

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

**LUÍS EDUARDO FARHAT FORTES**

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO  
EM EQUIPE, DO CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ/MG**

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

**LUÍS EDUARDO FARHAT FORTES**

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO  
EM EQUIPE, DO CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ/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.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ayla Norma Ferreira Matos

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

**LUÍS EDUARDO FARHAT FORTES**

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO  
EM EQUIPE, DO CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Ayla Norma Ferreira Matos

Examinador 2: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em      de      2015.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe garantir saúde a todos os brasileiros, preconizando a assistência integral, em substituição à assistência biomédica fragmentada. Nessa perspectiva, cria-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) e há uma reorientação do processo de trabalho. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção visando a reorganizar o processo de trabalho de uma equipe de saúde do Centro de Saúde Vale do Jatobá, Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi feita uma revisão narrativa da literatura, com busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, e publicações do Ministério da Saúde, do Estado de Minas Gerais e do Município de Belo Horizonte. Os artigos foram buscados no período de setembro de 2014 a julho de 2015, com publicações em português de 2004 a 2015, utilizando as seguintes palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Gestão em Saúde. Após a revisão, foi elaborado um plano de intervenção, de acordo com o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. O projeto de intervenção propõe intensificação do trabalho em equipe, negociações com a gerência da unidade de saúde e processos educativos com a comunidade, visando à oferta de ações e serviços de saúde a todos. A implantação deste plano mostra-se viável e necessário, para que de fato a equipe possa oferecer uma atenção de qualidade, direcionada às reais demandas da comunidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde (SUS) seeks to ensure health for all Brazilians, recommending comprehensive care to replace the fragmented biomedical assistance. From this perspective, it creates the Family Health Strategy (ESF) and there is a reorientation of the work process. The objective of this study was to develop an intervention project to reorganize the work process of a health team from the Centro de Saúde Vale do Jatoba, in Belo Horizonte, Minas Gerais. A narrative review of the literature was made to search for articles in the Virtual Health Library, in Scielo database (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, and publications of the Ministry of Health, the State of Minas Gerais and of the City of Belo Horizonte. The articles were searched from September 2014 to July 2015, with publications in portuguese from 2004 to 2015, using the following key words: Primary Health Care, Family Health Strategy and Health Management. Upon review, it was prepared a contingency plan, according to the Planning and Evaluation module of the Shares in the Specialization Course in Health Family Health Strategy. The intervention project proposes intensification of teamwork, deals with the health unit management and educational processes with the community, aiming at offering health services to all. The implementation of this plan proves feasible and necessary, so that in fact the team can provide quality care, directed to the real demands of the community.

**Key words:** Family Health Strategy. Health Management. Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEREST	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CEP	Código de Endereçamento Postal
COPASA MG	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRIA	Centro de Referência em Saúde Mental para Infância e Adolescência
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Km	Quilômetro
L	Leste
MG	Minas Gerais
N	Norte
NE	Nordeste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
O	Oeste
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
S	Sul

SE	Sudeste
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico1 - Evolução do IDHM. Belo Horizonte, 1990-2010 _____	10
Gráfico 2 – Evolução da cobertura das Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte/MG _____	12
Gráfico 3 – Evolução do número de Equipes de Saúde da Família, entre 2008-2013,de Belo Horizonte/MG _____	12
Quadro 1 - Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, 2013 _____	11
Quadro 2 - População residente no Distrito Barreiro eem Belo Horizonte, por gênero, 2010 _____	13
Quadro 3 - Recursos humanos do Centro de Saúde Vale do Jatobá/BH-MG, 2014 _____	14
Quadro 4 – Número de usuários cadastrados na equipe de ESF Laranja, do Centro de Saúde Vale do Jatobá/BH-MG, 2014 _____	16
Quadro 5 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe" _____	29
Quadro 6 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe" _____	31
Quadro 7 - Propostas de ações para a motivação dos atores _____	32
Quadro 8 – Plano operativo _____	33
Quadro 9 – Planilha de acompanhamento de projetos _____	35
Quadro 10 – Planilha de acompanhamento do projeto de intervenção do Centro de Saúde Vale do Jatobá/MG _____	37
Quadro 11- Planilha de acompanhamento de ações pela agenda médica ____	40

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3. OBJETIVOS</b>	18
<b>4. METODOLOGIA</b>	19
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	21
<b>5.1 A CRIAÇÃO DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	21
<b>5.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	22
<b>5.3 AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA ALTA DEMANDA PELOS SERVIÇOS DA ESF</b>	25
<b>6. PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	26
<b>6.1 PRIMEIRO PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS</b>	26
<b>6.2 SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS</b>	26
<b>6.3 TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA</b>	27
<b>6.4 QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA</b>	27
<b>6.5 QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS</b>	28
<b>6.6 SEXTO PASSO: DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA O PROBLEMA SELECIONADO</b>	29
<b>6.7 SÉTIMO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>	31
<b>6.8 OITAVO PASSO: ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO</b>	32
<b>6.9 NONO PASSO: PLANO OPERATIVO</b>	33
<b>6.10 DÉCIMO PASSO: GESTÃO DO PLANO</b>	35
<b>6.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	37
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	41
<b>REFERÊNCIAS</b>	42

