

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAMIRO D'ÁVILA RIVELLI TEIXEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA ÀS DEMANDAS PROGRAMADA E
ESPONTÂNEA NA UBS KM 14 – SABARÁ, MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

RAMIRO D'ÁVILA RIVELLI TEIXEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA ÀS DEMANDAS PROGRAMADA E
ESPONTÂNEA NA UBS KM 14 – SABARÁ, MG.**

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

Orientador: Prof. Dr. Christian Emmanuel
Torres Cabido

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

RAMIRO D'ÁVILA RIVELLI TEIXEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA ÀS DEMANDAS PROGRAMADA E
ESPONTÂNEA NA UBS KM 14 – SABARÁ, MG.**

Banca examinadora

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido (orientador)

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os brasileiros que dependem da saúde pública e se entregam aos cuidados daqueles que se dedicam a atuar na Atenção Primária à Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Minas Gerais e ao Programa de Valorização da Atenção Básica por me darem a oportunidade de me tornar especialista em Saúde da Família. Às tutoras e colegas do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Aos colegas da UBS Km 14 pela confiança em mim depositada.

Ao orientador pela paciência e ensinamentos.

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena.”

Fernando Pessoa

RESUMO

A organização das demandas programada e espontânea em uma unidade básica de saúde é necessária para a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Vários fatores influenciam a priorização da demanda espontânea, dentre eles a desorganização das agendas dos profissionais, o desinteresse da equipe, a resistência da população e a grande quantidade de quadros agudos. Foi então realizada uma revisão bibliográfica utilizando descritores em saúde (Estratégia Saúde da Família, demanda espontânea, demanda programada, organização da assistência) em bases de dados SciELO, BIREME, PUBMED, sites do Ministério da Saúde e NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais). Propõe-se então neste trabalho um plano de ação para organizar as agendas dos profissionais envolvidos, motivar a equipe, modificar o paradigma vigente até então e possibilitar a distribuição dos recursos disponíveis para a realização das atividades programadas de prevenção e promoção de saúde, sem prejuízo para o atendimento de casos agudos.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família; Demanda espontânea; Demanda programada; Organização da assistência.

ABSTRACT

The organization of programmed and spontaneous attendance in a Basic Health Unit is necessary to the implantation of Family Health Strategy. Several factors influence the prioritization of spontaneous attendance, like disorganization of professional's agenda, teams disinterest, population's resistance and elevated number of acute demand. So a bibliographic review was performed utilizing health descriptors (Family Health Strategy, spontaneous attendance, programmed attendance, assistance organization) in data bases SciELO, PUBMED, sites of Brazilian Health Ministry and NESCON (Public Health Studies Nucleus of Federal University of Minas Gerais). This work proposes an action plan to organize the evolved professional's agenda, motivate the team, modify the present paradigm and make possible the distribution of available resources for the realization of programmatic activities of health prevention and promotion, with no lack of attendance for acute cases.

Keywords: Family Health Strategy, Spontaneous demand, Programmed demand, Assistance organization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DE	Demanda Espontânea
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DP	Demanda Programada
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km	Quilômetro
MG	Minas Gerais
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A organização da assistência é um problema na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. A dificuldade em se organizar a assistência às demandas espontâneas (pacientes com queixas “agudas”, com necessidade de atendimento médico imediato ou em curto espaço de tempo) e às demandas “programadas”, principalmente aquelas relacionadas à prevenção e promoção de saúde, preconizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma realidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Na UBS Km 14, localizada no Bairro Borba Gato, em Sabará – MG, a situação não é diferente. Em processo de implantação da ESF, a unidade se vê diante de um impasse na organização de sua assistência com vistas à realização das atividades preconizadas pela Saúde da Família em detrimento do atendimento exclusivo às demandas espontâneas da população.

