

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família

Cássia Marina de Oliveira Santana

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FAQUINES, BOM SUCESSO/MINAS GERAIS**

Formiga/Minas Gerais

2020

Cássia Marina de Oliveira Santana

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FAQUINES, BOM SUCESSO/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire
Miranda Cadete.

Coorientadora: Profa. Dra. Selme Siqueira
de Matos.

Formiga/Minas Gerais

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NESCON)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte quatro dias do mês de outubro 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (CEGCSF), se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **CASSIA MARINA DE OLIVEIRA SANTANA** "PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FAQUINES, BOM SUCESSO/MINAS GERAIS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras Prof^a. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE e Prof^a. Dra. SELME SILQUEIRA DE MATOS. O TCC foi aprovado com nota 94.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte quatro outubro de dois mil e vinte pelo então coordenador, Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 10/02/2025, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3946067** e o código CRC **E2E12559**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, criador e maestro do Universo, por me dar saúde e força para conquistar os meus objetivos traçados.

À minha família, pelo apoio incondicional.

À minha professora orientadora, Matilde Miranda Meire Cadete, pela paciência, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelo apoio e incentivo.

Ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde do Brasil, pela oportunidade.

Ao PSF Faquines de Bom Sucesso - MG, pela convivência diária e por fornecer o objeto deste estudo.

"A saúde da alma, bradou ele, é a ocupação mais digna de um médico." (Machado de Assis)

RESUMO

Investir no aprimoramento do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde é essencial para aumentar a eficiência do serviço de saúde e modificar o modelo biomédico existente transformando-o em um modelo de atenção integral. A falta de comunicação entre membros de uma equipe e a ausência de planejamento de ações e de reflexão crítica acerca do que deve ser melhorado contribui para a persistência do modelo biomédico de saúde, em que as demandas são supridas, porém não há trabalho continuado com o usuário. Este projeto objetivou apresentar um projeto de intervenção para melhoria do processo de trabalho de uma equipe de assistência básica à saúde do município de Bom Sucesso – Minas Gerais. Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional utilizando o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional, em que é realizada uma estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário e seleção dos nós críticos, que nortearam a intervenção a ser realizada - implementação de reuniões mensais de planejamento na unidade. Foi feita revisão de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde e nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para, em seguida, ser realizado o desenho das operações das intervenções propostas. Espera-se que haja melhoria no processo de trabalho da equipe tão logo as ações planejadas e programadas sejam materializadas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Equipe de trabalho; Educação em saúde.

ABSTRACT

Investing in improving the work process in a Basic Health Unit is essential to increase the efficiency of health service and modify the existing biomedical model, transforming it into a model of integral attention. The lack of communication between team members and absence of action planning and critical reflection about what needs to be improved contribute to the persistence of a biomedical model of health, in which the demands are met, however there is no continued work with the individual. This project concerns an proposal of intervention in order to improve the work process of a basic health care team in "Bom Sucesso" City – MG. Initially, a situational diagnosis was carried out by using the simplified method of Situational Strategic Planning, in which the problems observed are quickly estimated, priority problem is defined and critical nodes are selected, which guided the interventions to be carried out – implementation on monthly planning meetings at the Basic Health Unit. An extensive literature review was carried out at Virtual Library of Health and Primary Care Notebooks of the Ministry of Health, to then carry out the design of the operations of the proposed intervention. It is expected to have a improve in team work process as soon as the planned and programmed actions have been done.

Keywords: Family health strategy; Workforce; Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1- Distribuição usuários adscritos na ESF Faquines de acordo com sexo e idade, 2019.	12
Quadro 2 - Distribuição usuários adscritos em ESF Faquines de acordo com condição de saúde, 2019.	12
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.	18
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ausência de reuniões”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.	30
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Visão curativa e biologicista dos profissionais de saúde”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.	31
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de estímulos e recompensas com a evolução da Equipe”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.	32
Quadro 7- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Sobrecarga de trabalho da equipe”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, MG.	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Faquines	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Faquines	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Saúde Faquines	15
1.7 O dia a dia da equipe Saúde Faquines	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A região, onde hoje se localiza o Município de Bom Sucesso foi primitivamente habitada pelos índios da tribo Cataguases. Por volta de 1736, D. Antônio Luiz de Távora, Conde de Sazerdas, viajando em direção à Goiás, teve de acomodar-se à margem direita do Rio Pirapetinga devido a um forte temporal, lá ficando por alguns dias. Sua esposa, que estava grávida e fazia parte da comitiva, estava prestes a ter o filho. O Conde fez então uma promessa: se o parto ocorresse bem, construiria uma capela e mandaria trazer de Portugal uma imagem de Nossa Senhora do Bom Sucesso. Em cumprimento à promessa feita, o Conde ordenou que se erguesse a capela, mandando vir na mesma época, a imagem da santa (BOM SUCESSO, 2019).