## 1.INTRODUÇÃO

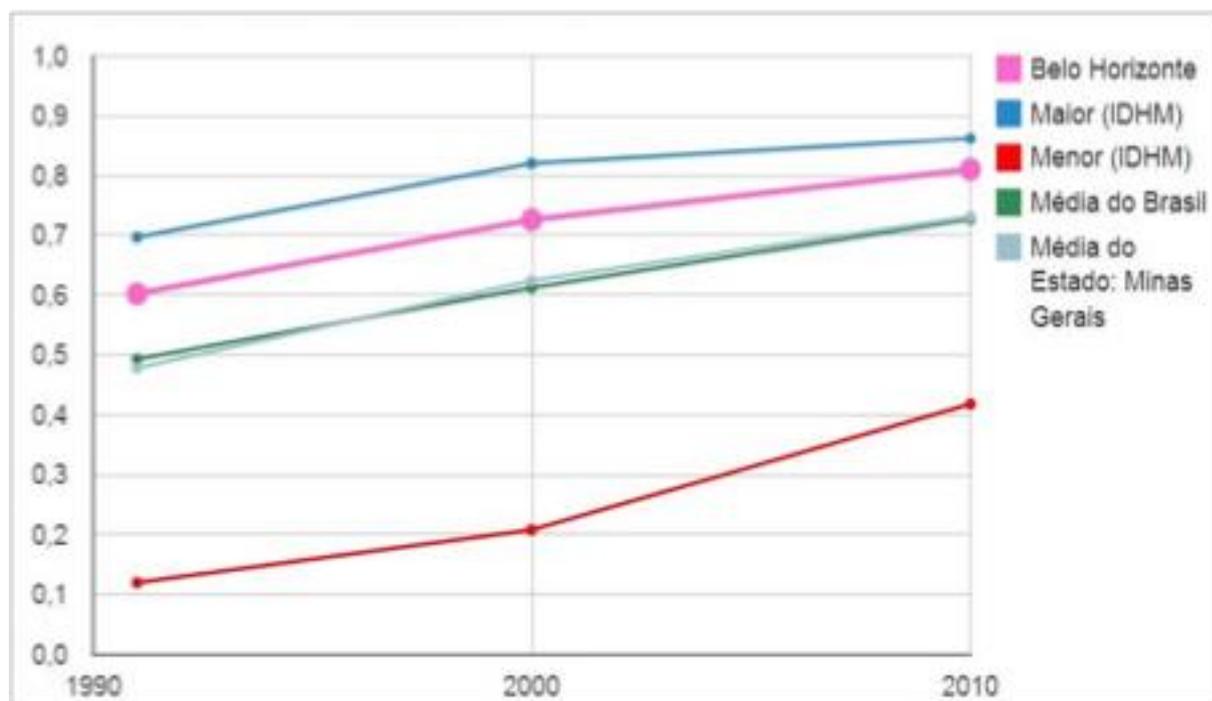
Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais. Cercada pela Serra do Curral, faz limites com os municípios: Vespasiano (N), Ribeirão das Neves, Contagem, Ibirité (O), Brumadinho (S), Nova Lima (SE), Sabará (L) e Santa Luzia (NE).

Projetada pelo engenheiro Aarão Reis entre 1894 e 1897, foi uma das primeiras cidades brasileiras planejadas. Construída para ser a capital política e administrativa do estado, sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sofreu um acelerado crescimento populacional, chegando a mais de 1 milhão de habitantes com quase 70 anos de fundação. Entre as décadas de 1930 e 1940, houve também o avanço da industrialização, além de muitas construções de inspiração modernista, notadamente as casas do bairro Cidade Jardim, que ajudaram a definir a fisionomia da cidade.

O município e Belo Horizonte possui, de acordo com IBGE (2010): área de 331,401 Km<sup>2</sup>; população de 2.375.151 habitantes; densidade demográfica de 7.167,00 habitantes/km<sup>2</sup>; taxa de urbanização de 100%; 847.495 domicílios; 689.681 famílias; rendimento médio mensal per capita de 1.766,47 reais.

O IDHM do município é de 0,810 (PNUD,2010). O PIB é de 54.996.326 mil reais (IBGE,2011). O índice da pobreza é de 5,43% (IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003). A população atendida com abastecimento de água é de 104,6% (COPASA,2009). A população atendida com coleta de esgotos é de 100,2% (COPASA,2009). E a taxa de analfabetismo (população de 15 anos ou mais) é de 3,55% (IBGE, 2008).

**Gráfico1 - Evolução do IDHM. Belo Horizonte, 1990-2010.**



Fonte: BELO HORIZONTE, 2014

Belo Horizonte é caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia. Mais de 80% da economia do município se concentra nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública (IBGE 2010).

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, criado em 3 de junho de 1991, é representado por usuários (50%), trabalhadores da área da saúde (25%) governo e prestadores de serviços (25%). São 36 conselheiros titulares e 36 suplentes, com mandato de dois anos. O plenário do conselho se reúne ordinariamente uma vez por mês e, as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de pautas.

### Quadro 1 - Fundo Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, 2013

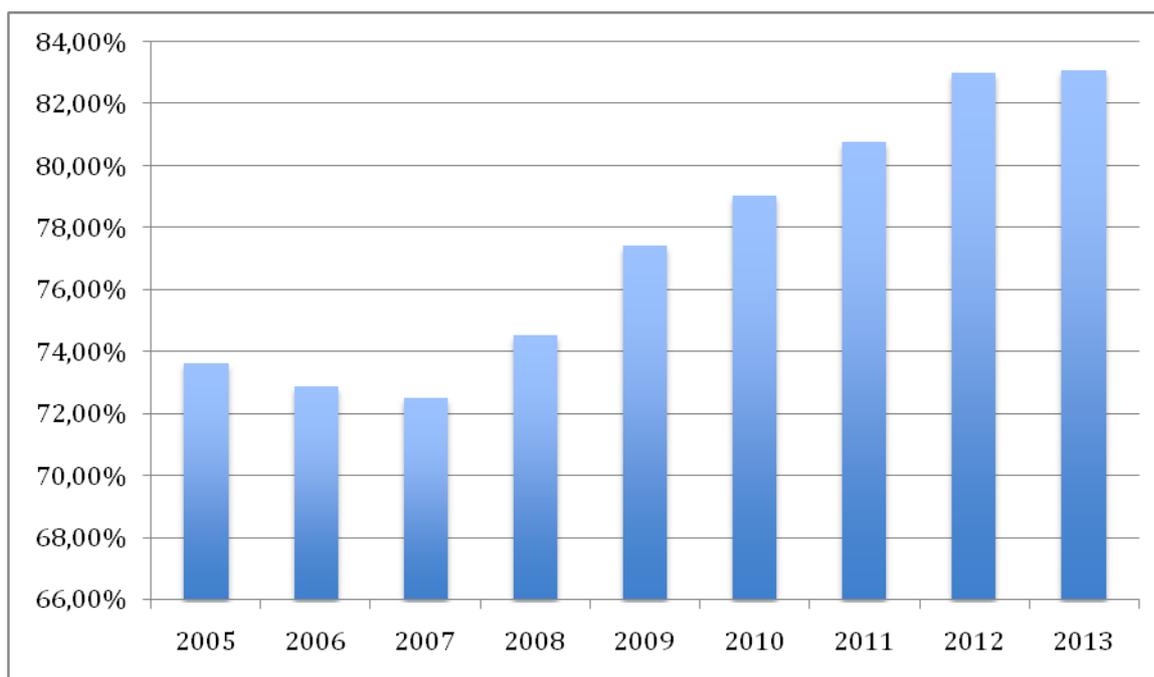
Vigilância em saúde	R\$ 36.174.368,23
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	R\$ 946.982.135,84
Investimento	R\$ 2.898.857,60
Gestão do SUS	R\$ 5.533.000,00
Atenção básica	R\$ 158.845.895,68
Assistência farmacêutica	R\$ 12.988.346,76
<b>Total</b>	<b>R\$ 1.163.422.604,11</b>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2014

A Rede de Atenção à Saúde do SUS-BH consiste de 147 centros de saúde, 583 equipes da ESF, 300 equipes de saúde Bucal, 58 equipes de saúde mental, 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde. Para continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergências, da Rede Hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde. Possui aproximadamente 17.000 profissionais de diversas categorias, com cerca de 10.000 trabalhadores na Atenção Primária à Saúde (APS) (BELO HORIZONTE, 2014).

