medical-hegemonic care. The objective of the study was outlined: to elaborate an intervention plan aiming to reorganize the work process in meeting the programmed demand and spontaneous demand of the Family Health Team Jardim América, Bom Despacho, Minas Gerais. For the theoretical basis of the plan, a literature review was made, searching for articles in the Virtual Health Library, in the databases of SciELO (Scientific Electronic Library Online), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and publications by the Ministry of Health and the Municipality of Bom Despacho. This search was carried out from May 2019 to April 2020. The following keywords were used: spontaneous demand, programmed demand, Family Health Strategy, Primary Health Care, Work Process and Health Education. review, an intervention plan was prepared, according to the Planning and Evaluation of Health Actions module of the Specialization Course in Family Health Strategy. The intervention plan proposes the structuring of teamwork, negotiations with the management of the health unit and also the realization of educational processes with the team and the community. It is concluded that the implementation of this plan will be of great relevance so that the team can provide an effective and quality service, directed to the real demands of users.

Keywords: Spontaneous demand. Scheduled demand. Family Health Strategy. Primary Health Care. Work Process. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Jardim América, Unidade Básica de Saúde Jardim América, município de Bom Despacho, estado de Minas Gerais. 18
- Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, estado de Minas Gerais, 2020. 35
- Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, estado de Minas Gerais, 2020. 36
- Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, estado de Minas Gerais, 2020. 37
- Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, estado de Minas Gerais, 2020. 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CMFT | Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| SEBRAE | Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| NEFROBOM | Centro de Hemodiálise Bom Despacho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Aspectos gerais do município..... | 12 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 13 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 14 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Jardim América..... | 14 |
| 1.5. A Equipe de Saúde da Família América, da Unidade Básica de Saúde Jardim América | 15 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jardim América | 15 |
| 1.7 O dia a dia da equipe Jardim América | 16 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)..... | 17 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)..... | 18 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 21 |
| 3.1. Objetivo Geral: | 20 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 20 |
| 4 METODOLOGIA..... | 22 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 24 |
| 5.1 A Criação da Estratégia Saúde da Família | 24 |
| 5.2 Considerações sobre o processo de trabalho..... | 26 |
| 5.3 A importância do trabalho em equipe na Atenção Básica em Saúde..... | 27 |
| 5.4 Acolhimento, Demanda Espontânea e Demanda Programada..... | 29 |
| 5.5 Educação em Saúde..... | 32 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 33 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 33 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)..... | 33 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)..... | 34 |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo) | 34 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS | 40 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Bom Despacho é uma cidade com 51.028 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para 2020. Está localizada na Mesorregião Central Mineira, na região do Alto São Francisco. Com uma área de 1.213,546 km², fica a 156 km de Belo Horizonte (IBGE, 2018).

Vale destacar os avanços que a cidade de Bom Despacho vem alcançando., pois a partir de 2000,

[...] a cidade recebeu sua primeira universidade, a FUNPAC – Fundação Universidade Presidente Antônio Carlos, posteriormente chamada de UNIPAC, ALIS e atual UNA, oferecendo diversos cursos superiores a população. Foi instalado, ainda, o SESC-Laces, pólo de entretenimento e lazer em Bom Despacho. Mais recentemente, a cidade foi agraciada com um hemocentro para atender os habitantes com problemas renais e a Universidade Aberta do Brasil – UAB, que oferece ensino de qualidade à distância e gratuito (BOM DESPACHO, 2020, s.p.)

É considerada polo para algumas cidades de pequeno porte , tendo recebido em 2015 o título de 4ª melhor cidade de pequeno porte de Minas Gerais. Está interligada aos principais centros urbanos da região por rodovias asfaltadas como a BR-262 e MG-164, esta última liga o município a BR-040. (BOM DESPACHO, 2018)

Ressalta-se que no município a taxa de escolarização de pessoas de 6 a 14 anos de idade é de 98,3% e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) das séries iniciais do Ensino Fundamental, na rede pública foi de 6,7%, em 2017 (IBGE, 2018). É conhecida regionalmente por abrigar o 7º Batalhão da Polícia e a 28ª Delegacia Regional da Polícia Civil. Isso faz desta cidade ponto estratégico no que diz respeito às atividades de segurança desenvolvidas pelo Estado (BOM DESPACHO, 2018).

Bom Despacho também faz parte do polo calçadista de Nova Serrana, ou seja, a dinâmica gerada por essa indústria no centro-oeste mineiro reflete diretamente no município, pois a distância entre essas duas cidades é de apenas 37 km.

O município está entre as trinta cidades brasileiras com maior produção leiteira do país (BOM DESPACHO, 2018). À produção local soma-se a produção de algumas cidades vizinhas. Parte desta produção é levada ao mercado consumidor como leite pasteurizado. Outra parcela é convertida em derivados, como queijo, iogurte, requeijão, doce de leite.

Do início da segunda metade do século XX até meados dos anos noventa, o Brasil teve elevado crescimento populacional. Foi um fenômeno típico de países em desenvolvimento. Entre o final do século XX e início do século XXI o crescimento enfraqueceu. Isso resultou em significativa mudança na composição etária da população. O número de idosos vem aumentando e o número de jovens e crianças, diminuindo. (BOM DESPACHO, 2018, s.p).

A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentada a região com a Festa da Nossa Senhora do Rosário e seus grupos de congado, nos meses de Julho e Agosto.

1.2 O sistema municipal de saúde

Segundo a Prefeitura Municipal de Bom Despacho (2018), há cerca de 18 anos, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a finalidade de reorganizar a atenção básica e conta hoje com 14 equipes na zona urbana e uma equipe na zona rural cobrindo 100% da população.

Um grande problema no desenvolvimento da Equipe de Saúde da Família é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos e enfermeiros, pois houve uma desvalorização salarial importante, devido a esse motivo, os profissionais não se fixam no emprego neste município. Essa rotatividade apresenta consequentes prejuízos na implantação da Estratégia de Saúde da Família, considerando os custos com capacitações da equipe, interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários e, principalmente, incapacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade.

