

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

**RESGATE DO OBJETIVO DO GRUPO OPERACIONAL NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE LINDÉIA- MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE**

CRISTIANE IZABELA BASTOS

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2013

CRISTIANE IZABELA BASTOS

**RESGATE DO OBJETIVO DO GRUPO OPERACIONAL NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE LINDÉIA- MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE**

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

Orientadora: Fernanda Piana Santos de Oliveira

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2013

CRISTIANE IZABELA BASTOS

**RESGATE DO OBJETIVO DO GRUPO OPERACIONAL NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE LINDÉIA- MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE**

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

Orientadora: Fernanda Piana Santos de Oliveira

BANCA EXAMINADORA

PROF.: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

PROF.: Maria Dolores Soares Madureira

APROVADO EM: ___/___/___

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado inteligência e sabedoria.

A meu marido e filhos pelo apoio e paciência.

A meus mestres, pelo ensinamento.

RESUMO

O estudo tem por objetivo identificar os problemas do grupo operativo do Centro de Saúde Lindéia, município de Belo Horizonte, Minas Gerais e elaborar um plano de ação para uma nova reorganização de trabalho. O Centro de Saúde Lindéia é responsável pela assistência à saúde dos moradores do bairro Lindéia, distrito Barreiro e conta com cinco equipes de saúde. Dentre as diversas formas de trabalho em grupo, dentro da Estratégia de Saúde da Família, será abordada a do grupo operativo. Esta escolha se justifica pelo problema identificado no diagnóstico situacional da Equipe 2, desse Centro de Saúde, no que se refere à desorganização e, muitas vezes, ao desvio da função principal, apresentando uma deturpação do objetivo que é promoção de saúde. Foi realizada uma revisão de literatura sendo selecionadas referências bibliográficas pesquisadas nas seguintes bases eletrônicas: SciELO e LILACS no período de fevereiro a junho de 2013. É elaborado um plano de ação de acordo com o modelo de Campos, Faria e Santos (2010) para nova reorganização do trabalho dos funcionários utilizando dados sobre as necessidades da população.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The study aims to identify the problems of the group's operating Lindéia Health Center, the city of Belo Horizonte, Minas Gerais and prepare an action plan for a new reorganization work. The Health Centre Lindéia is responsible for health care for local residents in Barreiro district and has five health teams. Among the various forms of group work, within the family health strategy, will be addressed in the operative group. This choice is justified by the problem identified in the situational analysis Team 2, this Health Center, regarding the disorganization and often, the diversion of the main function, presenting a perversion of the purpose of which is to promote health. We conducted a literature review and selected references surveyed in the following electronic databases: LILACS and SciELO the period February to June 2013. And developed a plan of action in accordance with the model of Campos, Faria e Santos (2010) for further reorganization of the work of employees using data on the population's needs.

Keywords: Family Health. Primary Health Care. Nursing Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro-1 -Revisão de Análise Situacional.....	21
Quadro 2 - Educação em Saúde.....	22
Quadro 3 - Nova Organização de Atendimento aos Pacientes.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária à Saúde

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CSL- Centro de Saúde Lindéia

ESF- Estratégia da Saúde da Família

ERP- Estimativa Rápida Participativa

LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe de Ciências Sociais

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS- Organização Pan- Americana de Saúde

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte

PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PMAQ-AB- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PSF- Programa Saúde da Família

SciELO- Scientific Electronic Library

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivo Específico	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Atenção Básica	14
5.2 Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade	15
5.3 Grupo Operativo de Hipertensos e Diabéticos	16
5.4 Grupo Operativo de Mulheres	16
5.5 Grupo Operativo de Crianças	17
5.6 Grupo Operativo de Idosos	17
5.7 Grupo Operativo Portadores de Sofrimento Mental	18
6 PLANO DE AÇÃO	20
6.1 Diagnóstico Situacional	20
6.2 Nós Críticos	20
6.3 Plano de Ação	21
7 DISCUSSÕES E RESULTADOS	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte é formada por 147 centros de saúde, distribuídos nos nove distritos sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência. O funcionamento dos centros de saúde é de segunda a sexta-feira, de 07 às 18 horas e, aos sábados, em campanhas de vacinação previstas em calendário. Devem ser os primeiros a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Os centros de saúde são a porta de entrada do sistema base das equipes de Saúde da Família. São 523 equipes, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

