

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

MANUELA PANTELIADES PEREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM
UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

MANUELA PANTELIADES PEREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM
UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: M.Sc. Sônia Maria Nunes Viana

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

MANUELA PANTELIADES PEREIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM
UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: M.Sc. Sônia Maria Nunes Viana

Banca Examinadora

Prof^a. M.Sc. Sônia Maria Nunes Viana (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo (PBH / UNIFENAS)

Aprovado em Belo Horizonte: 12/04/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, pelo apoio, e a minha orientadora, Sônia, pelos ensinamentos.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisco Pereira, localizada em Lagoa Santa-MG, é uma das 16 unidades do município funcionando sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, ainda não se observa, nessa UBS, a implantação plena das ações de promoção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, conforme priorizado pela Política Nacional de Atenção Básica, componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho, tem-se a dificuldade de organização da demanda espontânea. Esse trabalho objetiva propor um plano de ação para a organização da demanda espontânea na UBS Francisco Pereira. Após descrever a realidade desta unidade, segue-se um levantamento bibliográfico e a elaboração de um plano de ação. A implantação da sistemática de acolhimento na UBS Francisco Pereira de forma integrada, com a equipe pactuando suas responsabilidades com a população adscrita e com atenção a demanda não agendada possibilita a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção.

Palavras-chave: Acolhimento. Programa Saúde da Família. Humanização da assistência.

ABSTRACT

The Basic Health Unit Francisco Pereira, located in Lagoa Santa - MG, is one of 16 units of the municipality operating under the logic the Family Health Strategy (FHS). But it is still not observed there the full implementation of the actions of health promotion, prevention, recovery and rehabilitation of diseases and disorders, as prioritized by the National Primary Care component of the Unified Health System (SUS). Among the main problems related to the organization of the work process, there is the difficulty of organizing spontaneous demand. This work aims to propose an action plan for the organization of the spontaneous demand in Francisco Pereira unit. After describing the reality of this unit, it follows a literature and preparation of a plan of action. The implementation of the system of user embracement seamlessly, with staff agreeing their responsibilities with the enrolled population and demand attention unscheduled enables solving capacity and ensuring continuity of care.

Keywords: User embracement. Family health program. Humanization of assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Geral.....	14
3.2 Específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 PLANO DE AÇÃO.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes de acordo com as diferentes localidades em que se encontram e com o tipo de enfoque a ser realizado. O enfoque, durante praticamente todo o século XX, era centrado nos hospitais e seus quadros médicos. Porém, não foi sempre assim. Anteriormente, os hospitais eram abrigos da caridade pública, onde os pobres aguardavam a morte. Ocorreu, então, uma evolução para se tornar um centro de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados à saúde (FARIA, 2010).

A forma de orientar as práticas nos sistemas de saúde, por sua vez, diferiram entre as distintas sociedades. Os países socialistas e os europeus se organizaram em Sistemas Nacionais Públicos de Saúde. Já os Estados Unidos da América se orientou pelo Modelo Liberal Privatista. Os Sistemas Nacionais Públicos de Saúde garantiam acesso universal ao sistema, com grande regulação e financiamento feitos pelo Estado. No Modelo Liberal Privatista, a população comprava os serviços de saúde dos prestadores, através de vários tipos de associações (FARIA, 2010).

A partir da década de 1950, houve significativo aumento da procura de serviços hospitalares, o que culminou com o aumento do número de hospitais, profissionais da saúde e número de serviços prestados (GRAÇA, 2000 *apud* FARIA, 2010). Até a década de 1960, a saúde passou a se constituir como um direito constitucional a ser provido pelo Estado ou por seguros públicos ou privados, com forte aumento do acesso a médicos e hospitais (FARIA, 2010).