A atenção à saúde no Brasil segue uma organização descentralizada, que estabelece diferentes níveis visando à garantia de um atendimento mais efetivo às pessoas em suas diferentes condições de saúde. O modelo de organização brasileiro segue os padrões determinados pela Organização Pan-Americana de Saúde (2011), os quais os serviços de saúde devem ser organizados de acordo com a complexidade das ações necessárias para promover, restaurar ou manter a saúde da população.

A Atenção Primária à Saúde de Bom Despacho, dispõe de 15 equipes de ESF. Atualmente, uma está sem médico e outra sem enfermeiro, todas com atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (três equipes) e dez ESF com equipe de saúde bucal.

Para realizar o atendimento à clientela, os profissionais são orientados através de um protocolo padrão, que inclui o acolhimento durante toda a jornada de trabalho. São realizadas consultas programadas, agendadas, atendimento da demanda espontânea, renovação de receitas, atendimento estendido para Saúde do Trabalhador. Em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de forma a qualificar e valorizar os trabalhadores, ao passo que qualifica a atenção prestada e o acesso da população aos serviços da ESF.

Em relação à Atenção Especializada, o município tem o Centro de Especialidades Médicas (CEM) que oferece serviços especializados para 100% (cem por cento) da população. É referência para a microrregião de saúde de Bom Despacho. Conta, também, com Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD), Serviço de apoio ao diagnóstico e, na saúde mental, tem os serviços do Núcleo de Atenção a Saúde Mental (NASM) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros. Quanto aos serviços hospitalares, tem a Santa Casa de Bom Despacho, instituição filantrópica, unidade hospitalar contratualizada ao SUS, que oferece serviços na média complexidade para 100% da população. Conta com um Pronto Atendimento Municipal e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). (BOM DESPACHO, 2018).

Ainda no que diz respeito ao Sistema de Saúde, relativo ao serviço de alta complexidade, o município possui o Centro de Hemodiálise Bom Despacho (NEFROBOM) que atende por meio da prestação do serviço de hemodiálise (BOM DESPACHO, 2018).

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Jardim América (ESF): bairros Jardim América, parte do São José, Belvedere Dom Joaquim, Novo Dom Joaquim, Gameleira e zona Rural, com cerca de 4500 pessoas, localizada na região Centro-sul do município. A população residente nesta região em sua maioria está empregada. . A maioria das residências possui saneamento básico e tem ótimas condições. A taxa de analfabetismo é baixa, somente alguns idosos não conseguem ler e escrever. A associação de bairro é bastante ativa, a população usufrui de uma creche e escola infanto-juvenil. A população conserva hábitos e costumes próprios

da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas de Congado.

A ESF Jardim América possui 1.385 famílias cadastradas com um total de 4.029 pessoas. De acordo com dados observados no e-Gestor (2019), a população feminina é um pouco maior que a masculina, representando 51,65% do total de pessoas cadastradas. No último ano nasceram 92 crianças, sendo 66 do sexo feminino. A população jovem representa 21% do número do total de pessoas cadastradas, em contrapartida a população idosa representa 17%, mostrando o predomínio, no interior da estrutura etária, de grupos etários jovens.

O programa e-Gestor é usado no município para cadastramento de famílias nas UBS e atendimento em prontuário eletrônico, ele alimenta automaticamente e-SUS.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Jardim América

A unidade Básica de Saúde da Equipe Jardim América foi inaugurada há 10 anos e está situada na região periférica em relação aos bairros que a ESF faz cobertura. A Unidade fica a três quilômetros do centro da cidade. É uma casa alugada, adaptada para ser uma UBS. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando o número de usuários cadastrados que utilizam a UBS.

A casa é antiga, porém, foi reformada para ser adaptada; os consultórios não possuem lavatório e nem banheiro. A unidade possui somente um banheiro para os pacientes. A área destinada à recepção é muito pequena, situa-se no início do corredor, com uma área de 2 metros quadrados, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento é gerado certo tumulto na recepção da UBS.

A sala de curativo fica perto da entrada da unidade, separada por divisórias da sala de medicamento e não tem sala de observação. A sala de espera foi improvisada na garagem da casa, não existe sala de reuniões, elas são realizadas na sala de pré-consulta, um ambiente com pouca luminosidade. Acredita-se que por esse motivo as pessoas não comparecem às reuniões, ou seja, temos dificuldade de reunir com grupo maior de usuários.

1.5. A Equipe de Saúde da Família América, da Unidade Básica de Saúde Jardim América

A equipe de Saúde da Família América, da UBS Jardim América é composta por 11 profissionais de todos eles tem uma carga horária de 40 horas semanal. São eles: cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma médica, duas técnicas de enfermagem, uma cirurgiã dentista e uma técnica de higiene dental

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jardim América

O funcionamento da Unidade de Saúde ocorre de segunda à sexta-feira, no horário de 7h às 11h e de 13h até às 17h. O tempo da equipe Jardim América está, exclusivamente, no período da manhã para atendimento da demanda espontânea. No período da manhã são realizados atendimentos agendados, como receita e consultas de controle. Todos os profissionais da equipe fazem acolhimento. A cada 15 dias acontecem reuniões de equipe, nesse momento todos os membros têm a oportunidade de dialogar, tirar dúvidas e passar informações de trabalho, programação dos grupos e discussão de casos da comunidade.

De acordo com a experiência da autora, a organização entre as diversas especialidades se dá pela referência ou encaminhamento médico. Esta referência é realizada através do preenchimento de uma guia existente no sistema do prontuário eletrônico, que é impressa com o detalhamento das condições que motivaram o encaminhamento e entregue ao paciente. Este deixa seus dados na recepção que, após serem protocolados, são levados para a regulação municipal para serem analisados. Quando surge a vaga, o paciente é chamado através de contato telefônico, seja para um especialista local ou de outro município. Infelizmente não há no município um serviço de contra referência.

O modelo de atenção que tentamos desenvolver no município é o de cuidado às condições crônicas. É um trabalho árduo, que aos poucos a população está se conscientizando sobre prevenção de doenças e seus cuidados. Todos os dias são atendidas demandas de condições agudas, mas orientamos a importância do cuidado a promoção de saúde, do agendamento de consultas e não a busca imediata de atendimento somente para eventos agudos.