Município de Sabará

O termo “Sabará” vem do tupi “Itaberabuçu” (ou Sabarabuçu), que significa “pedra grande brilhante”, termo usado pelos bandeirantes para designar uma serra mítica por eles procurada. Borba Gato, genro de Fernão Dias, foi uma importante figura na criação e desenvolvimento da região de Sabará. Não coincidência é o nome do bairro onde se localiza a unidade, o Bairro Borba Gato, que inclusive faz parte da área de abrangência da UBS Km 14.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sabará tinha em 2014 uma população estimada de 133.528 habitantes, numa área de 302.173km². A sede do município fica localizada a 23 km de Belo Horizonte. Atualmente, o município tem como principais atividades econômicas a indústria siderúrgica, de extração do minério de ferro e o turismo cultural ocasionado pelas suas estruturas arquitetônicas (igrejas, capelas e casarios) do século XVIII. É uma cidade com topografia bastante acidentada e com diversas

localizações de acesso difícil e distantes da sede do município, como a própria UBS Km 14, o que acaba por dificultar a implementação de algumas linhas de cuidados na Unidade, notadamente o encaminhamento para especialidades médicas e a realização de exames laboratoriais e de imagem, além do deslocamento dos pacientes para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A Unidade Básica de Saúde Km 14

A UBS Km 14 fica no quilômetro 14 da Rodovia 381 que liga Belo Horizonte a Vitória – ES e ao norte de Minas Gerais. É uma rodovia com grande fluxo de veículos, e alta taxa de acidentes, principalmente no trecho em que se localiza a UBS. Por este motivo a rodovia recebeu o apelido de “Rodovia da Morte”. Este fato, por si só, já diz muito a respeito da Unidade. A UBS faz atendimentos de caminhoneiros e viajantes que por ali passam e apresentam algum problema inesperado durante a viagem. Além disso, já aconteceu de a unidade receber vítimas de acidentes (às vezes graves) que acontecem próximo a ela.

A UBS também fica próximo ao distrito industrial de Santa Luzia, cidade vizinha a Sabará, que conta com estrutura de saúde bastante precária e, por isso, não raramente, recebe pacientes provenientes daquele município em busca de melhores condições de atendimento às suas demandas. Outro ponto importante é a localização próxima a várias empresas e indústrias (ramo farmacêutico, mineração, transportes rodoviários e frigorífico), o que implica no atendimento de diversas demandas agudas dos trabalhadores destas empresas na unidade.

A estrutura da unidade foi recentemente reformada e conta com área de espera, recepção, três consultórios de consultas gerais, um consultório ginecológico, um consultório dentário, uma sala de vacinas, uma farmácia, uma sala de administração da gerência (que frequentemente se transforma em consultório), uma sala de curativos, além de cozinha, despensa, almoxarifado, sala de reuniões, expurgo e depósito de material de limpeza. Apesar da reforma recente, o telhado está danificado e, durante as chuvas, grande quantidade de água escorre pelas lâmpadas dos consultórios, o que gera grande constrangimento e a formação de “mofo” nas paredes, principalmente

dos consultórios de consultas gerais, e particularmente no consultório da Equipe Amarela.

A UBS conta com fonte de O₂, glicosímetro, nebulizador, medicações injetáveis para uso na UBS (algumas em falta), e recentemente recebeu um aparelho eletrocardiógrafo (ainda em fase de treinamento dos operadores), além de DEA (desfibrilador automático externo).

A gerência possui uma combinação de apoio mútuo com a UBS Ravena, que fica a cerca de 20 km da UBS Km 14, sendo que com frequência a Unidade atende pacientes provenientes daquela unidade, que não raramente sofre com a falta de profissional médico.

Funcionamento da Unidade de Saúde

A UBS Km 14 funciona de 07:00 às 17:00h. Conta com duas equipes de saúde da família, sendo que a Equipe 1 é formada por um médico cubano do programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS's).

A Unidade atende demandas agudas pela manhã, e demandas agendadas e agudas à tarde. Conta também com ginecologista, pediatra e clínico de apoio, que atendem cerca de 24 consultas por semana (cada profissional), divididas em dois turnos/semana (duas manhãs ou duas tardes conforme o profissional). As coletas de exames de sangue acontecem semanalmente às terças-feiras, o que provoca grande tumulto na unidade, uma vez que os pacientes “aproveitam” que estão na unidade para colher exames e sempre desejam passar por consulta médica.