O Centro de Saúde Lindéia pertence ao município de Belo Horizonte e é responsável pela assistência à saúde dos moradores do bairro Lindéia, distrito Barreiro, conta com cinco equipes de saúde. A população adscrita é de 16889 habitantes, o bairro é 100% urbano. A população do bairro é de predominância feminina; sendo 8917 do sexo feminino e 7971 do sexo masculino, a população de idosos é de 2181, sendo 1201 senhoras e 980 senhores, as crianças e adolescentes somam um total de 4748, sendo 2330 do sexo feminino e 2418 do sexo masculino (RODRIGUES, 2013).

Segundo Enrique Pichon-Rivière (1982), grupo operativo é definido por um conjunto de pessoas com um objetivo comum. Para que um grupo seja operativo é necessário motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para mudanças que se evidenciem necessárias. A flexibilidade e a maturidade para mudanças, quando se percebe que algo ficou falho ou que não se conseguirá atingir o objetivo proposto, devem estar infundidas nessa proposta de trabalho.

No grupo operativo de “hipertensos e diabéticos” da equipe de saúde da família do Centro de Saúde Lindéia, nenhum tipo de abordagem de prevenção ou de promoção da saúde é desenvolvido, apenas renovação de receitas, aferição de pressão e glicemia e avaliação de resultados de exames. Esta realidade vem sendo mudada a cada dia.

Fez-se necessária a produção de um trabalho que avaliasse o perfil do grupo operativo do Centro de Saúde Lindéia, das equipes, dos profissionais e da população, suas principais demandas de atendimento pelo CS e que fosse sugerido uma proposta de reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, no intuito de facilitar o atendimento à demanda espontânea, já que esse é o propósito do grupo operativo.

2 JUSTIFICATIVA

Dias e Castro (2006) consideram que a estratégia da saúde da família (ESF) é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe e que uma das principais ferramentas para promoção da saúde, prevenção (primária ou secundária) de doenças e integralidade é o trabalho em grupo. Dentre as diversas formas de trabalho em grupo dentro da estratégia de saúde da família será abordada a do grupo operativo. Esta escolha se justifica pelo problema identificado no diagnóstico situacional da Equipe 2, do Centro de Saúde Lindéia, no que se refere a desorganização e, muitas vezes, ao desvio da função principal desse grupo apresentando uma deturpação do seu objetivo, que é promoção de saúde e não um grupo de renovação de receitas.

Tem relevância ainda pela alta prevalência de doenças crônicas, e os impactos das mesmas na vida dos pacientes e seus familiares, propondo com a transformação do grupo operativo socializar estes pacientes através da troca de informações e experiências, aliviando o sofrimento e auxiliando na busca por soluções decorrentes das limitações impostas, educando assim para a prevenção de agravos, complicações e recorrências destes acometimentos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar os problemas do grupo operativo da Equipe 2 do Centro de Saúde Lindéia, município de Belo Horizonte, Minas Gerais e elaborar um plano de ação para uma nova reorganização de trabalho.

3.2 Objetivos Específicos

- Resgatar o foco do grupo operativo identificando os atores sociais;
- Definir estratégias (prioridades e metas) de ação de acordo com a avaliação feita e os resultados encontrados;
- Conscientizar a equipe de saúde da família sobre a importância do grupo operativo na promoção da saúde;
- Aumentar o nível de conhecimento da população, programando atividades eficientes.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo para avaliar o Grupo Operativo do Centro de Saúde Lindéia como um todo, tomando por base levantamentos feitos após reuniões, pesquisas e observações realizadas no período de fevereiro a junho de 2013, pela autora.

Para um embasamento conceitual foram utilizadas referências bibliográficas pesquisadas nas seguintes bases eletrônicas: SciELO (Scientific Electronic Library online) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais), DADOS DO SISTEMA PBH no período de fevereiro a junho de 2013. As palavras chave utilizadas na busca foram: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Cuidados de Enfermagem. Os descritores utilizados foram: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde e Cuidados de Enfermagem.

Foi elaborado um plano de ação com o modelo de Campos, Faria e Santos (2010) para nova reorganização do trabalho dos funcionários utilizando dados sobre as necessidades da população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2013a).