A Secretaria de saúde implantou o prontuário eletrônico há um ano. Neste sistema todos os fluxos, atendimentos (básicos, especializados e do pronto atendimento) e solicitações de exames complementares ficam registrados no

prontuário do paciente. Essa implantação melhorou imensamente a visão dos serviços que o paciente utilizou.

1.7 O dia a dia da equipe Jardim América

O trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional tem sido relevante principalmente quanto ao atendimento aos pacientes graves que procuram a UBS e que pela falta de recursos próprios na unidade, geralmente são encaminhados para outras cidades, como Belo Horizonte e Divinópolis.

Os agentes comunitários de saúde, nos horários de 7 às 8 horas ficam na unidade digitando os dados no sistema para atualizar informações das famílias cadastradas. Depois desse horário eles já iniciam as visitas domiciliares. Toda manhã eles separam os prontuários das famílias das microáreas que possuem atendimento agendado do dia e também ajudam na sala de espera, dando orientações para quem aguarda atendimento.

A enfermeira no período da manhã fica exclusivamente para o atendimento da demanda espontânea. No período da tarde atende consultas agendadas: puericultura, pré-natal e exame preventivo de colo de útero. Dá apoio na vacinação e curativos durante todo o período de funcionamento da UBS. Realiza coordenação e gerenciamento de toda equipe.

As técnicas de enfermagem fazem curativos, vacinação, medidas antropométricas, participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde. Prestam apoio na recepção da unidade, acolhendo os usuários.

A médica na primeira hora de atendimento faz renovação de receitas controladas. Após esse período atende consultas agendadas, alternando com as demandas espontâneas. No período da tarde é realizado o atendimento da agenda programada: hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, puericultura, visitas domiciliares.

A cirurgiã-dentista durante todo período da manhã realiza atendimentos agendados e intercala nesse período os atendimentos de urgência. No período da tarde, entre 13 às 14 horas, ela faz a triagem de atendimentos para agendamento de consultas. Após esse período, realiza os atendimentos agendados.

A técnica de higiene dental acolhe todos os usuários que desejam atendimento odontológico. Auxilia a dentista em procedimentos, ajudando com a instrumentação. Faz a limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho no final de seu expediente.

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

Foi realizado o método de estimativa rápida para a definição dos problemas que mais impactam a rotina da ESF Jardim América.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.38).

A partir do diagnóstico situacional os problemas detectados pela equipe de saúde da família Jardim América são os seguintes:

- Excesso de atendimento da demanda espontânea, a população parece dar mais importância às condições agudas do que as crônicas.
- Prontuário eletrônico: problemas com a implantação e manuseio;
- Uso abusivo de psicotrópicos por grande parte da população;
- Falta de adesão ao esquema terapêutico acordado entre paciente e médico;
- Estrutura física da UBS apresenta algumas irregularidades e deficiências;
- Falta de medicação na farmácia municipal.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

As prioridades são estabelecidas coletivamente, uma vez que é difícil todos os problemas serem resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos). Como critérios para priorização dos problemas, o grupo considerou: a importância que o problema representa para a equipe, sua urgência em resolvê-lo e a capacidade do grupo para seu enfrentamento.

Quadro 1: Classificação de prioridade/problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Jardim América, Unidade Básica de Saúde, Bom Despacho, MG

| Problemas | Importância * | Urgência ** | Capacidade de enfrentamento *** | Seleção/Priorização **** |
|---|----------------------|--------------------|--|---------------------------------|
| Excesso de atendimento da demanda espontânea | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Prontuário Eletrônico: problemas com a implantação e manuseio | Média | 5 | Parcial | 2 |
| Uso abusivo de Benzodiazepínicos | Alta | 5 | Parcial | 3 |
| Falta de adesão ao esquema terapêutico | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| Estrutura física da UBS apresenta irregularidade. | Alta | 4 | Fora | 5 |
| Falta de medicação na Farmácia Municipal | Alta | 4 | Fora | 6 |

Fonte: autora do estudo, 2020

*Alta, média e baixa

**Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

**** Ordenar considerando os três itens.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo foi realizado pela necessidade de reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde Jardim América, em Bom Despacho, no âmbito do atendimento à demanda programada, demanda espontânea e acolhimento.

A Estratégia Saúde da Família é considerada como o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde. É esperado que este modelo assistencial seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo único e articulado de acordo com a realidade familiar e da comunidade. É necessário que os profissionais de saúde da ESF incentivem a criação de um movimento de mudança no modo de se conduzir o cuidado em saúde.

Constatou-se partir de dados obtidos na produção diária da UBS Jardim América, que a demanda espontânea corresponde a 60% do total de atendimentos realizados na unidade (e-GESTOR, 2019). O tempo exigido para que os profissionais realizem esse tipo de atendimento dificulta a dedicação a outras atividades que caracterizam a estrutura do Programa Saúde da Família.

Diante do aumento da demanda espontânea, bem como do absenteísmo nas consultas programadas, a equipe de saúde Jardim América se propôs a estudar estas situações com a finalidade de repensar o processo de trabalho em saúde vigente na unidade em questão. Vê-se a necessidade de melhorar o fluxo das atividades agendadas para prover um atendimento de qualidade pelos profissionais de saúde à população que procura a unidade.

Além disso, pretende ampliar a visão da comunidade quanto à percepção de saúde e morbidades dessa clientela, que são recursos-chave tanto para garantir retaguarda ao acolhimento quanto à continuidade do cuidado. Assim, a autora se propõe elaborar um plano de intervenção para que os objetivos propostos sejam alcançados.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Elaborar um plano de intervenção visando reorganizar o fluxo de atendimento à demanda espontânea e à demanda programada da Equipe de Saúde da Família Jardim América, Bom Despacho, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

- Discutir a com a equipe a melhor forma de organizar o fluxo de atendimento para urgências clínicas;
- Incentivar a população através de grupos operativos para melhorar a adesão ao cuidado de doenças crônicas através da demanda programada.
- Prover um atendimento de qualidade pelos profissionais de saúde às pessoas que procuram a unidade

4 METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção cuja temática está relacionada à proposta de reorganização do processo de trabalho no atendimento à demanda programada e demanda espontânea e acolhimento pela na equipe de saúde da família Jardim América, Bom Despacho, Minas Gerais.