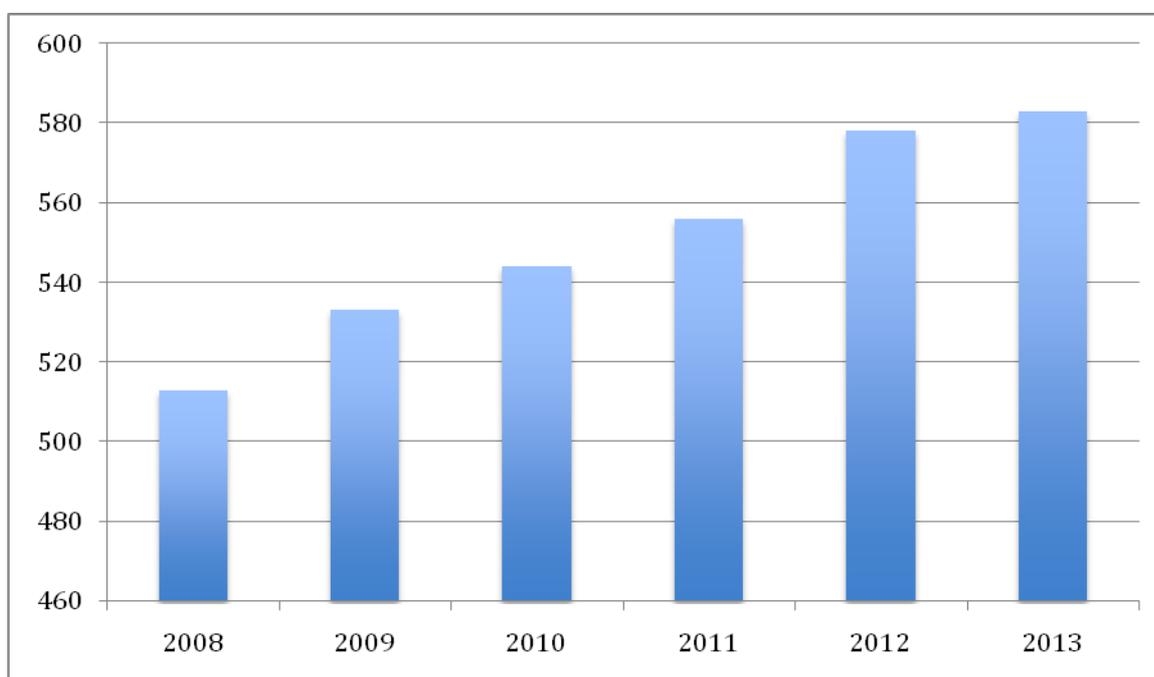
No município de Belo Horizonte, a promoção da saúde no âmbito da APS tem sido estimulada por meio da ESF. Como se observa nos gráficos 2 e 3, a cobertura da população assistida e o número de equipes vêm apresentando crescimento nos últimos anos.

**Gráfico 2 – Evolução da cobertura das Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte/MG**



Fonte: BELO HORIZONTE, 2014

**Gráfico 3 – Evolução do número de Equipes de Saúde da Família, entre 2008-2013, de Belo Horizonte/MG.**



Fonte: BELO HORIZONTE, 2014

A **regional Barreiro** é uma das regiões administrativas de Belo Horizonte. Tem como limites a Serra do Curral, ao sul; o Anel Rodoviário, a leste; o município de Contagem, a oeste e ao norte, os bairros da região oeste, próximos à sede da Siderúrgica V&M do Brasil.

Segundo dados do censo demográfico do IBGE (2010) a regional Barreiro possui uma população de 283.544 habitantes. A extensão territorial da região é de 53,58 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 5.291,97 habitantes/Km<sup>2</sup>.

**Quadro 2 - População residente no Distrito Barreiro em Belo Horizonte, por gênero, 2010.**

	<b>Homens</b>	<b>%</b>	<b>Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Ignorado</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Distrito Sanitário Barreiro	135.815	48,06	146.369	51,80	398	0,14	2.82.582
Município Belo Horizonte	1.111.405	46,79	1.259.524	53,03	4.222	0,18	2.375.151

Fonte: BELO HORIZONTE, 2014

Na área de educação conta com 27 escolas municipais, 25 escolas estaduais, diversas escolas particulares de ensino fundamental e médio e uma universidade particular.

Na área de saúde conta com 28 unidades sob a responsabilidade da prefeitura, sendo 17 centros de saúde, cinco unidades especializadas, uma unidade de emergência, uma unidade de pronto atendimento (UPA), um centro de referência em saúde mental (CERSAM), um centro de referência em saúde mental para infância e adolescência (CRIA), um centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST) e uma farmácia distrital. Dentro dos limites da região Barreiro, encontram-se, também, duas unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG): os hospitais Eduardo de Menezes e Júlia Kubitscheck. E ainda dois hospitais privados conveniados com o SUS: o Hospital Santa Lúcia e o Hospital Infantil de Urgência São Paulo.

O Vale do Jatobá é um dos bairros mais antigos da regional Barreiro. Nele está

localizado o Distrito Industrial do Vale do Jatobá, que abriga várias empresas de pequeno, médio e grande porte. Existe também no bairro um pequeno centro comercial, com lojas de pequeno e médio porte.

O Centro de Saúde Vale do Jatobá tem uma população adscrita de 22.188 pessoas, segundo a gerência da unidade, em junho de 2014. Está localizado na rua Luiz Leite Faria, número 171, Conjunto Habitacional Vale Jatobá, Belo Horizonte, MG, CEP: 30664-150. Telefone: (31) 3277-1505. E seu horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 7h às 19h.

O Centro de Saúde Vale do Jatobá funciona em uma edificação de 2 andares, construída sobre a estrutura de uma antiga casa residencial, com acesso independente para cada um dos níveis por ruas paralelas.

No primeiro andar, conta com garagem, depósitos, cozinha, sala de recepção, banheiros, sala da gerência, sala de reunião, 5 consultórios, ambulatório de odontologia. E no segundo andar, estão localizados uma sala de espera e recepção com banheiros, sala de marcação de exames e consultas especializadas, sala de coleta laboratorial e observação, sala de vacinas, sala de curativos, farmácia, sala de acolhimento, 6 consultórios (dois com estrutura para atendimento em ginecologia).