Além dos atendimentos de agudos e crônicos, consultas agendadas, puericultura, pré-natais e preventivos, a unidade também conta com transporte (às vezes inoperante devido a constantes falhas mecânicas da Kombi) para realização de visitas domiciliares, tanto para consultas médicas e multidisciplinares, quanto para atendimento de curativos, realização de vacinas

e outras demandas, particularmente para pacientes acamados e restritos ao leito e pacientes com dificuldades para locomover-se até a UBS.

Os principais problemas para o funcionamento da UBS residem na falta de profissionais e na organização da assistência à saúde. No momento a unidade (que atende uma população estimada de 7200 pessoas) conta com apenas três ACS's, que no momento estão em desvio de função realizando atividades administrativas.

A segunda questão é a organização da demanda, particularmente a demanda aguda. Atualmente a Unidade atende a demandas agudas durante todo o horário de funcionamento. Isto faz com que haja prejuízo para o atendimento dos pacientes portadores de doenças crônicas, os quais, na maioria das vezes, se restringem à renovação de receituário, o que prejudica o acompanhamento dos mesmos, devido a não realização de uma continuidade do cuidado como um todo, e particularmente do cuidado médico. Isto traz consequências drásticas, uma vez que não raramente pacientes diabéticos são atendidos na unidade com a glicemia descompensada, hipertensos com níveis pressóricos elevados e outros portadores de doenças crônicas sejam avaliados com sua condição de saúde já avançada.

A gerente da unidade já manifestou seu desejo de organizar a assistência na unidade, já tendo solicitado uma reunião com as equipes. Ficou inicialmente decidido pela criação uma estrutura de atendimentos das demandas que contemple tanto as demandas agudas quanto as consultas agendadas e pacientes crônicos, assim como as demais atividades (puericultura, preventivos, pré-natais).

A organização da assistência

A organização do atendimento às demandas da população levando em conta o novo modelo de assistência da unidade deve abranger as necessidades da população adscrita e os recursos disponíveis para o enfrentamento do problema.

A causa do problema da desorganização da assistência provavelmente é multifatorial. A característica fundamental da UBS Km 14 antes da implantação da ESF era do atendimento dos pacientes que compareciam à unidade com demandas “agudas”, ou seja, pacientes que de alguma forma estavam padecendo de alguma enfermidade que provocava sinais ou sintomas no momento da avaliação. Não havia até então uma cultura da própria população e da equipe da unidade, de promover a saúde de forma preventiva. Desta forma, sempre houve na população e na equipe da unidade o paradigma da necessidade de atendimento destas demandas, em detrimento das demais demandas de saúde da população, quais sejam as consultas de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, as consultas de rotina de puericultura, os pré-natais e preventivos. Como consequências, podemos citar o costume da população de ter suas demandas agudas todas resolvidas prontamente; o fato de que os pacientes crônicos estavam sempre um passo atrás no controle de suas doenças, ou seja, só compareciam à unidade quando a enfermidade já estava sintomática, o que, na maioria das vezes, já se constitui como uma complicação de sua condição; a falta de vagas para atendimento de todas as demandas, uma vez que a falta de profissional médico sempre foi uma regra na unidade; a grande dificuldade de se manter uma boa relação da equipe de saúde com a população, visto que os problemas não eram resolvidos de forma satisfatória; a constante “renovação de receitas” dos pacientes crônicos por não haver disponível na agenda espaço para consultas de rotina para hipertensos, diabéticos e outros; a insatisfação da população com a equipe, e a insatisfação da própria equipe em não conseguir satisfazer as demandas da população; as complicações das comorbidades crônicas, com frequentes encaminhamentos de pacientes para a unidade de pronto-atendimento do município; dentre outras.

Por outro lado, a organização da assistência pode levar a várias consequências desejáveis para o bom funcionamento da unidade, dentre os quais se podem citar: a) otimização da utilização dos recursos humanos de que dispõe a equipe, no sentido de se prestar uma assistência de qualidade, oportuna,

efetiva e eficaz; b) otimização dos recursos financeiros, uma vez que a organização da assistência trará melhor controle da saúde da população, levando a menos complicações, menor gasto com exames, consultas de emergência, internações, tratamentos e consultas especializadas; c) melhora da qualidade de vida da população, com menores índices de absenteísmo ao trabalho/escola, além de potencialização do bem-estar dos pacientes, principalmente daqueles portadores de doenças crônico-degenerativas; d) melhora da satisfação da equipe de saúde, com otimização do processo de trabalho, gerando melhores condições de trabalho e melhores resultados; e) melhora da relação da equipe de saúde com a população; f) otimização do tempo de trabalho da equipe, possibilitando a inclusão na agenda dos profissionais, de atividades relacionadas à educação permanente em saúde.