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), pela estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018). “Neste método, o futuro não é determinístico e a realidade é continuamente acompanhada. Quando houver uma mudança da situação real, o plano é imediatamente ajustado” (FROTA, 2014, p.13). O Planejamento Estratégico Situacional é flexível, não existe um plano acabado.

Por meio do plano de intervenção, obtém-se tomadas de decisão que são ações planejadas, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos. O plano será desenvolvido na UBS Jardim América, Bom Despacho, MG e contemplará a população usuária do serviço de saúde do bairro em questão.

Antes, porém, foi realizado um diagnóstico situacional para avaliar os principais problemas que impactam no desempenho das atividades da equipe de saúde da família Jardim América. Segundo Silva, Koopmans e Daher (2016) o diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais. Deve ser elaborado com dados oriundos da participação efetiva das pessoas que atuam no local de estudo, não ficando somente na responsabilidade dos profissionais de saúde, todos os atores devem ser ouvidos.

Para a revisão bibliográfica foi consultada a Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e publicações do Ministério da Saúde e do Município de Bom Despacho com o período de busca entre os anos de 2003 a 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: demanda espontânea, demanda programada, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Processo de trabalho, Educação em Saúde.

O plano de intervenção foi elaborado destacando o problema apontado como prioritário e se compõe de 10 passos, descritos abaixo:

Primeiro passo: identificação dos problemas

Segundo passo: classificação e priorização de problemas

Terceiro passo: explicação do problema selecionado

Quarto passo: descrição do problema selecionado

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Sexto passo: desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto / resultados esperados, produtos esperados).

Sétimo passo: identificação dos recursos necessários / recursos críticos / controle dos recursos críticos

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano – controle de recursos críticos: atores, motivação e ação estratégica

Nono passo: elaboração do plano operativo

Décimo passo: gestão do plano (FARIA;CAMPOS;SANTOS, 2018)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Criação da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vislumbrou a reversão do modelo assistencial antes vigente, onde predominava o atendimento emergencial, centrado na prática privada médico-assistencialista, hospitalocêntrico, baseada na doença, com fragmentação dos cuidados e especialização da medicina.

Sabe-se que “a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 1994 e sua qualificação e de “ outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais”. (BRASIL, 2012, p.23).

O modelo assistencial hospitalocêntrico foi questionado pelo movimento de reforma sanitária que exigia mudanças no Sistema Nacional de Saúde e teve como marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que se aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sofrendo mudanças desde então (BRASIL, 1986).

Por meio da Constituição Federal de 1988 o conceito saúde foi reconhecido através do 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,1988).

Além disso, a Estratégia Saúde da Família é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária. (BRASIL, 2020). Através da ESF, é possível reorganizar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde, com uma maior possibilidade de aprofundar os princípios do SUS. É no âmbito das unidades básicas de saúde e das atividades da Estratégia Saúde da Família é que dá o “contato preferencial dos usuários com o SUS, constitui um nível importantíssimo do sistema. No entanto, é necessária a existência de outros níveis, de média e de alta complexidade, capazes de assegurar a integralidade da atenção” (FARIA *et al.*, 2019, p.15).

Dentre os objetivos específicos da ESF, estão incluídos: intervenção sobre os riscos aos quais a população está exposta, estabelecimento de ações voltadas para a promoção da saúde, prestação de atendimento na unidade de saúde e domiciliar, “assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários” (FARIA *et al.*, 2019, p.17).

Reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida, estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social, estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral à saúde da população da área adscrita (MARTINS; SANTOS, 2012).

Nessa transição, de um modelo hospitalocêntrico, centrado na cura de doenças para um modelo que busque a promoção da saúde, vários progressos foram atingidos. Mas muitas características do antigo modelo ainda persistem, como o atendimento centrado no médico, onde a demanda é reprimida, determinando consultas curtas onde não há espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves: que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado, desenvolvendo vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe. Nesse sentido, entende-se que:

[...] uma vez que o atendimento é médico-centrado, a demanda torna-se maior, fazendo com que o médico tenha que atender um número maior de pacientes, encurtando o tempo das consultas, não dando espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves que seriam a interpretação das pessoas, mas ele não é concreto e subjetivo se dá pelo acesso à percepção, que permitem outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização. (FRANCO; MERHY, 2003 *apud*. SOUSA; ABRAHÃO, 2010, p. 88).

Segundo Fortes (2015) a organização do trabalho em equipe na ESF é contemplado pelas necessidades da sua comunidade, buscando uma relação próxima com o usuário, que deve ser visto como corresponsável pelas ações, é um processo dinâmico entre colaboradores e população.

5.2 Considerações sobre o processo de trabalho

Colmán e Pola (2019, p.179) caracterizam o “ trabalho como uma interação do homem com o mundo natural, de tal modo que os elementos deste último são conscientemente modificados para alcançar um determinado propósito”.

De acordo com Sordi (2012) citado por Espindola (2014, p.21) “os processos são fluxos de trabalho orientados para atender os objetivos da organização, e que, pela perspectiva do cliente, proporcionam a agregação de valor.” É uma sequência de atividades integradas que geram valor para um cliente.

A Fundação Nacional da Qualidade (2013) conceitua que os processos são formados pelo conjunto das atividades inter-relacionadas que transformam insumos em produtos. E ainda, numa abordagem mais técnica, é um conjunto de atividades preestabelecidas que implementadas numa sequência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas.

Segundo Faria *et al.* (2009, p.24) o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais e como realizamos o nosso trabalho é chamado de processo de trabalho. “É o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto, para obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Conforme Ribeiro, Pires e Blan Jr. (2008, p.439) o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços. “É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização”. Não tem como resultado um produto tangível, independente do processo de produção. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016, p. 65).

Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2008 *apud* FONTANA, LACERDA; MACHADO, 2016, p. 65).

A implantação de mecanismos que monitorem as condições necessárias para execução do processo de trabalho torna-se fundamental, uma vez que o serviço prestado pelas equipes de saúde dependem diretamente de suporte administrativo, da adequação de estrutura e organização das ações consoantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016, p.64).