### **Quadro 3 - Recursos humanos do Centro de Saúde Vale do Jatobá/BH-MG, 2014**

<b>Profissionais</b>	<b>Fonte: CNES</b>	<b>Fonte: gerência da unidade de saúde</b>
Médico da estratégia de saúde da família	6	5
Médico clínico	1	1
Médico plantonista	-	1
Médico pediatra	1	1
Médico psiquiatra	1	-
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	8	6
Enfermeiro	1	-
Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família	2	16

Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	13	-
Auxiliar de enfermagem	4	-
Agente comunitário de saúde	27	28
Agente de saúde pública	2	-
Visitador sanitário	2	-
Agente dengue	-	10
Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família	3	3
Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família	2	2
Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família	3	3
Psicólogo clínico	3	2
Assistente social	3	2
Farmacêutico	2	1
Fisioterapeuta geral	2	1
Fonoaudiólogo	1	1
Profissional de educação física na saúde	1	1
Terapeuta ocupacional	3	1
Auxiliares administrativos	-	3
Auxiliares de limpeza	-	3
Porteiros	-	4
Estagiários – “Posso Ajudar”	-	4

Fonte: Registro interno da unidade, 2014

A equipe da ESF denominada Equipe Laranja, responsável pela área de abrangência número 5 do Centro de Saúde Vale do Jatobá, é constituída por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Trabalha com o suporte, na unidade de saúde, de médicos clínico geral e pediatra, psicólogas, dentistas e assistente social. E profissionais do NASF: farmacêutica, fisioterapeuta, profissional de educação física, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

O número de usuários cadastrados na equipe ultrapassa o recomendado pelo Ministério da Saúde, que recomenda carga populacional máxima de 4.000 (quatro

mil) habitantes por ESF e média de 3.000 (três mil) habitantes.

**Quadro 4 – Número de usuários cadastrados na equipe de ESF Laranja, do Centro de Saúde Vale do Jatobá/BH-MG, 2014**

Número de usuários cadastrados na equipe Laranja	4.337
Número de famílias cadastradas na equipe Laranja	1.182

Fonte: Registro interno da unidade, 2014

## 2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional da saúde, segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 mostra que (BELO HORIZONTE, 2014, p. 65).

[...] o município de Belo Horizonte possui as dicotomias das grandes capitais: a melhoria dos principais indicadores econômicos e sociais (como o IDH, a renda per capita, a redução da mortalidade infantil e materna) e as doenças decorrentes do desenvolvimento (as crônicas não transmissíveis, que se agravam com o envelhecimento da população, e as decorrentes do aumento da violência). Coexistem, ainda, as doenças transmissíveis emergentes e re-emergentes, bem como a alta carga de acidentes e violências.

A criação do SUS propõe garantir saúde a todos os brasileiros, ampliando o conceito de saúde da simples ausência de doença para a melhoria da qualidade de vida, e preconizando assistência integral em substituição à assistência biomédica fragmentada (REIS *et al*, 2007).

A ESF, criada nessa nova perspectiva, estabelece “uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários” (REIS *et al*, 2007. p. 655).

Nesse contexto, a ESF implantada no Centro de Saúde Vale do Jatobá contribui substancialmente no enfrentamento das carências características das populações de baixa renda e escolaridade. E como sugerido pelo Plano Municipal de Saúde, busca-se a reorganização da Secretaria Municipal de Saúde de modo a facilitar a gestão do cuidado em rede, tendo a APS como coordenadora do cuidado e como centro de comunicação das redes de atenção, que irá contribuir para melhor atendimento à comunidade.

### **3.OBJETIVO**

#### **OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto de intervenção visando a reorganizar o processo de trabalho de uma equipe de saúde do Centro de Saúde Vale do Jatobá, Belo Horizonte, Minas Gerais.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a importância da territorialização e da adscrição de população, para organização da demanda pelos serviços de saúde.
- Discutir o processo de trabalho da ESF, visando à oferta de ações e serviços de saúde a todos, com ênfase às ações de promoção, prevenção e tratamento de agravos.

#### 4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional – PES, que

“a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano.” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.26).

Com base na metodologia do PES, foi desenvolvido o PES simplificado, onde o plano de intervenção é apresentado em 10 passos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Três aspectos são importantes para sua compreensão: o projeto de governo, que é o plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos; a governabilidade, que são as variáveis ou os recursos que a equipe controla ou não, e que são necessários para implementar seu plano; e a capacidade de governo, que é a experiência e acumulação de conhecimentos que uma equipe domina, e que são necessários para a implementação de seu plano.

E quatro momentos são identificados no seu desenvolvimento. O momento explicativo: onde busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas, considerando a existência de vários atores, com explicações diversas sobre os problemas. O momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas. O momento estratégico: onde se analisa e constrói a viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados. O momento tático-operacional: quando se executa o plano, com definição e implementação do modelo de gestão e dos instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

O plano de intervenção é apresentado em dez passos: definição dos problemas (primeiro passo); priorização de problemas (segundo passo); descrição do problema selecionado (terceiro passo); explicação do problema (quarto passo); seleção dos “nós críticos” (quinto passo); desenho das operações (sexto passo); identificação dos recursos críticos (sétimo passo); análise de viabilidade do plano (oitavo passo); elaboração do plano operativo (nono passo); gestão do plano (décimo passo).

Para realizar este planejamento, os dados foram coletados por meio da Estimativa Rápida.

Foram consultados por entrevista os usuários da área de abrangência, os membros da equipe Estratégia de Saúde da Família Laranja e a gerência da unidade de saúde, abordando os problemas relacionados a assistência à saúde da área de abrangência.

Foi possível identificar as principais queixas que geravam descontentamento entre os usuários e ansiedade nos profissionais e gerência da unidade. Todos eles relacionados ao processo de trabalho, levando à necessidade de intervir no mesmo, pois caso isso não ocorra, o vínculo da comunidade com a equipe, bem como, a realização de um trabalho em equipe podem ser dificultados.

Foi realizada também, uma revisão narrativa da literatura, visando subsidiar a elaboração do projeto de intervenção, com busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, e publicações governamentais e institucionais como do Ministério da Saúde, do Estado de Minas Gerais e do Município de Belo Horizonte. Os artigos foram buscados no período de setembro de 2014 a julho de 2015, com publicações em português de 2004 a 2015, utilizando as seguintes palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Gestão em Saúde.