No momento a equipe encontra-se em um estágio de transição da realidade vigente até então, para uma realidade mais próxima daquela desejável dentro de uma Estratégia Saúde da Família. Há que se abrir parênteses neste momento para se discutir a atual situação política e econômica do país, com o anúncio recente de cortes nos gastos do orçamento do setor público para todos os serviços, dentre eles a saúde. Isto somado a um quadro de recessão econômica, baixo crescimento econômico, redução do investimento no setor público e uma crise política, podem ser fatores de dificuldade nos próximos meses, o que pode afetar a prestação de serviços na área de saúde para a população; esperamos que não.

2 JUSTIFICATIVA

A importância de se abordar o problema identificado está relacionada a uma organização do atendimento na UBS KM 14, o que permitirá um maior atendimento aos pacientes com doenças crônicas e um aumento das ações de promoção da saúde.

3 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi propor um plano da ação para a organização da assistência na UBS Km 14.

4 METODOLOGIA

A execução do trabalho será feita através da proposição de um plano de ação que aborde os principais nós críticos no sentido de melhorar os recursos disponíveis para aumentar a oferta de atendimentos às demandas programáticas, sem prejuízo para os casos agudos.

Após a revisão bibliográfica em bases de dados como SciELO, BIREME, PUBMED, sites da esfera governamental (Ministério da Saúde, NESCON), foram selecionados os estudos publicados nos últimos doze anos e as palavras chaves utilizadas foram demanda espontânea, demanda programada, organização da assistência. Também ocorreram reuniões com a gerência da unidade e com as equipes, onde se discutiu a questão da organização das agendas e a motivação da equipe, chegando-se a um consenso inicial não definitivo para o funcionamento do atendimento às demandas programada e espontânea na unidade.

Foi então construído um plano de ação, baseado no módulo “Elaboração do Plano de Ação” do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que contemplou a implantação da estratégia escolhida, a reavaliação do plano de readequação de acordo com os resultados, além de estratégias de enfrentamento aos nós críticos selecionados como causa do problema apresentado.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde constitui “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, 2002, p.19).

O exercício da Atenção Básica à Saúde se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados 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).

Segundo Faria *et al.* (2010), as ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família contemplam: ações voltadas para o atendimento da **demanda espontânea**: representada principalmente pelo atendimento dos casos agudos e das urgências; e ações voltadas para o atendimento de **demanda programada**: representadas principalmente pelo atendimento a grupos e situações de risco especiais para a saúde (planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce do câncer de mama, colo uterino e próstata, atenção ao idoso, atenção aos trabalhadores, atenção aos adolescentes, atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, desnutrição, etc.).

O binômio entre cuidado clínico e atividades de promoção/prevenção em relação à organização da assistência encontra grande variedade de discussões na literatura, ao passo que a operacionalização desta organização carece de abordagem semelhante (NORMAN; TESSLER, 2015). Estudos mostram que a análise do tempo dedicado às atividades de demanda espontânea e programada tende a um equilíbrio (SANTOS *et al.*, 2012). Mas as particularidades microrregionais fazem com que se adotem estratégias adaptadas às realidades locais.

O modelo de acesso avançado, acesso aberto ou agendamento no mesmo dia (*same-day scheduling*), é defendido por alguns autores como forma de diminuir atrasos e a espera na atenção primária, sem a necessidade de acréscimo de recursos aos já existentes (MURRAY; BERWICK, 2003).

Segundo Faria e Campos (2012), os principais fatores que levam à dificuldade na reorientação das atividades das equipes são: a fragmentação do processo de trabalho das equipes; formação deficiente dos profissionais que atuam na atenção primária; a não consideração do perfil epidemiológico da população adscrita; o reforço do atendimento centrado na consulta médica, em detrimento do atendimento prestado por outros profissionais; e o direcionamento da gestão. Propõem a utilização do planejamento estratégico situacional, conforme diretriz para a lógica de planejamento proposto para a ESF, além da capacitação dos profissionais envolvidos com a atenção básica.