A dinâmica dos grupos operativos foi desenvolvida por Pichon-Rivière, por meio de estudos dos fenômenos grupais. Para ele, o grupo operativo consiste em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançá-lo. Tal tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo. Assim, o termo operativo significa, em sua aplicação, um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação (OSÓRIO, 2000).

Em julho de 2005, foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacamos que o Sistema Único de Saúde tem três esferas de atuação: federal, estadual e municipal. O nível federal tem principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e municípios; e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. A direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. À direção municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde (BRASIL, 2013a).

5.1 Atenção Básica

A implantação do SUS proporcionou uma mudança na concepção do conceito de saúde que deixa de ser entendido como mera ausência de doença e passa a ser encarada como um conjunto de fatores que proporcionam o bem-estar físico, psíquico e social. Dessa forma, foi necessária uma mudança no cenário da assistência à saúde passando-se a priorizar as ações e serviços de prevenção e promoção de saúde, ou seja, passando-se a dar uma maior atenção a

Atenção Primária à Saúde (APS). As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção; integrando os cuidados; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (PEREIRA e CANABRAVA, 2005). Ela busca proporcionar equilíbrio entre melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) cria no Brasil, em 1994, Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo orientar a organização da Atenção Primária no país no sentido de garantir os princípios de descentralização, territorialização, intersetorialidade, longitudinalidade no cuidado, equidade e corresponsabilização (BRASIL, 2008).

Atualmente a Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte é composta por 144 centros de saúde distribuídos nos nove Distritos Sanitários. Esses centros de saúde são a porta de entrada do sistema, responsável por atender tanto a demanda espontânea, casos agudos, como também as ações programadas, tendo como estratégia principal o acolhimento (BRASIL, 2006). Essa estratégia é uma proposta de melhoria da qualidade e humanização do atendimento, que incide fundamentalmente sobre as relações técnicas e sociais do trabalho em saúde.

5.2 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população (BRASIL, 2013b).

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal (BRASIL, 2013b).

Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (BRASIL, 2013b).

Em 2013 acontece o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, Atenção Básica parametrizada, e Saúde Bucal. Não haverá limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ (BRASIL, 2013b).

5.3 Grupo Operativo Hipertensos e Diabéticos

O principal objetivo do grupo de Hipertensos e Diabéticos é proporcionar aos pacientes e familiares conhecimentos para evitar possíveis complicações. Com o grupo de hipertensos e diabéticos busca-se uma prática de saúde que ressalte o aspecto preventivo, ao contrário do que tradicionalmente é encontrado, que é a ênfase no atendimento curativo. Um dos enfoques principais é a educação em saúde, não sendo esta vista aqui como instrumento de dominação autoritária e limitadora, mas sim como estratégia de mudança e transformação de vida.

O grupo de hipertensos e diabéticos compreende em torno de 203 diabéticos e 542 hipertensos participantes, que se reúnem semanalmente e diabéticos a cada 15 dias, onde tem a oportunidade de participar de palestras educativas com a equipe multidisciplinar: médico, enfermeira, e técnicas de enfermagem (RODRIGUES, 2013)

Neste dia são fornecidos os medicamentos de uso contínuo aos pacientes, é feito a verificação de pressão arterial, são pedidos e medidos a circunferência abdominal.

5.4 Grupo Operativo Mulheres

Em 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde. Na análise preliminar foram considerados os dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas. Destaque para o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais (BRASIL, 2013e)

O trabalho com grupo de mulheres em contextos de saúde não é algo inédito. No grupo operativo de mulheres da Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Lindéia, a cada dois meses se realiza o grupo MAIS VOCÊ. Neste grupo os resultados de exames

preventivos são entregues e orientações com abordagem de novos temas são repassados (RODRIGUES, 2013)

Os exames de preventivo e assuntos relacionados à saúde da mulher são discutidos no grupo, as mulheres são orientadas e é feita a marcação de horário com médico ou enfermeira para atendimento em consultório para realização do exame. O grupo de mulheres é formado de acordo como número de resultados de exames, em média 10 a 15 mulheres por grupo, e por semana são realizados de 7 a 10 exames preventivos, o grupo de gestantes está suspenso por falta de adesão das usuárias. (RODRIGUES, 2013)

5.5 Grupo Operativo Crianças

Nos últimos dois anos, o lançamento de programas prioritários como a Rede Cegonha e o Brasil Carinhoso refletiu a importância com que o governo federal trata as questões voltadas para o público infantil. E os estados e municípios, bem como a sociedade civil organizada, são nossos grandes parceiros na construção de um SUS que investe na infância (BRASIL, 2013c).