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 A CRIAÇÃO DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Na saúde pública brasileira, promoção de saúde e prevenção de doenças foram, por muitos anos, desconsideradas em sua importância. Segundo Souza e Abrahão (2010), na década de 70 prevalecia o modelo tecnicista hospitalocêntrico, um complexo médico-industrial, financiado com dinheiro público, através do Ministério da Previdência e Assistência Social. Que serviu à expansão da rede hospitalar privada, e das indústrias de equipamentos e medicamentos. Sendo, assim, o hospital era o centro do processo de trabalho, com as doenças caracterizadas como um fenômeno estritamente biológico.

As unidades básicas de saúde, nesse contexto, tomaram papel assessorio e continuamente se desqualificaram. “Como resultado desse quadro obteve-se um modelo caro, ineficiente e desumano que degradou a prática profissional e não atendeu eficientemente às necessidades da população” (SOUZA; ABRAHÃO, 2010, p. 7).

Em 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde. Este programa sinalizou um caminho para se atingirem os objetivos do SUS, visando a reorientação de todo o modelo assistencial do país, a partir da atenção básica (ROSA; LABATE, 2005).

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 441).

Na ESF, a organização do trabalho em equipe atua pelas necessidades de uma comunidade delimitada, buscando proximidade com o usuário, que deve ser visto como corresponsável pelas ações, é um processo dinâmico e complexo.

Nesta transição, de um modelo centrado na curas das doenças para um modelo que busque a promoção da saúde, vários progressos foram alcançados. Porém, muitas

características do antigo modelo ainda persistem, como o atendimento médico-centrado, onde a demanda é reprimida, determinando consultas curtas onde não há espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves: vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe .

Para atuar como operador do cuidado, o trabalhador de saúde necessita assumir o diálogo como produtor de vínculo, acolhimento e responsabilização. Portanto, este atuar depende intrinsecamente da forma de trabalho do sujeito, responsabilizando-se pelo produto final do seu trabalho que poderá ser somente uma tecnologia dura, sem vínculo, como a prescrição de uma medicação; ou poderá criar vínculo à medida que o usuário se sente importante neste processo, repensa a necessidade de mudança de hábitos de vida, de introspecção e da importância concomitante com a medicação (MERHY e ONOCKO, 1997, p. 32).

Como citado por Merhy (2005, p. 170), “a mudança do modelo assistencial somente ocorrerá a partir da reorganização do trabalho das equipes, atuando nos seus processos decisórios, o que ocorre no ato mesmo da produção de saúde”.

Portanto, reflete-se a necessidade de discussão dos processos de trabalho destes profissionais na ESF, agora organizados em forma de equipe. Não cabe, portanto, somente a crítica ao modelo vigente, mas principalmente a elaboração de métodos e tecnologias que analisem os problemas existentes e que propiciem uma mudança de posição interferindo diretamente no cuidado, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Trata-se da reciclagem da produção de cuidado em saúde, da construção do novo, através da implementação de processos de auto-análise do trabalho. (SOUZA; ABRAHÃO, 2010, p. 7)

## **5.2 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

O processo de trabalho é assim definido por Faria *et al.* (2009, p. 21):

o modo como desenvolvemos nossas atividades é chamado de processo de trabalho, e a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano.

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços. É majoritariamente um trabalho coletivo e institucional. E neste segmento, assim como na educação, os usuários são, além de objetos, também sujeitos do processo de trabalho.

Particularmente na ESF, a coletividade no trabalho e a participação do usuário são reforçadas pela figura do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2009).

Como mostra Gondim et al. (2008), as diretrizes da ESF apontam na direção da definição de territórios, como: a adscrição de população – vinculada a uma unidade básica; território de abrangência – área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família; e territorialização – ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

Nesse sentido, ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo (GONDIM et al., 2008, p. 17).

O acolhimento expressa as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Essencial para a reorganização dos serviços, promove a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais níveis do sistema. Relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (GUERRERO et al., 2013).

A implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças na organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. É importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participam do acolhimento: quem recebe o usuário; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado podem ser necessárias etc. É fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2011).

Segundo Araújo e Rocha (2007, p. 460), “os novos modelos de organização da assistência buscam estimular a construção de equipes, ao permitirem a recomposição do meio de trabalho, a reestruturação das atividades dos agentes e a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realizam os trabalhos”.

O trabalho em equipe no contexto do PSF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da

equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutive do cuidado. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe (ARAÚJO, 2007, p. 462).

Em estudo que analisou o trabalho de uma equipe de PSF, Silva e Trad (2005) constataram dificuldades para consolidação de trabalho em equipe. A articulação entre as ações se expressa de forma diferenciada entre as distintas categorias profissionais, sendo melhor entre enfermeiro e médico, do que entre auxiliares de enfermagem e dentista, por exemplo. A comunicação no interior da equipe se destina, basicamente, à troca ou transmissão de informações de caráter técnico, sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos. O planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada.

Estes mesmos autores citados acima, complementaram afirmando que, entre fatores que podem ser considerados restritivos, destacaram: pressão interna decorrente do número de famílias cadastradas ultrapassar o padronizado pelo Ministério da Saúde; pressão externa por parte da coordenação municipal; grande número de atividades absorvidas por cada profissional; rotatividade nos integrantes da equipe; falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal (SILVA; TRAD, 2005).

Para Kell e Shimizu (2010) existem vários obstáculos para a construção de um trabalho em equipe, dentre eles, a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que disciplina as relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes, bem como as falhas no processo de formação, inadequação na organização e processos de trabalho. Tais embaraços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que desencadeia a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência.

### **5.3 AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA ALTA DEMANDA PELOS SERVIÇOS DA ESF.**

Segundo Paulino (2014), a experiência de lidar com uma demanda maior que a oferta faz necessário um contínuo e permanente planejamento estratégico do processo de trabalho da equipe, centrados na abordagem e organização da demanda espontânea, da demanda programada e do acolhimento.

O excesso populacional na área de abrangência ESF dificulta o trabalho em equipe e sobrecarrega os profissionais, dificultando o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. É necessário uma mudança de paradigma por parte da equipe e usuários, através de atividades de Educação Permanente (destinada à equipe) e Educação em saúde (destinada à população), abordando os temas modelo de atenção à saúde na ESF e importância das ações de promoção e prevenção versus ações curativas. Também, propõe reuniões periódicas para levantamento e agendamento de consultas dos doentes crônicos, gestantes e crianças (MESSIAS, 2014).

De acordo com Cardoso (2014) a ESF pressupõe uma intervenção que impulse a transformação da realidade vivenciada. Assim, propõe que o processo de trabalho propicie estas modificações: reorganização das agendas dos profissionais, horários protegidos para reuniões de equipe e educação continuada, agenda que contemple consultas eletivas e de urgência, e manutenção dos procedimentos específicos da APS.