Nos anos 1970 e 1980, devido ao aumento da procura e ampliação do acesso a saúde, houve grande aumento dos gastos decorrente de uma Medicina hospitalar cada vez mais especializada e dependente de equipamentos (MCKEE, 2002). Entretanto, não se observou concomitante melhoras dos indicadores de saúde, o que colocou em dúvida a eficácia dessa Medicina tecnicista e hospitalocêntrica (ILLICH, 1975).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), então, lançou seu Programa Saúde Para Todos no Ano 2000, baseado em cuidados primários em saúde, o que implicou em nova orientação da organização da saúde, tendo como enfoque a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além de participação comunitária,

intersetorialidade, atuação em equipes multidisciplinares e racionalização no uso de serviços da saúde (FARIA, 2010).

No Brasil, os movimentos seguiram curso similar aos outros países. No entanto, houve algumas diferenças. Historicamente, no período do império, as medidas de saneamento e o controle de epidemias eram feitas pelo estado, deixando a construção e manutenção de hospitais para a filantropia. A Medicina privada estava a disposição mediante pagamento dos serviços, o que a direcionava às classes mais abastadas. Já no século XX, o cenário muda rapidamente com o aumento das medidas higienistas, feitas através de campanhas sanitárias, como a promovida por Oswaldo Cruz, para sanear o Rio de Janeiro, e especialização dos hospitais públicos em doenças infecciosas e em saúde mental.

Na década de 1950, com a ampliação da industrialização no Brasil, a esfera previdenciária se fortalece culminando com o desenvolvimento de uma rede própria de hospitais dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e o impulso a uma crescente rede privada de hospitais, estimulada por um potente mercado comprador e financiador de serviços de saúde (GUIMARÃES, 1989). Em 1960, 62,1% dos hospitais já eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos (FARIA, 2010).

Com o golpe militar de 1964, o Governo autoritário que se instituiu criou condições propícias para alterar o sistema de previdência social e de assistência médica. Em 1967, foi realizada a reforma previdenciária, unificando os IAPs em um único instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais no país. Pelo aumento da demanda, foram necessárias novas instalações e a contratação do setor privado para integrar a assistência à saúde. Este modelo, por fim, entra em falência após realização de grandes obras, como a ponte Rio-Niterói, a hidroelétrica de Itaipu, a rodovia Transamazônica e inúmeras fraudes que utiliza os recursos destinados à previdência social (FARIA, 2010).

Para enfrentar o problema que se instalou, foi criado o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O Ministério da Saúde agia de forma restrita em algumas medidas preventivas, como vacinação, controle de epidemias e saneamento básico. Portanto, naquele momento, o acesso a saúde era restrito, a ênfase era a cura, e não a prevenção, a medicina era ditatorial e o modelo de saúde era o privatista, em que o Ministério da Previdência Social cuidava da parte curativa, e o Ministério da Saúde, da parte preventiva.

Percebendo esses problemas, uma mudança se fazia necessária. Sendo assim, a sociedade propõe a Reforma Sanitária, cujos objetivos foram universalizar o direito a saúde, integrar as ações curativas e preventivas, promover medidas preventivas, priorizando a descentralização administrativa e promover a participação e o controle social. Tais propostas foram colocadas em ação através da VIII Conferencia Nacional de Saúde e da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS, 1987). Em 1988, a nova constituição brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações da saúde. Foram definidos, então, os princípios doutrinários do novo sistema de saúde: a universalização; a integralidade; a equidade; a descentralização; a hierarquização e a participação social (FARIA, 2010). Como componente do SUS, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é, segundo o Ministério da Saúde, “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, p.12).

A ABS ocorre através de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitado” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL, 2004). Para isso devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade. Ela é o contato preferencial dos usuários com o SUS, a porta de entrada ao sistema. Porém, também devem coexistir os níveis secundário e terciário de atenção, capazes de assegurar a integralidade da atenção por meio de um sistema de referência e contrarreferência e um sistema de informação eficaz (FARIA, 2010).

Como estratégia prioritária para organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS, foi desenvolvida a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de

um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2000).

Segundo Faria (2010, p.38) “a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade”.

As diretrizes operacionais da ESF são o caráter substitutivo, adscrição de clientela, visitas domiciliares, o cadastramento e trabalho em equipe. É, dessa forma, um importante instrumento na implantação do modelo preconizado pelo SUS (FARIA, 2010).