O povoado progrediu e teve sua população aumentada. Baseou sua economia na lavoura e no comércio, já contando nesta época com várias escolas. Em 1883, foi elevado a município. Seu nome originou-se de homenagem à padroeira do município, Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Bom Sucesso é um município brasileiro localizado na região Oeste de Minas Gerais. A população Bom-successense, de acordo com o censo demográfico de 2010 do IBGE, teve média estimada de 17.603 habitantes para 2019. A distância em relação à capital Belo Horizonte é 190 km (IBGE, 2019).

Em geral, a população de Bom Sucesso ocupa-se principalmente nos seguintes setores econômicos: agropecuário, prestação de serviços e indústria. Em 2016 a proporção de pessoas ocupada em relação à população total era de 12,6%. Uma grande fração da população trabalha de forma informal. As principais atividades do município são produção de leite e de café (IBGE, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) referente ao município no ano de 2000 foi de 0,754 e em 2010 de 0,692, sendo que o ideal é que seja superior a 0,80 (IBGE, 2019).

Bom Sucesso apresenta 87.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 75.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 61.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, isto é, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019).

Bom Sucesso conta com sete Equipes de Saúde da Família na sede, uma Equipe de Saúde da Família em Macaia, uma Policlínica e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede Pública, um Hospital Geral filantrópico que atende os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Saúde da Família (PSF) está implantado desde 2000 e apresenta uma cobertura de 100% da população.

1.2 Aspectos da comunidade

Faquines é uma comunidade de 3758 habitantes, localizada na periferia de Bom Sucesso. A principal área de atuação de sua população é a rural, sendo o trabalho nas lavouras de café da região a atividade mais predominante. A maior parte da população trabalha em empregos informais, sendo desprovidos de proteção pelas leis trabalhistas. Há, ainda, um grande número de desempregados. A estrutura de saneamento básico do município é satisfatória.

Segundo dados do e-SUS, de 1192 famílias cadastradas, 1153 tem acesso à rede coletora de esgoto, sendo o restante das famílias sem dados informados. Tem-se, também, que 1151 famílias têm acesso à rede encanada de água e 1137 famílias têm acesso ao tratamento de água (BRASIL, 2019).

A renda média das famílias cadastradas varia entre 2 e 3 salários-mínimos. Chama a atenção o baixo acesso da população ao ensino superior – somente 40 habitantes declaram ter tido acesso ao ensino superior.

A população tem uma cultura rural bastante predominante observada nos costumes, tradições, superstições e crenças.

No Quadro 1 tem-se a apresentação da população atendida pela equipe de saúde Faquines.

Quadro 1 – Distribuição usuários adscritos na ESF Faquines de acordo com sexo e idade, 2019

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	10	11	21
1-4	110	97	207
5-14	254	233	487
15-19	143	159	302
20-29	310	324	634
30-39	274	272	546
40-49	248	261	509
50-59	204	193	397
60-69	181	193	374
70-79	75	90	165
≥ 80	40	76	116
Total	1849	1909	3758

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência e-SUS.

Os dados do quadro 1 relevam que o maior contingente populacional atendido pela equipe Faquines é de pessoas jovens, com idade de 20 a 29 anos seguido de pessoas da faixa etária de 30 a 39 anos.

Quadro 2- Distribuição usuários adscritos em ESF Faquines de acordo com condição de saúde , 2019

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	60
Hipertensos	718
Diabéticos	197
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, outras)	38
Pessoas que tiveram AVC	19
Pessoas que tiveram infarto	21
Pessoas com doença cardíaca	24
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	10

Pessoas tem/teve câncer	20
Pessoas com sofrimento mental	25
Acamados	8
Fumantes	305
Pessoas que fazem uso de álcool	60
Usuários de drogas	15
Total	1520

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência e-SUS.

As informações do quadro 2 revelam grande número de pessoas com hipertensão e diabetes. Chama, também, a atenção o número de pessoas que sofreram infarto, Acidente Vascular Cerebral e que são cardíacas.

1.3 O sistema municipal de saúde

Como já mencionado anteriormente, o município conta com uma cobertura de Atenção Primária à Saúde de 100%. No momento conta com sete equipes de saúde da família no município sede e uma equipe de saúde da família no distrito de macaia. O atendimento odontológico básico, como procedimentos coletivos, individuais e preventivos são realizados por sete equipes de Saúde Bucal.

O Centro de Atenção Psicossocial I(CAPS) foi inaugurado em 27/06/2008, funciona de 7:00h às 16:00h, de segunda à sexta-feira. O município tem contrato com alguns médicos especialistas que atendem no próprio município: cardiologia, obstetrícia, ginecologia, pediatria, otorrinolaringologia, entre outros. Os usuários do SUS que necessitam de consultas especializadas, exames diagnósticos e tratamentos que não são realizados em Bom Sucesso, são encaminhados para outros centros de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) assistencial.

Os atendimentos de urgência e emergência são realizados no Asilo de Caridade, mediante contrato firmado com a Prefeitura Municipal. O Asilo de Caridade Santa Casa de Bom Sucesso disponibiliza 65 leitos de média complexidade para internações nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia. Em 2016, o número de internações hospitalares de Obstetrícia, no Asilo

de Caridade, reduziu significativamente, o que tem gerado um grande número de transferências de usuárias para outros municípios. Este serviço atende aos usuários do SUS, particulares e portadores de planos de saúde. Conta com laboratório próprio para realização de exames de rotina.