Para Martins (2015) a falta de padronização, periodicidade e efetividade das visitas domiciliares gera inadequado uso do tempo dos profissionais, e desassistência de pacientes que necessitam de cuidado domiciliar. Dessa forma, sugere a programação das visitas domiciliares por critérios definidos e a conscientização da população sobre quais pacientes necessitam prioridade.

## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Visando a elaboração do projeto de intervenção, foi realizado um diagnóstico situacional por meio da estimativa rápida dos problemas mais frequentes, relacionados a assistência à saúde da área de abrangência, identificados através de entrevistas com os usuários desta área, com os membros da equipe de estratégia de saúde da família e com a gerência da unidade de saúde.

A seguir a descrição dos dez passos seguidos para elaborar o projeto de intervenção:

### **6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas**

---

Através da estimativa rápida, foram determinados como principais problemas de saúde, da área de abrangência, as queixas que mais geravam descontentamento e ansiedade entre os usuários, trabalhadores e gerência da unidade. Assim listados abaixo:

- dificuldade no agendamento de consulta médica;
- demora para realização de consulta médica;
- dificuldade para renovação das prescrições medicamentosas de uso contínuo;
- déficit na oferta de visitas domiciliares.

### **6.2 Segundo passo: priorização de problemas**

---

Observa-se que as demandas, os problemas são todas centradas nas ações médicas, demonstrando ausência de trabalho multidisciplinar e em equipe, sem direcionar para as reais com as necessidades da população e com deficiência de gestão voltada à prática de saúde da família.

O problema principal pode então ser resumido como "Desorganização no processo de trabalho da equipe"

### **6.3 Terceiro passo: descrição do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe"**

---

A unidade de saúde, com suas seis equipes de ESF conjuntamente, concentra seus trabalhos no atendimento à demanda espontânea de toda população da área adscrita (chamado "agudo"). Aproximadamente 50% do tempo de trabalho médico e de enfermagem, da equipe, é dedicado ao atendimento de urgência sem vinculação usuário-equipe.

As ações programadas ficam em segundo plano, vezes substituídas pelo atendimento ao Agudo, quando da ausência de profissionais de outras equipes.

Cria-se um progressivo e acumulativo déficit na oferta de ações programadas. O que é demonstrado pela dificuldade para se agendar consulta médica, e na demora para a realização da mesma. Assim como na realização de visitas domiciliares, que certas semanas não são realizadas.

Este problema se torna mais evidente com os usuários de condições crônicas. Com o trabalho sendo realizado na lógica do "apagar incêndio", com a pouca disponibilidade de consultas programadas, e pouco ou nenhum trabalho multidisciplinar em equipe, a demanda se concentra nas ações médicas. E portanto, a renovação de prescrições medicamentosas de uso contínuo geralmente sofre atraso, comprometendo a continuidade do tratamento destes pacientes.

A equipe também não realiza reuniões regulares. Pois, apesar de agendadas para realização semanal, quando ocorrem, não estão presentes todos os membros da equipe.

### **6.4 Quarto passo: explicação do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe"**

---

As causas dessa desorganização no processo de trabalho da equipe são em virtude de:

- acúmulo excessivo de demandas por ações médicas na equipe de ESF, por parte dos usuários;
- a falta de foco no processo de trabalho por parte da equipe, que se encontra

desestruturada pelo excesso de cobranças, deficiência de pessoal e na estrutura de trabalho, e cansaço;

- pouco tempo de trabalho do médico dedicado às ações de estratégia de saúde da família, visto que aproximadamente 50% do tempo de trabalho é dedicado ao atendimento do Agudo, o que desfavorece o vínculo usuário-equipe e reduz o tempo necessário para ações programadas;

- excesso de burocracia para a resolução das demandas dos usuários, distanciando-os da equipe de ESF.

Como consequências do problema selecionado, foi identificado que o mesmo vem gerando o descontentamento dos usuários com o serviço prestado, ansiedade nos trabalhadores da equipe e, também na gerência da unidade.

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

---

Os “nós críticos” da "Desorganização no processo de trabalho da equipe" são:

- Demanda excessiva por ações médicas;
- Falta de trabalho em equipe;
- Priorização ao atendimento da demanda espontânea;
- Burocratização do atendimento ao usuário.

## 6.6 Sexto passo: desenho das operações para o problema selecionado

**Quadro 5 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe".**

“Nó crítico”	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Demanda excessiva por ações médicas	<b>Mais informação para a população!</b>	Melhora do nível de informação da comunidade sobre saúde/doença e funcionamento da ESF	Avaliação do nível de informação da população sobre saúde/doença  Campanha educativa para aumentar o conhecimento da comunidade sobre promoção de saúde e sobre a ESF  Capacitação dos ACS	Organizacional: realizar ações educativas junto à comunidade, sobre saúde/doença e a ESF, na sala de espera, nas associações de bairro e nas escolas  Cognitivo: definir metodologias educacionais para realizar o trabalho junto à comunidade e capacitar os ACS a orientar a comunidade  Político: negociar tempo na agenda para ações educativas  Financeiro: obter recursos para produção de material educativo
Falta de trabalho em equipe	<b>Trabalho em equipe já!</b>	Planejamento conjunto da equipe para enfrentar os problemas	Agenda de reunião da equipe implementada  Recursos humanos capacitados	Organizacional: realizar reuniões de equipe  Cognitivo: organizar pauta de discussões para as reuniões de equipe e, definir metodologias educacionais a serem utilizadas.  Político: negociar processos de capacitação para a equipe  Financeiro: obter financiamento para capacitações
Priorização ao atendimento de demanda espontânea	<b>Priorizando a saúde integral!</b>	Equalização do tempo gasto no atendimento da demanda	Agenda compartilhada definida para planejamento e atendimento da	Organizacional: programar a agenda da equipe com atendimento à demanda espontânea, ações programadas e planejamento em equipe

"Nó crítico"	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
		espontânea, ações programadas e planejamento em equipe	demanda programada  Grupos educativos implementados	Cognitivo: calcular o tempo disponível para realização de reunião de equipe, atendimento da demanda espontânea e da demanda programada, e grupos educativos  Político: negociar a programação da agenda  Financeiro: nenhum
Burocratização do atendimento ao usuário	<b>Usuário em primeiro lugar!</b>	Atender as demandas dos usuários	Acolhimento com classificação de risco  Fluxo de resolução das demandas dos usuários definido e organizado  Disponibilização de tempo para resolução das demandas trazidas pelos ACS	Organizacional: implementar o acolhimento com classificação de risco  Cognitivo: orientar a equipe quanto a agenda médica estabelecida e fluxo de resolução das demandas dos usuários  Político: sensibilizar os ACS quanto à sua autonomia e responsabilidade na resolução das demandas dos usuários  Financeiro: nenhum