No dia-a-dia de uma equipe da ESF são realizadas ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea, da demanda programada e ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde. O atendimento da demanda espontânea consiste em atendimentos de casos agudos e das urgências. É realizado o acolhimento, o agendamento da consulta e exames, a realização de procedimentos, o diagnóstico e o tratamento de agravos (FARIA, 2010).

Já as ações voltadas para a demanda programada, por sua vez, consistem em atendimentos a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce de câncer, atenção aos idosos, atenção aos trabalhadores, atenção aos adolescentes, atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, desnutrição, entre outras (FARIA, 2010).

Para consolidar a ESF ainda existem as ações de natureza gerencial como as reuniões administrativas, visitas domiciliares, elaboração de protocolos, etc.

Lagoa Santa, foco do nosso estudo, é um município do estado de Minas Gerais, e possui, atualmente, cerca de 54.732 habitantes (IBGE, 2013). O município conta com 16 unidades básicas da saúde (UBS), funcionando sob a lógica da ESF. Em uma das unidades básicas funcionam duas equipes de saúde da família, totalizando 17 equipes que cobrem 100% da população do município. A Saúde Bucal já está vinculada a 10 destas equipes e com um Centro Especializado em Odontologia (CEO) em implantação. Além disso, a cidade dispõe de dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apesar da boa estruturação dos centros de

saúde do município, ainda não se observa a implantação plena dos objetivos primários do SUS: da promoção e prevenção da saúde de forma universal, equitativa, igualitária e integrada, associada a participação ativa da população. Isto pode ser atribuído a vários problemas enfrentados nas unidades, como a desorganização da agenda, até então voltada para o atendimento da demanda espontânea, a ausência de realização de alguns grupos operativos, o atraso tecnológico das unidades de saúde do município e a falta de atividades de prevenção e promoção da saúde. Enfrenta-se, também, um hospital pouco estruturado e pouco receptivo ao encaminhamento dos pacientes.

A unidade Francisco Pereira é uma das 16 UBS existentes na cidade. Atualmente, a cobertura da unidade é de 991 famílias e 2.936 habitantes. Nesta comunidade, as ocupações mais registradas são o comércio, seguido de serviço de pedreiro e servente, motoristas, diaristas e manicures. A maioria dos empregados não possui vínculo empregatício (40% formais e 60% informais). As classes D e E são as predominantes nas microrregiões atendidas/cobertas pela unidade, e a região é considerada de médio a alto risco para agravos em saúde. A maior causa de morte são as doenças cardiovasculares. A região na qual a unidade está inserida é muito bem localizada, próxima à lagoa central, do lado leste da cidade. Nela estão disponíveis água tratada, rede de esgoto, telefonia, bancos, laboratórios, farmácias, restaurantes, supermercados, escolas, creches, igrejas, correios e outras facilidades. Além de todos esses recursos, os níveis de violência e criminalidade são baixos, o que contribui ainda mais para a qualidade de vida de seus moradores (PERFIL DA CIDADE, 2010).

Foi observado o cotidiano de trabalho e realizadas discussões com os componentes da equipe da UBS a fim de se questionar os maiores problemas enfrentados, e concluiu-se que a agenda excessivamente voltada para a livre demanda é o grande desafiador da organização do processo de trabalho do local. O presente estudo apresenta um plano de ação para combater a dificuldade de organização da demanda espontânea encontrada nessa unidade.

2 JUSTIFICATIVA

Após observações no cotidiano de trabalho, coleta de dados secundários e discussões com profissionais da equipe de saúde da família, verificou-se que a desorganização da demanda espontânea é uma dificuldade que ocorre desde a implantação da UBS Francisco Pereira e que consiste no maior problema da unidade atualmente.