O grupo operativo de crianças busca dar atenção à saúde básica, orientando as mães sobre o desenvolvimento saudável dos seus filhos (RODRIGUES, 2013). Atualmente o grupo está inativo com proposta de retonada em setembro. O grupo “ZERO” atenderá crianças na faixa etária de 0 a 30 dias, e o grupo “CRIANÇA QUE CHIA”, que atenderá crianças com asma.

5.6 Grupo Operativo Idosos

O atendimento ao idoso atualmente busca passar orientação para o envelhecimento saudável. O trabalho é baseado na promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. O idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física, como a psíquica (BRASIL, 2013d).

Uma das metas é aumentar a qualidade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para trabalharem com os detalhes da vida da pessoa idosa. Entre eles, estão: a

identificação de situações de vulnerabilidade social; a realização de diagnóstico precoce de processos de demência; a avaliação da capacidade funcional, entre outros (BRASIL, 2013d).

O grupo operativo de idosos visa acima de tudo o bem estar dos pacientes, orienta sobre hipertensão, diabetes, doenças que surgem com a idade e a prevenção de quedas. O grupo é realizado pelo NASF com apoio das equipes. São atendidos atualmente pelo grupo 350 idosos. O atendimento é dividido em pequenos grupos. Alguns idosos frequentam outros grupos, como o de diabéticos e hipertensos. Há o incentivo a vida saudável, onde são orientados a praticar esportes e recebem dicas de alimentação.

5.7 Grupo Operativo Portadores de Sofrimento Mental

Desde os primórdios da humanidade os portadores de doenças mentais eram tratados como “diferentes”, e a doença mental não era reconhecida e nem tratada, os “loucos” simplesmente eram internados, interditados e esquecidos em manicômios.

A partir dos anos 70, iniciam-se experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (BRASIL, 2013f).

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Isso é, oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados (território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2013f).

Em parceria com a equipe de saúde mental será iniciado um projeto piloto que posteriormente será ampliado para outras 4 equipes de saúde do Centro de Saúde Lindéia. Esse projeto visa o apoio aos pais que tiveram os filhos encaminhados ao serviço de saúde para atendimento psicológico devido a demandas escolares cujos casos foram discutidos em reunião de matriciamento e não foram caracterizados como prioritários para atendimento individual. Atualmente os portadores de sofrimento mental com diagnóstico confirmado são

64 pacientes, foi feita tentativa de grupo, mas não foi possível dar continuidade por falta de estrutura e apoio profissional (RODRIGUES, 2013).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional

O diagnóstico foi realizado em outubro de 2011 de acordo com o método de estimativa rápida. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde (SAÚDE e CIDADANIA, 2013). As fontes de coletas foram dados da equipe, dos prontuários dos pacientes, fichas de acompanhamento mensal da família, dados do sistema de informação da PBH.

Os problemas identificados foram:

- Falta de acesso por outros fluxos para a realização de uma escuta qualificada. Todo o paciente que queria falar com o enfermeiro da equipe era orientado a ir ao grupo operativo;
- Os pacientes não visavam o bem comum, e sim o individual e em especial de forma rápida e sem coparticipação e corresponsabilização (deixavam a receita vencer para depois procurar a renovação e desta forma coagir o acesso imediato à consulta);
- A forma de conduzir o grupo era algo histórico no centro de saúde e defendido pela gerente, mas provocava um desconforto na equipe;
- Outras formas de abordagem foram tentadas no grupo operativo com enfoque na promoção sem sucesso (os pacientes reclamavam, não estavam acostumados a ouvir);
- Falta da realização de outros grupos operativos que contemplassem outros ciclos de vida.

Com base na identificação dos problemas iniciou-se a fase de identificação das prioridades para traçar estratégias de mudanças. Nesta fase houve a implantação do PMAQ, apresentando ferramentas que nos auxiliaria na melhoria de vários problemas identificados.