Fonte: Autoria própria, 2014

## 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

### Quadro 6 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema "Desorganização no processo de trabalho da equipe"

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Mais informação para a população!	Organizacional: realizar ações educativas junto à comunidade, sobre saúde/doença e a ESF, na sala de espera, nas associações de bairro e nas escolas  Cognitivo: capacitar os ACS a orientar a comunidade
Trabalho em equipe já!	Organizacional: realizar reuniões de equipe  Cognitivo: definir metodologias educacionais a serem utilizadas  Político: negociar processos de capacitação para a equipe
Priorizando a saúde integral!	Organizacional: programar a agenda da equipe com atendimento à demanda espontânea, ações programadas e planejamento em equipe  Político: negociar a programação da agenda
Usuário em primeiro lugar!	Organizacional: implementar o acolhimento com classificação de risco  Cognitivo: orientar a equipe quanto a agenda médica estabelecida e fluxo de resolução das demandas dos usuários  Político: sensibilizar os ACS quanto à sua autonomia e responsabilidade na resolução das demandas dos usuários

## 6.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

**Quadro 7 - Propostas de ações para a motivação dos atores**

Operação / Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais informação para a população!	Organizacional: realizar ações educativas junto à comunidade, sobre saúde/doença e a ESF, na sala de espera, nas associações de bairro e nas escolas	Equipe de ESF	Favorável	Apresentar o projeto
	Cognitivo: capacitar os ACS a orientar a comunidade	Equipe de ESF	Favorável	Apresentar o projeto
Trabalho em equipe já!	Organizacional: realizar reuniões de equipe	Equipe de ESF	Favorável	Apresentar projeto
	Cognitivo: definir metodologias educacionais a serem utilizadas	Equipe de ESF	Favorável	Apresentar o projeto
	Político: negociar processos de capacitação para a equipe	Gerência da unidade	Favorável	Apresentar o projeto
Priorizando a saúde integral!	Organizacional: programar a agenda da equipe com atendimento à demanda espontânea, ações programadas e planejamento em equipe	Médico	Favorável	Apresentar o projeto
	Político: negociar a programação da agenda	Gerência da unidade	Favorável	Apresentar o projeto
Usuário em primeiro lugar!	Organizacional: implementar o acolhimento com classificação de risco	Gerência da unidade	Indiferente	Apresentar o projeto
	Cognitivo: orientar a equipe quanto a agenda médica estabelecida e fluxo de resolução das demandas dos usuários	Médico	Favorável	Apresentar o projeto
	Político: sensibilizar os ACS quanto à sua autonomia e responsabilidade na resolução das demandas dos usuários	Médico	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria própria, 2014.

## 6.9 Nono passo: Plano operativo

### Quadro 8 – Plano operativo

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais informação para a população!	Melhora do nível de informação da comunidade sobre saúde/doença e funcionamento da ESF	Avaliação do nível de informação da população sobre saúde/doença  Campanha educativa para aumentar o conhecimento da comunidade sobre promoção de saúde e sobre a ESF  Capacitação dos ACS	Organizar ações educativas a serem realizadas na sala de espera, em associações de bairro e escolas sobre saúde/doença e funcionamento da ESF  Capacitar os ACS a informar a comunidade sobre as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e atendimento à demanda programada e espontânea realizadas pela ESF	Médico	1 ano
Trabalho em equipe já!	Planejamento conjunto da equipe para enfrentar os problemas	Agenda de reunião da equipe implementada  Recursos humanos capacitados	Organizar reunião de equipe, a ser realizada uma vez por semana  Negociar, junto à gerência da unidade, tempo na agenda para realização de uma reunião de equipe por semana  Investimento na capacitação da equipe em gestão da clinica, buscando um trabalho interdisciplinar	Médico	1 ano
Priorizando a saúde integral!	Equalização do tempo gasto no atendimento da demanda	Agenda compartilhada definida para planejamento e atendimento da	Organizar a agenda médica com disponibilidade para atendimento a demanda espontânea, ações programadas, reunião de equipe e grupo	Médico	1 ano

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
	espontânea, ações programadas e planejamento em equipe	demanda programada  Grupos educativos implementados	educativo  Negociar, junto à gerência da unidade, a programação da agenda médica, com equalização de tempo para demanda espontânea, ações programadas e reunião de equipe		
Usuário em primeiro lugar!	Atender as demandas dos usuários	Acolhimento com classificação de risco  Fluxo de resolução das demandas dos usuários definido e organizado  Disponibilização de tempo para resolução das demandas trazidas pelos ACS	Negociar, junto à gerência da unidade, a implantação do acolhimento com classificação de risco  Orientar os ACS e técnica de enfermagem quanto ao fluxo de resolução das demandas dos usuários  Sensibilizar os ACS quanto à sua autonomia e responsabilidade na resolução das demandas dos usuários	Médico	1 ano

Fonte: Autoria própria, 2014.

## 6.10 Décimo passo: gestão do plano

**Quadro 9 – Planilha de acompanhamento de projetos**

Operação / Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo	Situação
Mais informação para a população!	Avaliação do nível de informação da população sobre saúde/doença	Médico	6 meses	Não implantado	Ainda sendo planejadas	6 meses	
	Campanha educativa para aumentar o conhecimento da comunidade sobre promoção de saúde e sobre a ESF	Médico	6 meses	Não implantado	Ainda sendo planejadas	6 meses	
	Capacitação dos ACS	Médico	6 meses	Implantado	-	-	
Trabalho em equipe já!	Agenda de reunião da equipe implementada	Médico	6 meses	Implantado	-	-	
	Recursos humanos capacitados	Médico	6 meses	Parcialmente implantado	Equipe necessita de capacitação em gestão da clínica	6 meses a 1 ano	
Priorizando a saúde integral!	Agenda compartilhada definida para planejamento e atendimento da demanda programada	Médico	6 meses	Implantado	-	-	
	Grupos educativos implementados	Médico	6 meses	implantado	-	-	
Usuário em primeiro lugar!	Acolhimento com classificação de risco	Médico	6 meses	Não implantado	Negociações com a gerência	6 meses	

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>	<b>Situação</b>
					não foram suficientes		
	Fluxo de resolução das demandas dos usuários definido e organizado	Médico	6 meses	Implantado	-	-	
	Disponibilização de tempo para resolução das demandas trazidas pelos ACS	Médico	6 meses	Implantado	-	-	

Fonte: Autoria própria, 2014.