Entre as causas dessa desorganização, está um acolhimento pouco qualificado, que não avalia o potencial de risco, de agravo e o grau de sofrimento do paciente (BAHIA, 2005). O acolhimento, que é definido como dar acolhida, admitir, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber atender, admitir (FERREIRA, 1975), deve constituir um ato de aproximação com o paciente, que implica em corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas. Porém, na UBS Francisco Pereira, em Lagoa Santa, ele ainda funciona como uma recepção da demanda espontânea, em que os atendimentos são organizados a partir das filas por ordem de chegada. Dessa forma, não atinge seu objetivo de passagem para o acolhimento nos processos de produção da saúde e ainda, resulta na má organização do processo de trabalho da unidade. Pode-se atribuir essa desorganização à insatisfatória qualificação técnica dos profissionais e da equipe em atributos e habilidades relacionadas a escuta qualificada, o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde.

Também ocorrem os entraves políticos na implantação do novo processo de trabalho para reorganização da demanda espontânea, já que tal ação gera, inicialmente, uma população insatisfeita. Existe uma exigência de atendimento médico imediato por parte da população adscrita, o que poderia entrar em confronto com a nova organização do processo de trabalho proposto.

A associação errônea pela comunidade e pela equipe de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a função de resolver prioritariamente as queixas agudas, e não a ênfase em prevenção e promoção da saúde é mais um fator dificultador para a organização da demanda na unidade, bem como a resistência da equipe a mudança do processo de trabalho já realizado. Os membros da equipe consideram que uma mudança resultaria em maior carga de trabalho para cada um deles, o que a tornaria indesejada.

3 OBJETIVOS

GERAL

Elaborar um plano de ação para a organização da demanda espontânea na UBS Francisco Pereira, localizada em Lagoa Santa, MG.

ESPECÍFICOS

Identificar os problemas encontrados no atual modelo de organização da demanda espontânea na unidade Francisco Pereira;

Apresentar e discutir as causas da desorganização da demanda espontânea na Atenção Básica de uma unidade de ESF de Lagoa Santa;

Elaborar um plano de ação apropriado a organização da demanda espontânea na UBS Francisco Pereira.

4 METODOLOGIA

Para realização da proposta de intervenção, inicialmente utilizou-se do método da Estimativa Rápida, definido como um modo de se obter 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 (CAMPOS, 2010). Para tanto, analisou-se os dados secundários disponíveis na unidade Francisco Pereira e nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, além da observação ativa do território de abrangência da equipe.

Após a escolha do objeto de estudo, procedeu-se à revisão narrativa, coletando as informações nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com a utilização dos seguintes descritores: acolhimento, programa saúde da família e humanização da assistência. Foram selecionados nove artigos a partir da seleção de artigos brasileiros relacionados aos assuntos: Atenção primária em saúde e Acolhimento, publicados entre 2011 e 2013.

Também foi descrita a organização do processo de trabalho na unidade Francisco Pereira, baseada na experiência pessoal da médica da equipe, autora do presente trabalho.

Por fim, realizou-se a sistematização das informações, permitindo a estruturação de um plano de ação para reorganização da demanda espontânea da equipe da UBS Francisco Pereira, visando qualificar a atenção à saúde da população da área de abrangência.

5. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema (CAMPOS, 2010).

A seguir será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio da Estimativa Rápida e que foi priorizado: desorganização da demanda espontânea, adotando a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais e as especificidades da proposta de intervenção relacionada à etapa descrita.

5.1 Primeiro passo: Identificação dos nós críticos

Sabe-se que para enfrentar um problema, faz-se necessário conhecer suas causas, ou seja, conhecer seus “nós críticos”. Para isso, é preciso fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. O “nó crítico” traz também a ideia de que é preciso analisar se é algo sobre o qual quem é responsável pela execução do plano pode intervir, ou seja, é preciso avaliar a governabilidade (CAMPOS, 2010).

Quadro I – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Desorganização da demanda espontânea	Acolhimento pouco qualificado; Entraves políticos; Nível de informação da população; Resistência da equipe a mudanças na organização do processo de trabalho.

5.2 Segundo passo: Desenho de operações para os nós críticos do problema

O próximo passo é pensar as soluções para os “nós críticos”, ou seja, descrever as operações de enfrentamento das causas selecionadas, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS, 2010). Essas operações consomem vários tipos de recursos, tais como: recursos econômicos, organizacionais (físicos, humanos, equipamentos, etc.), cognitivos e de poder ou político (CAMPOS, 2010).