Existem dois laboratórios particulares no município conveniados à Prefeitura. Há uma farmácia municipal que disponibiliza medicamentos gratuitos à população, com a assistência especializada de um farmacêutico.

A prefeitura oferece transporte gratuito a todo usuário que precisa se deslocar para outro município para a realização de procedimentos (hemodiálise, quimioterapia, entre outros), exames e consultas com especialistas. Também fornece transporte para a realização de visitas domiciliares pelo médico das ESF e para deslocamento da equipe de enfermagem para locais de difícil acesso para a realização de procedimentos (vacinas, curativos, entre outros).

A implementação do prontuário eletrônico encontra-se em processo de finalização no município. Os prontuários físicos ainda são utilizados de maneira rotineira nas sete ESF do município, sendo os dados lançados posteriormente no sistema e-SUS do Ministério da Saúde. Todos os usuários cadastrados em alguma ESF obtêm o cartão de identificação do SUS.

Na Atenção Primária à Saúde, a referência à atenção secundária é feita via formulário a ser preenchido e encaminhado à Secretaria de Saúde. A Secretaria de Saúde tem contrato com médicos de diversas especialidades que atendem no município e, também, fora dele (em cidades vizinhas como São João Del Rei, Oliveira, Lavras).

O município conta, ainda, com um hospital que realiza atendimentos públicos e é financiado pelo município e estado. A referência dos pacientes para o setor terciário é feita via contato telefônico com o médico plantonista presente no dia. O município conta, também, com convênio com hospitais de maior complexidade de cidades próximas, sendo as transferências dos pacientes realizadas via SUS-Fácil.

O modelo de atenção predominante na Unidade Faquines é a Estratégia de Saúde da Família. A estratégia de saúde da família, é também, predominante no município como um todo, que tem uma cobertura de APS de quase 100% da população. Há, também, setores privados de saúde, mas constitui, em sua essência, a minoria.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Faquines

A Unidade Básica de Saúde Faquines foi inaugurada acerca de 19 anos. Durante 11 anos foi situada em uma casa alugada. Há oito anos encontra-se no atual prédio, construído pela prefeitura para essa finalidade. É um prédio novo, bem estruturado, conta com cinco consultórios, uma sala para as agentes comunitárias de saúde, uma sala de vacinação, uma sala de curativos, uma sala para a enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de depósito de materiais, uma sala de esterilização, banheiros, cozinha, recepção e garagem. O prédio é grande, novo e espaçoso.

A unidade tem bons equipamentos: glicosímetro, esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro, otoscópio, entre outros. Porém há uma limitação muito importante na unidade: não há medicação disponível e nem instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Faquines

A Equipe de Saúde da Família da Unidade Faquines é composta por: um médico generalista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de limpeza, uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

Além disso, pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) há, também, atendimento dos seguintes profissionais: um fonoaudiólogo um psicólogo, uma nutricionista, um profissional de educação física e um médico pediatra. Todos eles atendem uma vez por semana). Apenas o médico ginecologista atende uma vez ao mês.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Faquines

A Unidade Básica de Saúde Faquines funciona de 7h às 16h de segunda à sexta-feira. Os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo. Os agentes comunitários de saúde, apesar de insatisfeitos com a situação, cumprem essa função extra. Já foi discutido com a Secretaria de Saúde a possibilidade de contratar uma secretaria/recepcionista, porém, no momento, a mesma não dispõe de recursos.

1.7 O dia a dia da equipe Faquines

A Equipe de Saúde da Unidade Faquines oferece acolhimento a todos os usuários que procuram o serviço, em qualquer momento. O acolhimento direciona, então, para o processo mais indicado no momento: orientação, agendamento de visitas, agendamento de consultas, inserção no NASF, etc.

Há atendimento nas áreas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares a pacientes acamados. As consultas médicas são prioritariamente agendadas, com apenas duas vagas por turno destinadas à demanda espontânea. As visitas domiciliares realizadas pelo médico são agendadas pelas agentes comunitárias de saúde e enfermagem, de acordo com a demanda que os usuários apresentam.

Até o momento não há realização de grupos educativos na Unidade. A renovação de receitas é realizada quarta-feira à tarde para pacientes com doenças crônicas em acompanhamento regular na Unidade. Se o paciente estiver há mais de seis meses sem passar por avaliação médica a renovação de receita é condicionada à marcação de consulta.

Não há, também, realização de reuniões para discussão de planejamento e avaliação do trabalho. Quando há algum recado a ser passado ou decisão a ser tomada, a enfermeira o faz informalmente “nos corredores”. Esse fato ocorre, provavelmente, devido à grande demanda da unidade e falta de tempo dos funcionários.