6.2 Nós Críticos

O principal dificultador é a deturpação do grupo. As pessoas procuram o serviço em busca de atendimento rápido para troca de receita, e, muitas vezes, não entendem que a principal finalidade do grupo operativo é a troca de informações entre pacientes e profissionais da saúde. É através desta troca de informação que se avalia a necessidade de uma consulta médica.

Outra dificuldade encontrada para a realização do grupo operativo é a falta de adesão dos funcionários, que muitas vezes não entendem, ou não aceitam a necessidade de se fazer grupos para facilitar o atendimento no centro de saúde.

6.3 Plano De Ação

Considerando os motivos da procura dos pacientes ao Centro de Saúde, a necessidade de atuação das equipes de saúde, o processo de implantação da Saúde da Família no município de Belo Horizonte e no Centro de Saúde Lindéia, é necessário um plano de ação. Tal plano busca atender ao objetivo geral de “Identificar os problemas do grupo operativo da Equipe 2 do Centro de Saúde Lindéia, em Belo Horizonte, para organização do atendimento a necessidades imediatas dos usuários ” são apresentadas as ações descritas a seguir. Elas estão organizadas em **operações**, para os **nós críticos** relacionados ao problema **do grupo operativo**.

Considerando a proposta *Elaboração do Plano de Ação*, do módulo *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), as ações serão apresentadas em resultados esperados, produtos, ações estratégicas, responsável e prazo.

Quadro 1: Revisão de análise situacional

Plano de Ação	Organização do Grupo Operativo
Operação 1	Revisão de análise situacional
Resultados esperados	Compreensão da questão por todos os membros da equipe
Produto	Reunião para apresentar aos membros das equipes e à gerente os dados do diagnóstico situacional
Ações estratégicas	Apoio da gerência
Responsável	Enfermeira
Prazo	Um mês

Quadro 2: Educação em Saúde

Plano de ação	Organização do Grupo Operativo
Operação 2	Educação em Saúde
Resultados esperados	<p>Equipe: Entendimento da dinâmica do trabalho da equipe, dos recepcionistas e do “posso ajudar” do conceito de acolhimento e dos processos de atenção e encaminhamento.</p> <p>Comunidade: Entendimento da dinâmica de atenção do Centro de Saúde</p>
Produto	Reuniões periódicas da gerência, equipe e apoio administrativo.
Ações estratégicas	Apoio da gerência, Organizar horários.
Responsável	Enfermeira, Equipe de Saúde
Prazo	Três meses

Quadro 3: Nova organização de atendimento

Plano de Ação	Organização do Grupo Operativo
Operação 3	Nova organização de atendimento aos pacientes
Resultados esperados	<p>Equipe: melhoria no atendimento da demanda espontânea e em especial na assistência a todos os ciclos de vida.</p> <p>Comunidade: satisfação e resolução das questões relacionadas ao atendimento</p>
Produto	Reformulação das agendas dos profissionais envolvidos no atendimento da demanda espontânea e criação de uma nova Equipe de Saúde da Família.
Ações estratégicas	Apoio do distrito e da secretária municipal de saúde, apoio da gerência e dos profissionais – médicos e enfermeiros -, recursos financeiros.
Responsável	Enfermeira, Gerente, Secretário de Saúde, Equipe de Saúde.
Prazo	Seis meses.

Como base para o início da execução do plano de ação algumas medidas imediatas foram tomadas.

- Foram atualizadas as listas de hipertensos e diabéticos;
- Foram atualizadas as listas de mulheres em idade de recomendação do citopatológico;
- Foram atualizadas as listas de crianças de 0 a 5 anos;
- Foram atualizadas as lista de portadores de sofrimento mental;
- Foram atualizadas as listas de idosos;

A partir destas atualizações foi elaborada a proposta de um plano de supervisão onde cada equipe deverá eleger um ciclo de vida e priorizar ações contribuindo para a melhoria do acesso. A agenda foi organizada de forma a garantir um horário diário para a escuta qualificada das demandas trazidas pelos pacientes. Os pacientes serão orientados que de segunda a sexta-feira das 8:00 às 9:00 da manhã eles podem procurar o enfermeiro ou uma das duas auxiliares para tirar dúvidas e relatarem suas demandas não agudas, onde há possibilidade da marcação de uma consulta posterior ou resolução imediata de sua queixa . Também foi definido um horário para avaliação dos exames; e a agenda de hipertensos, diabéticos, crianças, asmáticos, idosos e saúde da mulher foi organizada de forma a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos. O horário no qual eram feitas as trocas ou renovações de receitas foi reservado para atendimento, aumentando assim a qualidade e o tempo de acesso do usuário.