O processo de trabalho mostra-se como o ponto estratégico da mudança. Pautado não pelo modelo médico-hegemônico, mas pelo olhar de todos os membros da equipe, com atenção interdisciplinar, postura acolhedora e estabelecadora de vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários. Segundo a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2017) nesse processo, o papel dos gestores deve ser afirmado em seu potencial de permear, sustentar e estimular a integração dos trabalhadores, avançando em relação aos dispositivos de gestão participativa. A formação de colegiados ampliados deve ser estimulada, pautando o processo de trabalho e a condução dos serviços.

Nesses espaços é que se deve construir o trabalho, quando vêm à tona conflitos, impossibilidades, lacunas, entraves que incidem na própria rede e sujeitos, produzem desconforto, inquietação e, conseqüentemente, apontam para mudanças; portanto devem ser tomados como potencializadores para análises. Trabalhar o que produz impasses e avanços interfere, diretamente, na qualidade do trabalho nesta rede (BELO HORIZONTE, 2017, p.1).

5.3 A importância do trabalho em equipe na Atenção Básica em Saúde

Para se caracterizar equipe é necessário que duas ou mais pessoas trabalhem juntas e que dependam umas das outras para que o objetivo seja alcançado. Em se tratando de saúde, é tudo o que se espera dos profissionais. Assim, buscou-se Gomes Jesus e Spaziani (2014, s.p.) para afirmar que equipe é definida como “pequeno número de pessoas com conhecimentos complementares, compromissadas com propósito, metas de desempenho e abordagem comuns, e pelos quais se mantêm mutuamente responsáveis.”

A equipe atua com a intenção de colocar os objetivos do grupo acima dos interesses que elas próprias têm dentro dele, além de terem uma meta semelhante. Equipe é quando há ajuda entre todos, agindo de forma eficiente, eficaz, coesa, motivada e integrada. (GOMES; JESUS; SPAZIANI, 2014, s.p).

O trabalho em equipe é fundamental para o funcionamento adequado do processo de trabalho na UBS. Conforme Peruzzo *et al.* (2018) constitui uma importante estratégia de articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança e superar o distanciamento dos saberes. Neste sentido, constitui um instrumento singular para alcançar melhorias na assistência oferecida ao indivíduo e, conseqüentemente, atingir resultados terapêuticos melhores.

O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto a assistência ou cuidados a se prestar (SCHRAIBER *et al.*, 1999 *apud* RIBEIRO; PIRES; BLAN JR, 2004, p. 444)

Para tanto, as unidades são compostas por uma equipe mínima (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde). Algumas possuem equipes de saúde bucal e também contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composto por nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e assistente social.

[...] ensaja-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto. (KELL; SHIMIZU, 2010, p.1534)

Para Chiavenato (2010), a equipe necessita de ser incentivada para buscar novos conhecimentos, que o desenvolva tanto pessoal como profissionalmente e possa compartilhar as informações adquiridas. Para isso acontecer é importante a participação da liderança como influenciador. Principalmente porque o líder deve proporcionar à equipe um momento para que aconteça as discussões de ideias e sugestões (GOMES; JESUS; SPAZIANI, 2014).

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca, de dupla mão, entre trabalho e interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e lhes permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI *et al.*, 2010, p. 631).

Alguns estudiosos destacaram em seus escritos que,

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e

conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas. (COTTA *et al.*, 2006, p. 8).

Para Carvalho (2009, p.94) equipe é considerada:

[...] um conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns, obtidos pela negociação entre os membros envolvidos em um plano de trabalho bem difundido.

5.4 Acolhimento, Demanda Espontânea e Demanda Programada

A Política Nacional de Humanização do SUS estabelece o acolhimento, como uma das diretrizes dessa política pública. Que possui como objetivos melhorar o vínculo entre profissionais e usuários, além de assentir o usuário como participante ativo na produção de saúde (BRASIL, 2006).

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada (GUERRERO *et al.* 2013. p.133).

Como mostram Garuzi *et al* (2014), o acolhimento é entendido como uma tecnologia leve que deve ser usada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde. Trata-se de uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário. **É**, ainda, uma possibilidade de universalizar o acesso e um modo de organizar o processo de trabalho em saúde, fundamentado na ação de equipe multiprofissional e centrado no usuário. O ato de acolher deixa de se resumir à triagem e passa a envolver a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas.

A implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças na organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Demanda espontânea é todo atendimento fornecido ao usuário que procura a unidade de saúde que não foi agendado, ou seja, que não está dentro das atividades programadas. Representa uma necessidade momentânea do usuário, pode ser uma dor ou sintoma que o levou a procurar um atendimento. (BRASIL, 2013)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) estes são alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ao urinar; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.

É importante que as equipes discutam o modo como a equipe multiprofissional participa do acolhimento: quem recebe o usuário; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar ou agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais e que outras ofertas de cuidado podem ser necessárias.

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, fazendo com que os usuários formem filas na madrugada, nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico: o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico (BRASIL, 2013, p.22)

Segundo Oliveira e Marinus (2016), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

1) Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função principal, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

3) Qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. “Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde” (BRASIL, 2013, p.20).

Segundo Motta e Siqueira-Batista (2015), a Estratégia Saúde da Família tem como princípio a busca pela reorganização do modelo assistencial, por meio de programas de saúde que têm foco em afecções frequentes, a partir do perfil epidemiológico da população. Preconiza que as pessoas acometidas tenham atenção prioritária, através de ações de prevenção de riscos e agravos a saúde, tratamento e reabilitação, com vistas à promoção da saúde.

A demanda programada se caracteriza pela marcação prévia dos atendimentos, referentes a um problema de saúde que precisa ser evitado ou tratado, e pela organização das agendas dos profissionais, segundo tipos específicos de atendimento (por programas ministeriais, e grupos específicos como: criança, adulto, mulher, idoso, portadores de doenças crônicas, dentre outros). Por essa razão, a demanda programada, advém de um rastreamento epidemiológico, por meio do qual, identificam-se os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que interferem no perfil de morbimortalidade da região. (SANTANA, 2011).