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

O diagnóstico situacional realizado na área adscrita à UBS Faquines, segundo Faria, Campos e Santos (2018) apontou:

- Ausência de medicações na unidade: pequenas urgências como crise asmática, dor osteomuscular, crise hipertensiva leve, que seriam facilmente manejadas na unidade, têm que ser transferidas para o sistema hospitalar, sobrecarregando, assim, a atenção terciária.
- Ausência de instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias: pequenas biópsias de pele, suturas ou procedimentos simples que poderiam ser realizados na atenção primária são referenciados à atenção secundária, sobrecarregando a mesma e retirando vagas de casos mais complexos.
- Horário de funcionamento: a unidade funciona de 7h às 16h, de segunda à sexta-feira. Este horário não contempla trabalhadores. Levando em conta a natureza do trabalho da maioria dos usuários da região (trabalhadores rurais, em regime informal, não-protegidos por leis trabalhistas), muitos não frequentam a unidade de saúde por receio de sofrerem represália no trabalho devido às faltas. Um horário diferenciado, pelo menos durante um dia na semana, seria ideal para aumentar a adesão destes usuários.
- Ausência de recepcionista/secretária: por não ter recepcionista, as agentes comunitárias de saúde revezam as atividades da recepção pela manhã e as técnicas de enfermagem revezam a tarde. Esta função extra sobrecarrega estes profissionais. Além disso, os usuários ficam sem uma pessoa de referência para procurar quando chegam à unidade.
- Alto número de pessoas tabagistas: por se tratar de uma cidade interiorana, cuja fonte de renda é prioritariamente rural, hábitos rurais estão muito presentes em minha unidade. Como exemplo, podemos citar o alto número de tabagistas na unidade. Segundo dados do SIAB há 305 tabagistas em nossa área de abrangência. E

prevalece entre os pacientes a ideia de que “cigarro de palha faz menos mal do que o cigarro industrializado”.

- Não-realização de reuniões na unidade: Não há, também, realização de reuniões para discussão de planejamento e avaliação do trabalho. Quando há algum recado a ser passado ou decisão a ser tomada, a enfermeira o faz informalmente “nos corredores”. Esse fato ocorre, provavelmente, devido a grande demanda da unidade e falta de tempo dos funcionários.

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

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfretamento***	Seleção ****
Ausência de medicações na unidade	Alta	8	Fora	4
Ausência de instrumental cirúrgico	Baixa	4	Fora	6
Horário de funcionamento	Alta	6	Fora	5
Ausência de recepcionista-secretária	Média	3	Fora	3
Alto número de tabagistas	Alta	9	Parcial	2
Não-realização de reuniões de planejamento e de avaliação do trabalho	Alta	10	Dentro	1

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 10

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema abordado é a ausência de reuniões mensais de avaliação e planejamento na unidade. Após discussão entre a equipe houve um anseio em abordar a questão

do tabagismo. Porém, após estudos sobre o processo de trabalho vigente, optou-se por regularizar e harmonizar a atuação da equipe internamente, e em um segundo momento, abordar outras questões. Isto porque, se a base não estiver alinhada dificilmente haverá possibilidade de intervenções maiores.

Matus, em 1993, propôs um modelo em que a gestão é compreendida em três níveis: a dos fatos, sistema e o nível das regras. Segundo essa classificação, a ESF Faquines encontra-se no nível dos fatos. A equipe encontra-se sobrecarregada, com dificuldade de atender a demanda espontânea e de organizar sua agenda. Não há ações planejadas e sistematizadas. Não há avaliação do que está sendo feito e do que precisa ser aprimorado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os recados são passados informalmente, nos corredores. Quando há alguma decisão a ser tomada, ocorre da mesma maneira. A discussão de casos clínicos entre médico e profissionais do NASF é feita entre uma consulta e outra, de maneira apressada. Não há *feedback* sobre a atuação da equipe. Não há planejamento de ações. Isto resulta em uma atuação voltada para suprir as demandas que aparecem e limita o aperfeiçoamento da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

Investir no aprimoramento do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde é essencial para aumentar a eficiência do serviço de saúde e modificar o modelo biomédico existente transformando-o em um modelo de atenção integral.

Faria, Werneck e Santos (2009, p.21) assim se pronunciam em relação ao processo de trabalho:

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

Chagas e Vasconcellos (2013) afirmam que o processo de trabalho em saúde segue uma direção e se faz mediante as relações estabelecidas entre os homens e destes com a natureza, o que convoca adaptações, mudanças e manutenção.

Ainda Chagas e Vasconcellos (2013, p.381) dizem que,

O trabalho em equipe constitui uma prática em que a **comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho**. A troca de informações continuada, que leva às boas avaliações e propostas de conduta, deve ocorrer através das reuniões das equipes, como parte da rotina do trabalho da Saúde da Família para facilitar a comunicação, troca de experiências, expectativas, melhorar convivência e avaliação quantitativa (grifo da autora).

A falta de comunicação entre membros de uma equipe, a ausência de planejamento de ações e de reflexão crítica acerca do que deve ser melhorado contribui para a persistência do modelo biomédico de saúde, em que as demandas são supridas, porém não há trabalho continuado com o indivíduo.