A qualificação da equipe deve ser priorizada para melhor desenvolvimento e rendimento do trabalho. Segundo Soares e Ferraz (2007), são indispensáveis aos profissionais de saúde a discussão e a aprendizagem sobre os fenômenos grupais, com a finalidade de compreender os fundamentos teóricos da dinâmica grupal e ampliar o seu olhar sobre o grupo.

A viabilidade do plano de ação depende da motivação dos atores envolvidos e da implantação de novas formas de trabalho, priorizando a organização do atendimento e satisfação da população e dos funcionários.

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

O Centro de Saúde Lindéia já avançou muito no que diz respeito ao atendimento ao usuário, mas a expectativa é que melhore ainda mais. É preciso fazer grupos de planejamento familiar, grupo de orientação aos adolescentes, grupos que tenham como objetivo não apenas validar a receita médica, mas que tragam mais informações aos usuários.

Considerando que o município tem toda uma rede básica sensibilizada para a importância da saúde do usuário e, que a grande maioria dos centros de saúde, apesar das dificuldades, realiza a de grupos operativos, alguns aspectos devem ser observados:

- Rever a situação do auxiliar e do técnico em enfermagem, reconhecendo que também podem ser responsáveis pela atividade, desde que devidamente capacitados;
- Padronizar a presença dos materiais educativos para realizar o grupo em toda a rede básica,
- Produzir material educativo em planejamento familiar para distribuição gratuita às usuárias/os dos serviços básicos, tendo o devido cuidado com a elaboração do conteúdo e a formatação gráfica, pré-testando e adequando o material para à clientela ao qual se destina.

A realização dos grupos viabiliza e facilita o atendimento no centro de saúde. Com as mudanças propostas no plano de ação maiores benefícios podem ser alcançados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a formulação desse trabalho tomou como base resultados obtidos em pesquisas no Centro de Saúde Lindéia (CSL) mais especificamente o grupo operativo de Equipe 2, fica evidente que a unidade tem dificuldade em atender e organizar os grupos de pessoas, e atender as questões trazidas pelos pacientes. Nota-se que a equipe necessita de uma reorganização no processo de trabalho para concluir com sucesso seu papel frente aos usuários sob sua responsabilidade, bem, como necessita, ainda, de auxílio da assistente social e capacitação dos funcionários envolvidos no tema referido.

Será de grande valia por em prática as sugestões contidas no plano de ação. Cabe ressaltar que o atendimento ao grupo operativo não cessará, uma vez que o vínculo adquirido dos usuários com os profissionais da equipe aumenta e facilita a entrada do cliente no serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF, 2006. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL, Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio À Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 43, 04, 2008. Disponível em <www.fadep.rs.gov.br/uploads/1286298438PORTARIAx154xNASF.doc> Acesso em 09 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 09 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. Portal da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865>. Acesso em: 25 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Idoso**. Portal da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466>. Acesso em: 24 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher**. Portal da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso: 25 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Portador de Sofrimento Mental**. Portal da Saúde, 2013f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 25 jun. 2013

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 12 jun 2013.

DIAS, R.B.; CASTRO, F.M. **Grupos Operativos**. *Grupo de Estudos em Saúde da Família*. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>. Acesso em: 09 dez. 2012.

OSÓRIO, L. C. **Grupos – teorias e práticas – Acessando a Era da Grupalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PEREIRA, P. C. M.; CANABRAVA, C. M. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3^a ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1982.

RODRIGUES, Teresa Pereira. **Informações da gerente do Centro de Saúde Lindéia à autora**. 2013.

SAÚDE E CIDADANIA. **Estimativa Rápida Participativa**. Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/04_01.html>. Acesso em: 27 jun. 2013

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, 2007, v. 11, n.1, p. 52-57. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>>. Acesso em: 08 maio 2013.