Em relação à demanda espontânea e demanda programada: “Esta se diferencia da demanda programada porque a primeira representa a necessidade autopercebida pelo cliente, geralmente, de resolução imediata, o que confere sua busca ao serviço de saúde” (SANTANA, 2011, p.137). Por sua vez, na prática diária, a segunda configura um atendimento agendado, seja pelo intuito do próprio usuário ou pela concretização da busca ativa do profissional em relação ao paciente.

5.5 Educação em Saúde

É observado que a evolução da organização da saúde mundial e no Brasil tem tendenciado para o fortalecimento da atenção primária em saúde, que segundo Feijão e Galvão (2007, p.42) “tem como um dos principais objetivos a promoção da saúde como instrumento para a capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde”. Estas relações revelam que para haver a efetivação da promoção da saúde de comunidades e indivíduos, “devem-se utilizar ferramentas que possibilitem esta capacitação e controle, como a educação em saúde”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.19) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. 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 de saúde de acordo com suas necessidades.

Para Mendes e Viana, citados por Ruiz-Moreno *et al.* (2005, p. 195), a educação influencia e é influenciada “pelas condições de saúde, estabelecendo um estreito contato com todos os movimentos de inserção nas situações cotidianas em seus complexos aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, dentre outros”.

Concepções críticas e participativas têm conquistado espaços e compreendem a educação em saúde como desenvolvida para alcançar a saúde, sendo considerada como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (SALCI *et al.*, 2013, p. 225).

Ruiz-Moreno (2005, p.196) aborda que o processo de educação em saúde amplia-se envolvendo “três eixos temáticos: formação de profissionais, educação para a saúde e educação permanente”.

Eixo da formação de profissionais para a futura atuação no campo da saúde tem sua ênfase nos processos formativos desenvolvidos nos níveis de graduação, especialização e pós-graduação.

Eixo Educação para a saúde envolve as práticas educativas desenvolvidas no campo da promoção da saúde, buscando atuar no âmbito coletivo sem, contudo, negar ou secundarizar a dimensão subjetiva.

Eixo Educação Permanente concretiza-se nos movimentos já presentes no processo de formação; ressignificando as concepções de aprendizagem, conhecimento, ensino, estudo e trabalho.

Nesse sentido, Salci *et al.* (2013, p. 225) afirmam que educação em saúde não pode ser circunscrita somente às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde.

Sendo considerada uma importante ferramenta em promoção da saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetiva atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Para que a promoção da saúde efetivamente ocorra com a instrumentalização da educação em saúde, além da compreensão da temática, dos conceitos e dos aspectos que ela abrange, é imprescindível a associação dessa prática à comunicação, informação, educação e escuta qualificada.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema levantado como prioritário: “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A caracterização do problema para se ter uma ideia da sua proporção tem-se que :definimos como prioridade mais urgente a questão da grande procura da população pela demanda espontânea em relação ao agendamento da demanda programada. Diariamente são realizados em média 30 atendimentos de demanda espontânea, ao passo que são registradas em média cinco faltas de consultas de demanda programada.

Este é um problema contínuo na nossa UBS. Tanto os usuários quanto os profissionais sentem-se insatisfeitos e frustrados com o fluxo de atendimento. Cada um com o seu motivo: de um lado o profissional com o excesso de atendimentos de demanda espontânea, sentindo-se sobrecarregado e do outro lado o usuário com queixas, na maioria das vezes, de agudização de problemas crônicos, requerendo atendimento imediato.

Visto o grau de estresse bilateral, optamos como prioridade mais urgente a organização do processo de trabalho para organizar o fluxo de atendimento da demanda espontânea e demanda programada.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Nesta fase do projeto de intervenção ocorre o entendimento da gênese do problema através da identificação das suas causalidades. O modelo atual proposto pelo Sistema Único de Saúde atribui à Atenção Primária ser a porta de entrada para o sistema, diante disso a estrutura da Atenção Básica deve ser preparada para receber essa demanda.

O problema que observamos na Unidade Básica de Saúde Jardim América é a alta procura da população pelo atendimento de demanda espontânea. Acreditamos que esse fato é consequência da falta de informação aos usuários, que procuram o serviço de saúde principalmente para tentar resolver problemas agudos.

Essa situação interfere em todo processo de trabalho da equipe, que não tem estrutura para atender o volume de pessoas que procura atendimento imediato. Um problema que detectamos é que as Unidades Básicas de Saúde do município não possuem nenhum modelo específico de triagem de pacientes, como o protocolo Manchester, que norteia e organiza a prioridade de atendimento dos usuários.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Análise, através da observação das causas do problema, daquelas consideradas como mais importantes na origem do problema. Para realizar essa análise foi utilizado o conceito de “nó crítico”, que é “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.61).

Os “nós críticos” encontrados pela equipe são:

1. Desorganização para desenvolver o processo de trabalho em equipe;
2. Nível de informação: dificuldades para informar o usuário do SUS;
3. Estrutura física inadequada para prestar atendimento com qualidade;
4. Hábito e estilo de vida inadequado da comunidade.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

De acordo com Faria, Campos e Santos (2018), para a realização desse passo é necessário correlacionar, para o enfrentamento de cada “nó crítico” a operação/projeto, os resultados e produtos que são esperados, e também os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º - 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, MG, 2020