Trabalhar o processo de trabalho da Unidade Faquines resultará em atividades planejadas, instituição de educação permanente em saúde, realização de grupos operativos, diminuição no número de consultas médicas e melhoria no cuidado interdisciplinar, resultando a longo prazo em diminuição de internações por condições sensíveis, aumento de qualidade de vida e bem-estar psicossocial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família da Unidade Faquines, situada no município Bom Sucesso, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Fazer revisão bibliográfica sobre processo de trabalho em saúde e práticas educativas em saúde
- Realizar Rodas de conversa sobre práticas educativas em saúde
- Propor reuniões mensais entre equipe com planejamento e avaliação de ações

4 METODOLOGIA

Para este projeto de intervenção, foi efetivado, inicialmente, o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe da ESF Faquines, onde foram discutidos os problemas prioritários da unidade e comunidade. Para tal, foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), em que é realizada uma estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário e seleção dos nós críticos, que nortearam a intervenção a ser realizada (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O método estimativa rápida, como o próprio nome diz, é de execução rápida, sem gastos, baseado em coleta de informações em bases de dados oficiais e também leva em consideração relatos de usuários e de membros da equipe da unidade.

O projeto de intervenção se fundamentará em revisão de literatura, com busca de material na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre o tema, com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Equipe de trabalho e Educação em saúde.

Também foram pesquisados os Cadernos do Ministério da Saúde que versam sobre a temática deste estudo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para Sella et al. (2020), Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base dos principais sistemas de saúde do mundo e responde pela entrada do paciente no sistema de saúde. Sabe-se que uma Atenção Primária eficaz consegue resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade. A Atenção Primária à Saúde tem como objetivos a prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação.

Contudo, diferentemente de outros ambientes de cuidado à saúde com centralidade no uso de tecnologias densas, a APS em decorrência de sua amplitude de atuação e seu foco no diagnóstico clínico a partir do conhecimento dos profissionais costuma apresentar grandes variações na capacidade de intervir nos problemas de saúde da população. Tal fato faz com que os resultados alcançados pela APS em sistemas de cobertura universal de saúde sejam muito variados, levando à necessidade de se criar instrumentos para equalizá-la e ao mesmo tempo, aumentando os desafios de monitorar e avaliar seus resultados enquanto Política Pública de Saúde (SELLERA et al., 2020, p. 1402)

Faria et al. (2019) discorrem que, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, é preferencialmente através das Equipes de Saúde da Família que se dá o primeiro contato do indivíduo com o Sistema Único de Saúde (SUS). A organização das ações e dos serviços dentro da Atenção Primária é pautada no conhecimento do território, conhecimento das necessidades e demandas da população pertencente a este território e organização das ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde.

No Brasil, um grupo do Ministério da Saúde, em 2003, se reuniu para estabelecer a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de definir prioridades e diminuir gastos públicos. Em 2006, a PNAB foi publicada, tendo passado por diversas revisões desde então. A PNAB estabelece várias características que devem estar presentes no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica, mas destaca-se a orientação à participação da ESF no planejamento local de saúde, avaliação das ações de sua equipe, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde define 12 características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, conforme destacado na PNAB:

- I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população [...]
- III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde [...];
- IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde [...] (BRASIL, 2012, p.40-43).

O planejamento local de saúde com a avaliação das ações de sua equipe pode ser feito, por exemplo, através do matriciamento. O apoio matricial ocorre quando dois ou mais profissionais (ou equipes) operam em uma intervenção terapêutica compartilhada. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de organização do cuidado à saúde edificado em equipe e depois repassado ao usuário. Podem-se discutir diagnósticos, avaliar necessidades e estabelecer a definição do cuidado. Este projeto é feito articulando um conjunto de condutas e propostas feitas pela equipe e, de preferência, apoiado pelo NASF (BRASIL, 2013).

Destaca-se, ainda, que o PTS é “um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação

entre o profissional e o usuário está em constante transformação” (BRASIL, 2013, p.33).

A construção de um PTS constitui um desafio ao modelo biomédico tradicional, pois requer tempo e disponibilidade da equipe para realizar reuniões periódicas em um espaço físico onde os casos serão debatidos, compartilhados, analisados e corresponsabilizados. “O trabalho integrado e colaborativo entre essas equipes pode acontecer, por exemplo, por meio de consulta conjunta entre o psicólogo e o médico da equipe, de participação de um agente comunitário de saúde no grupo coordenado pelo farmacêutico [...]” (BRASIL, 2014, p.47).

Santos, Uchoa-Figueiredo e Lima (2017) destacam que

As políticas públicas preveem que as equipes de profissionais do NASF e das ESF organizem seus processos de trabalho priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a capacitação, mantendo sempre foco na integralidade, na humanização e na promoção de saúde, no território sob a responsabilidade delas.

Para o Ministério da Saúde é fundamental a participação em encontros periódicos e programados pelos profissionais e pela gestão que se constituem em momentos e espaços de pactuação de ações, como buscar apoios que se fazem necessários, principalmente em situações não previstas e de urgência além de ser espaço de educação permanente dos profissionais da equipe de AB (BRASIL, 2014).