Desta forma, levando em conta as particularidades locais já descritas para a UBS Km 14, faz-se necessário a composição de uma agenda comum que, levando em conta as características da unidade, sua equipe, a localização e a população adscrita, possa satisfazer a proposta da Estratégia Saúde da Família, cumprindo as premissas da Atenção Básica (ou Primária) de Saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Inicialmente foi feita uma reunião dos profissionais da unidade (médicos e enfermeiras) com a gerência. Foi sugerido modelo de organização da agenda de conhecimento de um dos médicos, no qual a unidade conta sempre com uma equipe de referência (médico e enfermeira) para triagem e atendimento das demandas agudas; enquanto isso, a outra equipe fica com agenda protegida para atendimento das demandas programadas. Diante da aceitação deste modelo como o mais adequado à atual situação da unidade, foi proposta uma agenda com a distribuição das equipes entre demanda espontânea e demanda programada, conforme explicitado no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das agendas das equipes amarela e verde da UBS.

EQUIPE AMARELA					
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	DE	DP	DP	DE	DP
TARDE	DE	DP	DE	DE	DP
EQUIPE VERDE					
MANHÃ	DP	DE	DE	DP	DE
TARDE	DP	DE	DP	DP	DE

DP: demanda programada; DE: demanda espontânea

Com esta distribuição, as equipes poderão organizar melhor seus atendimentos, levando em consideração os recursos disponíveis para contemplar as diversas demandas. Note-se que, no decorrer da semana de funcionamento da unidade, há sempre uma equipe de referência responsável pelo atendimento das demandas espontâneas.

Nos períodos reservados para o atendimento das demandas programadas, a equipe tem a liberdade para se organizar de acordo com o que melhor convier, respeitando a distribuição dos recursos necessários (e.g.: o atendimento de pré-natais e preventivos será feito de acordo com o mapa de ocupação da sala da ginecologia, único consultório da unidade que dispõe do material necessário para estas atividades). O mapa de ocupação das salas está sendo criado pela gerência, e estará disponível a partir do momento que a agenda comum começar a vigorar.

Foi proposta a data de 1º de julho de 2015 para início das atividades conforme o acordado entre as equipes.

A proposta do presente trabalho, além de participar ativamente do processo de criação da agenda comum, é também reavaliar constantemente os resultados do processo e readequar a agenda à melhoria contínua das atividades realizadas na unidade, com vistas a atingir as metas propostas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Definição dos problemas

Foram identificados os seguintes problemas na área de abrangência da UBS Km 14.

- 1) Organização da agenda da UBS Km 14 entre atendimentos agudos e atividades da Estratégia Saúde da Família (problema quase estruturado intermediário).
- 2) Estrutura física da UBS Km 14 (problema estruturado e terminal).
- 3) Alto número de pacientes crônicos descompensados (principalmente hipertensos e diabéticos) (problema quase estruturado e final).

O quadro 2 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 2 - Priorização de problemas para elaboração do plano de ação.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Organização da assistência	Alta	10	Alta	1
Pacientes descompensados	Alta	7	Média	2
Estrutura física	Alta	6	Baixa	3

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Descrição do problema selecionado

O principal problema selecionado diz respeito à organização da assistência da UBS Km 14 em relação ao atendimento de pacientes com demandas agudas e a reserva de agenda para atendimento de demandas da Estratégia Saúde da Família (tais como atendimentos agendados de pacientes com doenças

crônico-degenerativas, além de pré-natais, preventivos, puericulturas e visitas domiciliares).

O problema é generalizado entre as duas equipes da UBS, mas pode ser nitidamente visualizado através da organização da agenda da Equipe Amarela. Na figura 1 é apresentada a distribuição dos atendimentos no mês de abril de 2015 e na figura 2 a relação entre o número de atendimentos e o tipo de atendimento.