Quadro II – Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Acolhimento pouco qualificado	Novo protocolo de acolhimento.	Organização da demanda e do processo de trabalho na UBS, com melhora dos níveis de saúde da população adscrita.	Implantação de novo protocolo de acolhimento, visando a produção da saúde.	Organizacional > para produção do novo protocolo; Cognitivo > informação sobre o tema e estratégias para elaboração do novo protocolo; Político > autorização das autoridades locais para implantação do novo protocolo (conforme será citado posteriormente);
Entraves políticos	Apoio dos governantes as novas medidas.	Autorização da implantação do novo protocolo de acolhimento.	Organização do processo de trabalho.	Organizacional > para organizar reuniões com os governantes; Cognitivo > informações sobre o tema a fim de convencer os governantes da necessidade da mudança; Político > aprovação da implantação do projeto;
Nível de informação	Aumentar o nível de informação da	População mais informada sobre a	Campanhas educativas locais.	Cognitivo > conhecimento sobre o tema e sobre estratégias

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
	população sobre as funções e objetivos da atenção básica e a ESF.	atenção básica e a ESF.		de comunicação e pedagógicas; Organizacional > organização das campanhas educativas locais; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc... Político > para a mobilização social;
Resistência da equipe	Apoio da equipe as novas medidas.	Participação ativa de toda a equipe novo processo de trabalho, de forma integrada e coerente.	Reuniões de equipe para explicações dos objetivos do projeto e da importância do apoio de toda a equipe na mudança.	Cognitivo > conhecimento sobre estratégias de comunicação e sobre o tema; Político > para realização de reuniões com os membros da equipe;

5.3 Terceiro passo: Identificação de recursos críticos

Nesta etapa, é preciso identificar quais os recursos necessários para se transformar a realidade, ou seja, para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, uma vez que são essenciais para a viabilidade de um plano qualquer, ou seja, são aqueles recursos indispensáveis. É importante que se tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias para viabilizá-los. Busca-se aqui, identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação/projeto (CAMPOS, 2010).

Quadro III – Identificação de recursos críticos para intervenção

Operações/Projeto	Recursos críticos
Acolhimento pouco qualificado	Organizacional > para produção do novo protocolo; Cognitivo > estratégias para elaboração do novo protocolo;
Entraves políticos	Político > aprovação da implantação do novo protocolo;
Nível de informação	Organizacional > para organização das campanhas educativas locais; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc...
Resistência da equipe	Cognitivo > conhecimento sobre estratégias de comunicação e sobre o tema;

5.4 Quarto passo: Análise de viabilidade do plano

Nesse ponto, precisamos ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a viabilidade do plano; logo, é preciso identificar os atores que controlam recursos, analisar seu possível posicionamento em relação ao problema e, assim, se desenhar estratégias capazes de viabilizar o plano, uma vez que, sabe-se que até certo ponto, é possível modificar as motivações dos atores.

De acordo com Campos (2010), a motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável: o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.

Motivação indiferente: o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.

Motivação contrária: há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Há de se destacar aqui que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças.

Quadro IV – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Acolhimento pouco qualificado	Organizacional > para produção do novo protocolo; Cognitivo > estratégias para elaboração do novo protocolo;	Médico e enfermeiro da UBS Médico e enfermeiro da UBS	Favoráveis Favoráveis	Não é necessária
Entraves políticos	Político > aprovação da implantação do novo protocolo;	Secretário da Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto ao secretário
Nível de informação	Organizacional > para organização das campanhas educativas locais; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc...	Equipe da UBS Prefeitura e secretaria de saúde	Favorável Indiferentes	Não é necessária Apresentação dos objetivos das campanhas e da capacitação técnica aos governantes
Resistência da equipe	Cognitivo > conhecimento sobre estratégias de comunicação com a equipe e sobre o tema;	Equipe da UBS	Desfavoráveis	Reunião elucidativa com a equipe a fim de frisar os objetivos do projeto: um trabalho melhor desenvolvido e com melhores resultados, sem o aumento de sua carga.