O PTS possibilita que o sujeito saia de uma posição de objeto e passa a ocupar a posição de protagonista na condução de suas vidas e de suas necessidades. Desafia o modelo biologicista em que o processo saúde-doença é visto de forma linear, onde os tratamentos são direcionados a um dano específico que causou a doença. Corresponsabiliza todos os membros da equipe criando uma nova hierarquia entre os saberes quando se analisam os aspectos subjetivos e conjunturais dos usuários (MÂNGIA; BARROS, 2009).

Pesquisa realizada por Galavote et al. (2011, p.239), com Agentes Comunitários de saúde (ACS) sobre processo de trabalho, apontou que eles têm diversas explicações “e avaliam o trabalho em equipe sob diferentes ângulos, considerando a importância

desse tipo de organização no cotidiano da ESF e associando a equipe ao conceito de união e ajuda mútua”.

Esses autores ainda afirmam que:

[...] o ACS necessita, no cotidiano de trabalho, de ferramentas que superem apenas o conhecimento pautado no modelo biomédico vinculado à doença, ou seja, deve ser detentor de habilidades que lhe permitam atuar no âmbito social de cada família e no campo das necessidades de saúde de cada usuário, sendo protagonista que contribua, efetivamente, para a produção de um modelo de atenção que ressignifique o trabalho em equipe (GALAVOTE et al., 2011, p.239).

Silva et al. (2016) explanam sobre educação no processo de trabalho da equipe de saúde e ressaltam a importância de ações e estratégias educativas, com vistas à melhoria da atenção e gestão do trabalho para que mudanças eficazes ocorram e uma das formas mais indicadas e efetivas é a educação permanente.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Ausência de reuniões de planejamento e avaliação entre a equipe Faquines”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema aqui abordado é a falta de reuniões de planejamento e avaliação do processo de trabalho na Unidade Faquines. Após discussão sobre o processo de trabalho na unidade com a equipe e após leitura de textos-base sobre Processo de Trabalho, optou-se por regularizar e harmonizar a atuação da equipe internamente primeiro, e em um segundo momento, abordar questões externas. Isto porque, se não há alinhamento da base primeiro, dificilmente haverá possibilidade de concluir intervenções maiores.

Na unidade, atualmente, não há reuniões entre a equipe. As decisões são tomadas informalmente, nos corredores. Discussões de casos clínicos entre profissionais são realizadas entre uma consulta e outra, de maneira apressada. Não há *feedback* sobre a atuação da equipe. Não há planejamento de ações. Como resultado, não há educação continuada, acompanhamento contínuo de doentes crônicos, realização de grupos operativos. Isto resulta em uma atuação voltada para suprir as demandas que aparecem e limita, em muito, o aperfeiçoamento da equipe.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

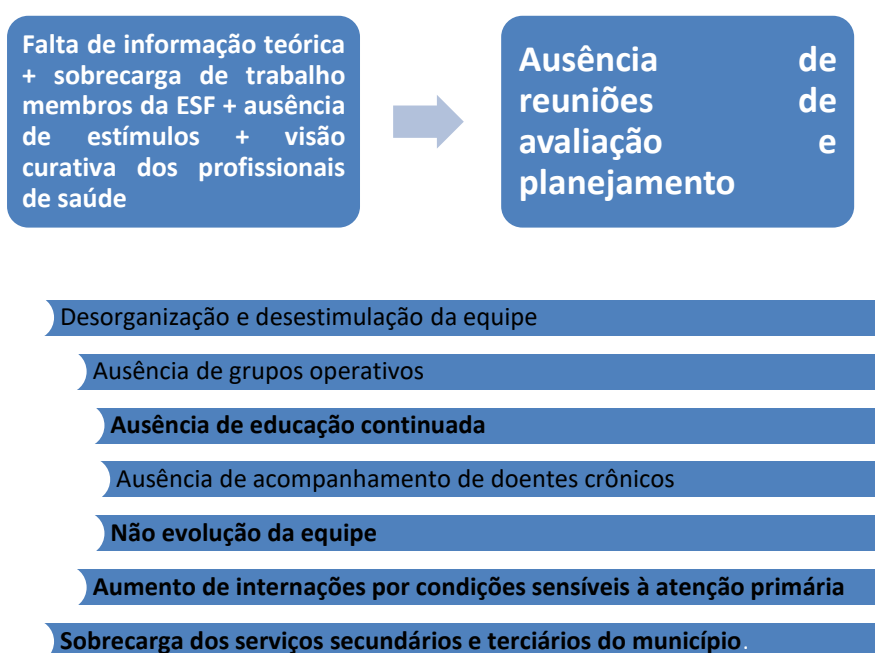
A ausência de reuniões de planejamento e avaliação na unidade, leva a atuação dos profissionais inseridos a “apagar incêndios”, ou seja, a apenas suprir a demanda trazida pelos pacientes. A atuação da equipe de saúde deixa de ser preventiva e passa a ser meramente curativa, descaracterizando a medicina de família e comunidade. Este fato ocorre por vários motivos: sobrecarga de trabalho dos membros da equipe, levando à falta de tempo livre; ausência de informação teórica sobre a importância do

planejamento e avaliação das ações; visão curativa e biologicista da atuação dos profissionais de saúde; ausência de estímulos por parte dos gestores municipais.