Figura 1 – Número de atendimentos de abril/2015 por tipo de atendimento

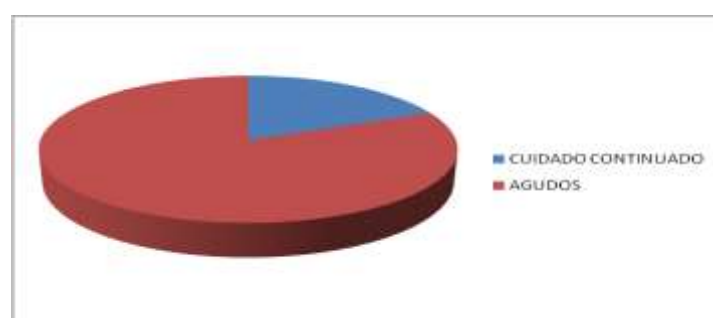


Figura 2 – Distribuição dos atendimentos entre agudos x cuidado continuado

Na figura 1 é observado um baixo número de atividades dedicadas à Estratégia Saúde da Família (puericultura, pré-natais, visitas domiciliares). Na figura 2 pode-se perceber a nítida priorização da agenda para atendimentos agudos em detrimento aos agendamentos para cuidados continuados.

Nós críticos

O problema tem sua gênese em diversos nós críticos, quais sejam:

- o costume da população em ter suas demandas prontamente atendidas, sem considerar a possibilidade de agendamentos;
- a priorização do atendimento médico para todas as condições, agudas e crônicas, sem tendência à aceitação das orientações e consultas por outros profissionais tais como enfermeiros;
- o paradigma da própria equipe da UBS, de atendimento imediato de todas as demandas agudas em detrimento da organização da agenda para realização de atividades de promoção e prevenção de saúde;
- o alto número de pacientes com demandas agudas;
- a distância da UBS em relação à Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) do município, localizada em um bairro distante e de difícil acesso pela população da UBS;
- a falta de organização e boa vontade da própria equipe em resolver o problema;
- a ausência de um direcionamento da gestão em relação ao problema.

Diante dos nós críticos identificados, foram elaborados os operações/projetos para os seus enfiamentos, como demonstrado nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 – Desenho das operações necessárias ao enfrentamento dos nós críticos descritos para a organização da assistência na UBS Km 14.

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Costume da população no atendimento imediato das demandas	Grupos de convivência Orientar usuários utilizando espaços de convivência (grupos, campanhas, sala de espera)	População participa ativamente da construção da organização da assistência	Convivência harmônica da população com a equipe; melhora do controle de doenças crônicas; melhora do alcance das práticas de promoção e prevenção	Organizacional: atuação da equipe e da população. Financeiro: existência de espaços de convivência da população com a equipe. Cognitivo: disponibilidade da equipe em dar oportunidade à população de participar do processo.
Falta de organização da equipe	Agenda Modificar o modelo de agenda vigente e a mentalidade da equipe	Discussão de uma agenda comum entre as equipes que contemple atendimentos agudos e agendados	Agenda comum da UBS	Organizacional: organização dos horários disponíveis de cada um dos profissionais envolvidos; definição de agenda comum que contemple os recursos disponíveis.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 4 – Desenho das operações necessárias ao enfrentamento dos nós críticos descritos para a organização da assistência na UBS Km 14.

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Ausência de direcionamento da gestão	Pacto com a gestão Pactuar com a gestora a necessidade de modificação da agenda	Direcionamento da gestão no sentido de se pactuar a agenda comum da UBS Km 14	Agenda comum da UBS	Político: envolvimento da gestão no processo de implantação da agenda e constante reavaliação do resultado
Priorização do atendimento médico às demandas	Atuação profissional Possibilitar atuação dos demais profissionais no atendimento às demandas, particularmente as programáticas	Atendimento à população pelos enfermeiros da unidade, com otimização dos atendimentos médicos àquelas situações que realmente necessitam deste atendimento	Agenda comum da UBS	Organizacional: disponibilidade dos profissionais para atendimento no acolhimento, pré-natais, preventivos, puericulturas, grupos operativos. Político/financeiro: treinamento dos profissionais
Paradigma do atendimento prioritário às demandas agudas	Paradigma Modificar o paradigma existente	Participação ativa da equipe no processo de modificação do paradigma	Equipe motivada, consciente do seu papel, produtiva e satisfeita com os resultados	Político: educação permanente; direcionamento da gestão. Financeiro: espaços de convivência da equipe

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Nos quadros 5 e 6 estão apresentados a viabilidade da proposta de intervenção e o plano operativo da mesma, respectivamente.