| | |
|---|---|
| Nó crítico 1 | Desorganização para desenvolver o processo de trabalho em equipe |
| (6º passo)Operação (operações) | Implantar protocolos de atendimentos para doenças crônicas e implantação de triagem classificatória de risco, Protocolo de Manchester |
| (6º passo)Projeto | <i>Linha de cuidados</i> |
| (6º passo)Resultados esperados | Cobertura de 80% da população que possuem problemas crônicos de saúde e classificação de risco eficiente |
| (6º passo)Produtos esperados | Linhas de cuidados para comorbidades crônicas implantadas; protocolos implantados; recursos humanos capacitados. |
| (6º passo)Recursos necessários | Organizacional: adequação dos fluxos de referência e contra referência e intersetorial. Cognitivo: elaboração do projeto de linhas guia para cuidados e protocolos. Financeiro: recursos para aquisição de material para estudo. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão profissional |
| (7º passo) Viabilidade do plano - Recursos críticos | Político: Adesão da gestão local Cognitivo: Profissionais e capacitação da formação em educação permanente. Organizacional – Setor da regulação mal estruturado Financeiro: recurso para realizar o curso do Protocolo de Manchester |
| (8º passo) Controle dos recursos críticos – ações estratégicas | Secretaria de saúde: Favorável Articulação setorial da assistência da saúde: Favorável Apresentar projeto de implantação das Linhas guia para secretaria de saúde. |
| (9º passo) acompanhamento do plano, responsáveis e prazos | Coordenadora da atenção básica e enfermeira Início em 3 meses e finalização em 12 meses. |
| (10º passo) Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Coordenadora da atenção básica(coordenação geral), enfermeira (replanejamento) e médica da equipe de saúde da família Linha de cuidado implantada aos dois meses Correções e novos prazos em 14 meses, monitoramento trimestral. |

Fonte: Autora do estudo, 2019

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, MG, 2020.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 2 | Nível de informação: dificuldades para informar o usuário do SUS. |
| (6º passo) Operação (operações) | Aumentar o nível de informação da população sobre o autocuidado |
| (6º passo) Projeto | <i>Saber Viver</i> |
| (6º passo) Resultados esperados | População mais informada sobre a importância dos cuidados em doenças crônicas e sobre o cuidado planejado e autocuidado. |
| (6º passo) Produtos esperados | Grupos educativos e população participando nos espaços de convivência |
| (6º passo) Recursos necessários | Organizacional: espaço para convivência e acolhimento Cognitivo: conhecimento sobre o tema e aprendizagem de técnicas pedagógicas. Político: articulação intersetorial, parceria com o setor de Educação Financeiro: recursos para garantir materiais de apoio |
| (7º passo) Viabilidade do Plano - Recursos críticos | Político – Adesão da gestão local Organizacional – Espaço para convivência Financeiro: recursos para aluguel do espaço de convivência |
| (8º passo) Controle dos recursos críticos – ações estratégicas | Secretaria de Saúde: favorável Secretaria de Educação: indiferente, o que fazer: articular ações para aumentar o interesse da secretaria de Educação. |
| (9º passo) acompanhamento do plano, responsáveis e prazos | - Início em três meses, com avaliação de 4/4 meses Enfermeira, Nutricionista, Fisioterapeuta |
| (10º passo) Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Acompanhamento de processo de implantação e funcionamento dos grupos educativos e dos espaços de convivência Avaliação e monitoramento de 4/4 meses. |

Fonte: Autora do estudo, 2019

Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, estado de Minas Gerais.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 3 | Estrutura física inadequada para prestar atendimento com qualidade |
| (6º passo) Operação (operações) | Melhorar a estrutura física do serviço para melhorar a qualidade do atendimento |
| (6º passo) Projeto | <i>Cuidar Melhor</i> |
| (6º passo) Resultados esperados | Melhorar o nível de satisfação dos usuários e profissionais com um ambiente estruturado. Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos de 80% da população com condições crônicas |
| (6º passo) Produtos esperados | Reforma da UBS com adequação dos ambientes de trabalho. Aumentar a cota de exames e garantir a oferta de medicamentos disponíveis pelo SUS. |
| (6º passo) Recursos necessários | Organizacional: elaboração do projeto de reforma da UBS. Cognitivo: elaboração da estruturação Financeiro: reforma da UBS, licitação de medicamentos e exames. Político: decisão de recursos para estruturar o serviço. |
| (7º passo) Viabilidade do plano - Recursos críticos | Político: apoio para liberação de recursos Financeiro: recurso para a obra Cognitivo: elaboração do projeto de reforma Organizacional: casa de apoio para realizar os atendimentos enquanto ocorre a reforma da UBS. |
| (8º passo) Controle dos recursos críticos – ações estratégicas | Secretaria de Saúde: indiferente Associação de bairro: favorável Sensibilizar os gestores para melhorias na estrutura e discutir com eles o projeto. |
| (9º passo) acompanhamento do plano, responsáveis e prazos | Apresentar projeto sobre a importância da Reestruturação da UBS para a Secretaria de Saúde. |
| (10º passo) Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Três meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação de recursos e 4 meses para iniciar as obras. Monitoramento e avaliação de 4/4 meses. Responsáveis: Enfermeira, médica, coordenadora da atenção básica |

Fonte: Autora do estudo, 2019

Quadro 5 – Desenho das operações(6ºpasso) e viabilidade e gestão (7º -10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Excesso de atendimento à demanda espontânea e faltas em demanda programada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim América, do município Bom Despacho, MG, 2020.

| | |
|---|--|
| Nó crítico 4 | Hábito e estilo de vida inadequado da comunidade |
| (6º passo)Operação (operações) | Conscientizar a clientela para a melhora do estilo de vida |
| (6º passo)Projeto | <i>Viva Melhor</i> |
| (6º passo)Resultados esperados | Estimular bons hábitos de vida: alimentação equilibrada e atividade física regular, diminuindo em 20% o número de sedentários em um ano. |
| (6º passo)Produtos esperados | Programa de caminhada orientada, campanha em rádio local sobre hábito de vida saudável com o apoio da Nutrição |
| (6º passo)Recursos necessários | Político: conseguir espaço na rádio local, mobilização social. Cognitivo: informação sobre o tema Organizacional: organização da agenda das caminhadas orientadas Financeiro: aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais |
| (7º passo)Viabilidade do plano -Recursos críticos | Político – conseguir espaço na rádio local Financeiro – recurso para aquisição de materiais Organizacional – profissional para realizar a caminhada regularmente. Cognitivo: organizar temas para educar a população alvo ao projeto. |
| (8º passo) Controle dos recursos críticos – ações estratégicas | Setor de comunicação social: Favorável Secretaria de Saúde: Favorável NASF: Favorável Discutir o projeto em equipe multiprofissional |
| (9º passo) acompanhamento do plano, responsáveis e prazos | Três meses para início das atividades Responsáveis : ACS / NASF |
| (10º passo) Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento mensal pelo profissional de educação física da equipe do NASF. Avaliação trimestral de desempenho pela coordenadora da atenção básica. |

Fonte: Autora do estudo, 2009

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do tema, o ponto crucial para a organização processo de trabalho para melhorar o atendimento em relação à demanda programada e demanda espontânea na UBS Jardim América, é fundamental o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso com corresponsabilização entre usuários e profissionais. Esta ação se mostra essencial para o alcance dos objetivos do Programa da Saúde da Família. E isto só será possível através da mudança de paradigmas dos profissionais e comunidade.