Logo, falta de informação teórica + sobrecarga de trabalho membros da ESF + ausência de estímulos + visão curativa dos profissionais de saúde → ausência de reuniões de avaliação e planejamento. Como resultado, temos:

- 1) Desorganização da equipe;
- 2) Falta de estimulação da equipe;
- 3) Ausência de grupos operativos, educação permanente, consultas de acompanhamento de doentes crônicos (todas estas atuações requerem planejamento)
- 4) Não ter o dimensionamento do que deve ser melhorado na unidade, o que impede a equipe de evoluir.
- 5) Aumento de internações por condições sensíveis à atenção primária
- 6) Sobrecarga dos serviços secundários e terciários do município conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Problemas com seus diversos problemas gerados pela falta de planejamento, avaliação e reunião de equipe



6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos elencados pela equipe de saúde foram:

- 1) Ausência de informação teórica sobre processo de trabalho
- 2) Visão curativa e biologicista dos profissionais de saúde
- 3) Ausência de estímulos e recompensas com a evolução da equipe
- 4) Sobrecarga de trabalho da equipe

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Os quadros 4, 5, 6 e 7 apresentados a seguir mostram, para cada nó crítico identificado, as operações, projetos, produtos, recursos e resultados esperados, e o seu monitoramento.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ausência de reuniões”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Ausência de informação teórica sobre processo de trabalho
6º passo: operação (operações)	Estabelecer reuniões mensais de feedback sobre processo de trabalho e seu planejamento
6º passo: projeto	<i>Conhecendo processo de trabalho</i>
6º passo: resultados esperados	Equipe de saúde com aporte teórico sobre processo de trabalho e sobre a importância de planejamento e avaliação em reuniões mensais. Equipe de saúde trabalhando com mais sintonia, programação das ações e avaliação das mesmas.
6º passo: produtos esperados	Rodas de conversa sobre processo de trabalho; Participação ativa e discussão teórica sobre processo de trabalho e todos valorizando o conhecimento construído.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre processo de trabalho Disponibilização de artigos sobre o tema, planejamento de rodas de conversa Político: definição de um dia e horário para realização das atividades com fechamento da agenda
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: sensibilizar a equipe para ler o material e participar das rodas de conversa. Financeiro: verba para aquisição de materiais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e enfermeira Motivação Favorável. Reunião com gestor local
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Mensalmente, a médica e enfermeira disponibiliza artigos e indicações de leituras sobre processo de trabalho e através da participação da equipe de saúde nas rodas de conversa
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado verificando como ocorre a aprendizagem e se há mudança significativa no processo de trabalho. Atas de reuniões e quadro com controle de metas.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ausência de reuniões”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Visão curativa e biologicista dos profissionais de saúde
6º passo: operação (operações)	Fornecer aporte teórico para os profissionais da equipe sobre a importância do trabalho preventivo na APS e sobre a importância de ações de promoção da saúde
6º passo: projeto	<i>O trabalho preventivo da APS</i>
6º passo: resultados esperados	Equipe de saúde focada em criar ações voltadas à prevenção à saúde, como realização de grupos operativos, palestras em sala de espera, programação de consultas para acompanhamento de doentes crônicos. A médio prazo isso resultaria em uma diminuição das consultas com queixas agudas, tiraria sobrecarga do médico e abriria possibilidades para realização de ações planejadas, retirando a necessidade de estar sempre disponível para "apagar os incêndios".
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos e Rodas de conversa sobre o trabalho preventivo da APS. Participação ativa e discussão teórica sobre processo de trabalho e todos valorizando o conhecimento construído.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o trabalho preventivo da APS Organizacional: definição de um dia e horário para realização das atividades com fechamento da agenda.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: sensibilizar a equipe para ler o material e participar das rodas de conversa. Financeiro: verba para aquisição de materiais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e enfermeira Motivação Favorável Reunião com gestor local
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Mensalmente, a médica e enfermeira disponibilizarão artigos e indicações de leituras sobre trabalho preventivo da APS e através da participação da equipe de saúde nas rodas de conversa e grupos operativos.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado verificando como ocorre a aprendizagem e se há mudança significativa nas ações da equipe. Atas de reuniões e quadro com controle de metas.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de reuniões”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de estímulos e recompensas com a evolução da Equipe
6º passo: operação (operações)	Promover ações para estimular a equipe a cumprir metas definidas nas reuniões de planejamento
6º passo: projeto	<i>A importância de traçar e cumprir metas</i>
6º passo: resultados esperados	Equipe de saúde focada e estimulada a traçar metas e objetivos nas reuniões de planejamento e a cumprir o que foi estipulado.
6º passo: produtos esperados	Equipe cumprindo metas. Após cada reunião, se todas as metas planejadas na reunião anterior forem atingidas, a equipe terá um momento de descontração com um café especial. Após a finalização de todas as reuniões de um grupo operativo cada profissional envolvido terá direito a meio turno de folga. Realização de votação mensal do "membro da equipe do mês" para escolher aquele que teve maior comprometimento com o cumprimento das metas. Entre outras ações.
6º passo: recursos necessários	Político: apoio e reconhecimento do gestor local. Liberação de turnos de folga para a equipe como forma de estimular a mesma a atingir metas propostas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: apoiar e estimular a equipe. Financeiro: disponibilização de recursos para premiar a equipe de acordo com as metas do mês.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica, enfermeira e gestor local Motivação Favorável Reunião com gestor local
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Mensalmente, a médica e enfermeira realizarão reuniões com a equipe para avaliar o que foi cumprido e o que pode ser melhorado e traçar os objetivos do próximo mês.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado nas reuniões de feedback e planejamento. A avaliação será feita com a própria equipe onde todos poderão explicar suas dificuldades e anseios. A equipe, orientada pela médica e enfermeira, chegará às conclusões e definirá o que pode ser melhorado para o próximo mês. Atas de reuniões e quadro com controle de metas.