Quadro 5 – Análise de viabilidade do plano.

Atores	Recursos que controla	Grau de motivação
Gerente da UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Agendas dos profissionais; - Recursos físicos (disposição dos consultórios, aparelhos como Sonar, maca ginecológica) - Anuência da gestão municipal - Motivação da equipe 	Motivação favorável
Médico da Equipe 1	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda - Motivação da equipe - Conhecimento técnico 	Motivação favorável
Médico da Equipe 2	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda - Motivação da equipe - Conhecimento técnico 	Motivação favorável
Enfermeira da Equipe 1	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda - Motivação da equipe - Conhecimento técnico 	Motivação favorável
Enfermeira da Equipe 2	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda - Motivação da equipe - Conhecimento técnico 	Motivação favorável
Demais membros da equipe (técnicos de enfermagem; ACS's, técnico-administrativos)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às Equipes 	Vários graus de motivação (favorável / indiferente / contrária).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 6 – Elaboração do plano operativo.

Ação	Responsável	Prazo
Criação de uma agenda comum para a UBS Km 14	Equipe, gestão, usuários (população adscrita)	Até julho de 2015
Adequação das agendas individuais à agenda comum	- Enfermeiras das Equipes - Médicos - Gerente da UBS	Até dezembro de 2015
Reavaliação das agendas e readequação conforme agenda dos demais profissionais (médicos de apoio: ginecologista, pediatra, clínico)	Enfermeiras das Equipes	Até março de 2016

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Gestão do plano de ação

A atuação da equipe no sentido de implantar, avaliar e readequar o plano de ação será essencial para seu funcionamento. É importante ressaltar que durante a implantação do plano de ação poderão surgir imprevistos, inadequações, insatisfações ou mesmo dificuldades de ordem física (tais como a ocupação do espaço físico da unidade conforme atuação dos diversos profissionais). Além disso, a alta rotatividade dos profissionais pode prejudicar a implantação da nova realidade na unidade, uma vez que, com a troca de um profissional, pode ser necessária a revisão de todos os parâmetros previamente acertados, em função de horário de trabalho, folgas semanais ou outras particularidades. Será necessária também grande corresponsabilização da população no processo, uma vez que serão beneficiários dos progressos alcançados com a nova forma de realizar o trabalho da equipe. O papel dos profissionais envolvidos, no entanto, será fundamental neste processo, uma vez que a adequada atuação na nova realidade definirá o sucesso do que se propõe implantar com o presente trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação na Atenção Primária não é uma tarefa simples. Os recursos humanos talvez sejam a principal ferramenta da Estratégia Saúde da Família na realização das atividades programáticas de uma Equipe de Saúde da Família.

A organização desta assistência surge como um desafio para as equipes. A falta de um direcionamento estratégico por parte da gestão, aliada à insuficiente formação dos profissionais que atuam na Atenção Primária são grandes entraves à otimização do processo de trabalho dentro de uma UBS.

O presente trabalho tenta descrever a operacionalização desta organização, de forma estratégica e direcionada para o atendimento das demandas da população aliado à realização das ações programáticas de promoção e prevenção dos agravos de saúde.

Espera-se uma atuação horizontal da equipe, no sentido de se garantir a implantação da Estratégia Saúde da Família na UBS Km 14, com comprometimento vertical (da gestão à assistência).

Outro desafio que nasce quase que simultaneamente ao primeiro é a avaliação dos resultados do que se propõe, no sentido de se readequar o modelo à otimização do processo de trabalho, atingindo-se os objetivos da atenção primária, com melhora da saúde da população e satisfação dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

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. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. 2002. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 12 nov. 2015

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. Juiz de Fora: **Revista APS**, 2012 abr/jun; 15(2): 148-157.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315670&search=minas-gerais|sabara>>>. Acesso em: 15 jun. 2015

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. Boston: **JAMA**, vol 289 (N8): p 1035-1040, 2003.

NORMAN, A. H.; TESSLER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. São Paulo: **Saúde Soc**; 24(1): 165-179, Jan-Mar/2015.

SANTOS, A. M. dos; *et al.* Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10): 2687-2702, 2012.