Através deste estudo, refletimos sobre a possibilidade de ampliação dos serviços da unidade de saúde da família, através da utilização dos demais profissionais que trabalham no fluxo do acolhimento, superando a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão orgânica, de modo que se amplie a escuta e se recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários, garantindo a troca de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

Compreendeu-se que, por meio da organização do acolhimento e dos atendimentos programados, bem como a manutenção do vínculo e compromisso profissional com os usuários, existirão mais chances para que a organização dos serviços seja bem-sucedida.

Estimular a participação da comunidade, construindo possibilidades de uma prática na qual usuário e a população sejam participantes do trabalho em equipe e que se sintam integrados no processo de construção de um projeto assistencial comum. Da mesma forma, a equipe deve sentir-se membro da comunidade, sobretudo por reconhecer-se, ela própria, como usuária, cidadã, na busca de condições de vida e de melhor convivência, mais saudável, integrada e acolhedora.

A construção do trabalho em saúde mostra-se desafiadora, pois requer o reconhecimento dos diferentes saberes e práticas existentes das representações sociais da equipe do PSF e do enfrentamento de conflitos inerentes a qualquer processo de trabalho.

Assim, espera-se que a equipe de saúde da Unidade de Saúde Jardim América de Bom Despacho, tenha adesão ao projeto institucional, e se comprometa e envolva com ele, uma vez que procurou oferecer alternativas para melhorar a

qualidade dos serviços prestados, com a eficiência para promover a satisfação dos usuários e dos membros da equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Organização do processo de trabalho nos Centros de Saúde**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_5_organizacao_do_processo_de_trabalho_nos_centros.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020

BOM DESPACHO. Prefeitura Municipal de Bom Despacho. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Bom Despacho, 2018. Disponível em: <http://www.bomdespacho.mg.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Municipal-de-Sa%C3%Bade-2018-2021.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília, [online] 2012. Disponível em: <https://www.google.com/urlsa>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2. ed; 2006. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Implantação de Estratégias**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso: 26 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf> Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Constituição Federativa do Brasil. Brasília-DF: **Diário Oficial da União**, 1988.

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. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. **Relatório final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986

CARVALHO, M. C. N. **Relacionamento Interpessoal: como preservar o sujeito coletivo**. Rio de Janeiro: LTC, 2009, 166p.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 579p.

COLMÁN, E., POLA, K. Trabalho em Marx e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 179 201.jul.-dez. 2019. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/45975615/trabalho-em-marx-e-ss>. Acesso em: 15 jul. 2020.

COTTA, T.M.M. *et al.*, Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa de Saúde da Família: Um desafio nas reestruturação da atenção básica em saúde **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em:<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?>. Acesso em : 23 ago. 2020.

eGESTOR. **Relatório sexo por idade**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de abr. 2019.

ESPINDOLA, E. **Gestão por processos: proposta de aplicação em indústria de médio porte em Juiz de Fora**. 2014. 98 p. Monografia - Faculdade de Engenharia. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/45725945/trabalho-de-conclusao-de-curso>. Acesso em : 15 jul. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Crerios de Excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2013.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 08 abr. 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A . **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Nescon/UFMG - Belo Horizonte, 2018. 98p.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Nescon/UFMG –. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf. Acesso em: 26 fev. 2020.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M.T.G; Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev Rene**, v. 8, n. 2, p.41-49. 2007,

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40,n. 110,p. 64-80,Set. 2016

FORTES, L.E.F.. **Proposta de reorganização do processo de trabalho em equipe, no centro de saúde Vale do Jatobá/MG**. 2015.45f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4977.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

FROTA, M. **Aplicação e resultados do balanced scorecard na rede escola de governo FDRH/RS**. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Pós graduação em Economia, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/132994>. Acesso em: 28 Fev .2020.

GARUZI, M. *et al*. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família:revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35 n. 2. P.144-49 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

GOMES, E.R., JESUS, M. F.de; SPAZIANI, L.C. Relacionamento interpessoal e Trabalho em Equipe. www.sebrae.com.br **Revista eletrônica 1**. hospedagem de sites. ws. 21 de novembro de 2014. Acesso em: 21 ago. 2020.

GUERRERO, P. *et al* . O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde.**Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Bom Despacho. **Panorama**. Disponível na internet via <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-despacho/panorama>. Acesso em: 10 mai. 2019.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, Jun. 2010 .Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2020.

MARTINS, A.L.X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21,supl. 1,p. 199-209, May 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39,n. 2,p. 196-207,Jun. 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, C. V. S., MARINUS, M. W. L. C. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v.2, n.2 p. 211-225, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678>. Acesso em: 30 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. **Navegadorsus**, Brasília v. 2, 118 p. 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php>. Acesso em: 10 mai. 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis [online]**. v.21, n.2, p.629-646, 2011,. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Acesso em: 25 ago. 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D.; BLANK JR, V. L. G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2020. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>>.

RUIZ-MORENO *et al.* Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface**, v. 9, n.16, p. 195-204, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-402387>. Acesso em: 26 ago. 2020.

SALCI, M.A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2020.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2011; v.6 n.19; p. 133-141. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/163>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

SILVA, C.S.S.L., KOOPMANS, F.F., DAHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**. 2016 Jan./Jun.; v.07 n.2 p. 30-33. Disponível em:

<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>.
Acesso em: 27 mai. 2020.

SOUZA, R. F., ABRAHÃO, A.L. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Revista Labor**, v. 1, n. 3, p. 82-95, 25 mar. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/Labor/article/view/9291>. Acesso em: 20 mar. 2020.