Quadro 7- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de reuniões”, na Unidade de Saúde Faquines, município de Bom Sucesso, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Sobrecarga de trabalho da equipe
6º passo: operação (operações)	Solicitar reunião com o gestor local e expor a sobrecarga que a equipe, principalmente as técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde estão expostas, sobretudo pela ausência de uma recepcionista na Unidade.
6º passo: projeto	<i>Avaliando as funções exercidas pelos membros de uma Equipe de Saúde</i>
6º passo: resultados esperados	Contratação de uma recepcionista para exercer os trabalhos de marcação de consultas, ao primeiro contato com o paciente na Unidade, orientação aos pacientes, responsabilização sobre a recepção.
6º passo: produtos esperados	Equipe mais disponível para exercer com melhor desempenho as reais funções para as quais foi contratada.
6º passo: recursos necessários	Político: contratação de uma recepcionista para a Unidade. Cognitivo: capacitar a recepcionista sobre seu papel e a importância de acolher os pacientes
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: verba para a contratação da recepcionista.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gestor local. Motivação Favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A médica e a enfermeira solicitarão reunião com o gestor local para que o mesmo comunique ao Prefeito a necessidade de contratação de um funcionário para a recepção. O ideal é que essa contratação seja feita o mais breve possível (em, no máximo, seis meses) para que não haja comprometimento das outras ações propostas.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado pela enfermagem que fará contato contínuo com o gestor até que haja definição sobre a solicitação efetuada

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos que nortearam este projeto, foi realizado um diagnóstico situacional de uma equipe de assistência básica de um município do interior de Minas Gerais e a realização de uma proposta de intervenção voltada para melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde que trabalha na Unidade de Saúde Faquines.

Sabe-se que o processo de trabalho guia os resultados que serão encontrados dentro de uma equipe. No entanto, é preciso entender que enquanto o modelo assistencial tiver sua base em um eixo puramente biomédico, a equipe não sentirá necessidade de evoluir seu processo de trabalho, visto que todas as ações serão voltadas para a assistência médica, visando à resolução momentânea de agravos à saúde do indivíduo pelo médico-assistente.

É imprescindível, portanto, que antes de qualquer tomada de decisão e ação proposta, a equipe esteja alinhada com a assistência biopsicossocial do indivíduo, levando em conta fatores biológicos, sociais, psicológicos, comportamentais e espirituais. Desta forma, a equipe assume a responsabilidade da assistência, ao passo que o médico se tornará um dos membros da assistência, e não o único responsável pelo indivíduo que procura atendimento.

Além disso, a equipe também deve estar alinhada ao objetivo principal da APS que é a prevenção. A medicina curativa não deve ser o foco da ESF, mas sim a prevenção de doenças e agravos.

Objetiva-se, assim, com a implantação e implementação das ações definidas no plano de intervenção alcançar melhoria do processo de trabalho da equipe, com realização de planejamento e de avaliação de suas ações periodicamente. Para isso, a equipe necessita de ferramentas que a auxiliem a entender o seu importante papel na assistência. Neste sentido, educação permanente em saúde, reuniões periódicas entre equipe e com a gestão local e a corresponsabilização de todos os envolvidos se fazem fundamentais.

REFERÊNCIAS

BOM SUCESSO. Prefeitura Municipal de Bom Sucesso. **Nossa História**. Bom Sucesso, [online], 2018. Disponível em: <https://bomsucesso.mg.gov.br/historia-e-dados/>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação à Atenção Básica**. Brasília, [online], 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>). Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CHAGAS, H. M.A.; VASCONCELLOS, M.P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 377-388, jun. 2013

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

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. dos. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H. P. de et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2019.

GALAVOTE, H. S. et al . Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Bom Sucesso, [online], 2019a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/bom-sucesso>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009.

SANTOS, R. A.B. de G. dos; UCHOA-FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 694-706, Sept. 2017.

SELLERA, P. E. G. et al . Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020.

SILVA, L. A. A. et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, dez. 2016.