5.5 Quinto passo: Elaboração do plano operativo

Aqui, busca-se designar os responsáveis (gerente de operação) por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Gerente de operação é o que se responsabilizará por acompanhar a execução das ações definidas, não necessariamente ele precisa executá-las, pode e deve contar com apoio de terceiros, logo entende-se que, o ator que controla pode delegar algumas tarefas para, assim, conseguir maior produtividade (CAMPOS, 2010).

Quadro V – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Acolhimento pouco qualificado	Organização da demanda e do processo de trabalho na UBS, com melhora dos níveis de saúde da população adscrita.	Implantação de novo protocolo de acolhimento, visando a produção da saúde.	Não é necessária	Médico e enfermeiro da UBS	3 meses para o início das atividades
Entraves políticos	Autorização da implantação do novo protocolo de acolhimento.	Organização do processo de trabalho.	Apresentar o projeto ao secretário	Médico	Apresentar o projeto em 6 meses
Nível de informação	População mais informada sobre a atenção básica e a ESF.	Campanhas educativas locais.	Apresentação dos objetivos das campanhas aos governantes	Médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem e ACSs da UBS	Desenvolver as campanhas em 3 meses e aplicar as mesmas em 6 meses

Resistência da equipe	Participação ativa de toda a equipe no processo de trabalho, de forma integrada e coerente.	Reuniões de equipe para explicações dos objetivos do projeto e da importância do apoio de toda a equipe na mudança.	Reunião elucidativa com a equipe a fim de frisar os objetivos do projeto: um trabalho melhor desenvolvido e com melhores resultados, sem o aumento de sua carga.	Médico e enfermeiro	1 mês para apresentação inicial do projeto a equipe e obtenção de seu apoio
-----------------------	---	---	--	---------------------	---

Com a elaboração do Plano Operativo fica pronto o **Plano de Ações**. Na próxima etapa, deve-se desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus instrumentos; é, também, um momento importante para o sucesso do planejamento, uma vez que é preciso desenvolver meios de se coordenar e acompanhar a evolução das operações. Esse sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Porém, como o objeto deste estudo é a elaboração do plano de ação e não sua implementação, não será apresentado um plano de gestão para ele.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da sistemática do acolhimento na UBS Francisco Pereira de forma integrada, com a equipe pactuando suas responsabilidades com a população adscrita e com a organização da demanda não agendada possibilita a capacidade resolutive e a garantia de continuidade da atenção, por meio da melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, de uma abordagem integral do paciente, do aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementariedade das atividades exercidas por cada categoria profissional e pela abordagem do usuário além das doenças e suas queixas, com a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Além disso, esse plano de ação favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Uma vez em ação e com resultados positivos, o plano poderá ser aplicado a outras UBS. Consequentemente, haverá melhor consolidação na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como política pública essencial da população brasileira, o alcance de melhores indicadores de saúde do país, maior satisfação dos prestadores de serviços com o trabalho realizado e da população com o serviço oferecido, melhorando a qualidade de vida da população geral.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **A estratégia de acolhimento na atenção básica**. Salvador, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.444 de 28 dez. 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio do programa saúde da família**. Diário Oficial da União, Brasília, 29 dez. 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte, 2010. 67p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.p. 27.

GRAÇA, L. **A evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. 2000. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html>. Acesso em: 10 jul. 2009.

GUIMARÃES, C. **Situação assistencial brasileira**. In: GONÇALVES, E. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p.103-109.

IBGE. Disponível em <ibge.gov.br>. Acesso em: 23 mar.2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis a medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

MCKEE, M. *et al.* Pressures for change. In: MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002. p.36-58.

PERFIL da cidade. Prefeitura de Lagoa Santa, 2010. Disponível em: <http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=267:perfil-cidade&catid=79:inf-gerais&Itemid=100>. Acesso em: 22 out. 2013.