## 6.11 Monitoramento e avaliação

Como forma de acompanhamento do projeto de intervenção, a seguir planilha onde estão listadas as atividades que estão sendo/serão implementadas. Se constitui em uma ferramenta importante para fazer ao monitoramento do mesmo.

**Quadro 10 – Planilha de acompanhamento do projeto de intervenção do Centro de Saúde Vale do Jatobá/MG**

Planilha de acompanhamento de ações: monitoramento da equipe								
Indicadores	Atual		Em 3 meses		Em 6 meses		Em 12 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campanha educativa de sala de espera	0	0	0	0	0	0		
Campanha educativa escola	0	0	0	0	0	0		
Grupos educativos implementados	0	0	0	0	1 grupo/ semana	100		
Atendimento de demanda espontânea	15 consultas/ dia	50	10 consultas/ dia	70	7 consultas/ dia	100		
Capacitações dos profissionais da equipe	0	0	0	0	0	0		

Fonte: Autoria própria, 2015

Frente a implementação do projeto, alguns resultados já podem ser percebidos, tais como:

- No início do projeto, as reuniões de equipe, quando ocorriam, não contavam com a participação de todos os seus integrantes. No processo de organização da agenda compartilhada, foi implantada a reunião semanal de equipe, com duração de duas horas. São realizadas discussões sobre o funcionamento da ESF, e foi observada significativa melhora, entre os membros da equipe, no entendimento sobre a importância da ESF na APS. Além disso, os ACS se mostraram capazes de informar à comunidade sobre o processo de trabalho da ESF e, com isso a relação comunidade-equipe está melhor.

- As reuniões de equipe estão sendo utilizadas, também, para munir os ACS com orientações e desenvolvendo a autonomia dos mesmos, visando buscar soluções às demandas dos usuários. Nos horários de realização das reuniões de equipe também são realizados o matriciamento com o NASF e a equipe de saúde mental, o que contribui ainda mais para o fluxo de resolução das demandas dos usuários.

- A demanda espontânea na unidade de saúde é atendida pela seis equipes de ESF, alternadamente, sem classificação de risco e vinculação usuário-equipe. O agendamento de consultas ocorre duas vezes por semana, com duração de duas horas. A proposta de acolhimento diário por equipe, com classificação de risco, está em estudo pela gerência da unidade, dependendo também de aprovação pelo distrito sanitário e secretaria de saúde. A melhora ocorrida no acolhimento ao usuário deve-se ao trabalho em equipe instituído, com discussão e resolução de suas necessidades e organização da agenda médica.

- No início do projeto não eram realizados grupos educativos junto aos usuários. Após melhora na equalização da agenda médica, entre atendimentos à demanda espontânea e consultas programadas, foi possível programar e realizar um grupo por semana, com duração de duas horas. Inicialmente, programado para hipertensos e diabéticos. Hoje, conta com a presença de usuários com diversas condições crônicas. São realizadas discussões sobre saúde/doença e sobre o funcionamento da ESF. Também é aferida

a pressão arterial, glicemia capilar, e renovada a prescrição medicamentosa de uso contínuo daqueles que necessitam. Entretanto, ações educativas na sala de espera, nas associações de bairro e nas escolas não foram implementadas, pois a equipe ainda não organizou tempo e metodologias para estas atividades, que serão importantes para educar a comunidade como um todo.

- Foi implantado horário semanal para realização de visitas domiciliares, com duração de duas horas. As visitas à residências próximas a unidade de saúde são realizadas a pé. O carro com motorista é disponibilizado a cada duas semanas, para as visitas às residências mais distantes.

- A evolução da agenda médica, durante o plano de intervenção, como mostrado na planilha abaixo, mostra melhora na equalização do tempo dispendido entre as atividades da equipe, com melhor distribuição de tempo para ações programadas, planejamento em equipe e atendimento da demanda espontânea.

**Quadro 11- Planilha de acompanhamento de ações pela agenda médica**

<b>Agenda médica</b>	<b>Início do projeto (horas/semana)</b>	<b>Em 3 meses (horas/semana)</b>	<b>Em 6 meses (horas/semana)</b>
Grupos educativos	0	0	2
Reuniões de equipe	0	2	2
Visitas domiciliares	1	2	2
consultas médicas por demanda espontânea	18	12	9
consultas médicas programadas	13	16	17
<b>Total de horas</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

Fonte: Autoria própria, 2015

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Estratégia de Saúde da Família surgiu como uma proposta importante no enfrentamento dos problemas sociais brasileiros, mas, somente com a implantação de um novo processo de trabalho que a favoreça, ela conseguirá induzir à transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial de assistência integral à saúde da população, onde a ênfase está na promoção da saúde e no desenvolvimento da autonomia dos usuários.

Assim, pode-se concluir que, para reorganizar o trabalho da equipe da ESF da regional Barreiro, do município de Belo Horizonte/MG, é necessário: melhor qualificar os ACS para o exercício da função, uma vez que fazem o elo da equipe com a comunidade, constituindo, portanto, elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe; potencializar o processo de comunicação da equipe e, com isso, ter na agenda de trabalho momentos que promovam um ambiente mais propício, oportuno para um trabalho conjunto, integrado, onde o diálogo possa estar mais presente; e planejar o trabalho não apenas para atender a demanda espontânea, mas para que a comunidade possa ser acolhida, para entender, colaborar e, fortalecer o vínculo de confiança com a equipe, por meio de uma assistência mais humanizada.

A implantação deste plano mostra-se viável e necessário, para que de fato a equipe possa oferecer uma atenção de qualidade, direcionada às reais demandas da comunidade. Embora, saibamos que o trabalho em equipe não é algo fácil e nem simples, mas necessário, para que de fato a proposta da ESF, de mudar o modelo de atenção à saúde, seja uma realidade.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 abr. 2015.

BELO HORIZONTE. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2014. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Belo\\_Horizonte&oldid=40702832](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Belo_Horizonte&oldid=40702832)>. Acesso em: 4 dez. 2014.

BELO HORIZONTE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Belo Horizonte-MG, 2014. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=42105&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=42105&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28>> Acesso em: 5 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O trabalho agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf)> Acesso em: 5 jul. 2015.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. Módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. NESCON. UFMG. Belo Horizonte. 2010.

CARDOSO, E. L.. Reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família a partir do diagnóstico situacional. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Formiga, 2014. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Reorganizacao\\_do\\_processo\\_de\\_trabalho\\_da\\_Equipe\\_de\\_Saude\\_da\\_Familia\\_a\\_partir\\_do\\_diagnostico\\_situacional\\_/310](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Reorganizacao_do_processo_de_trabalho_da_Equipe_de_Saude_da_Familia_a_partir_do_diagnostico_situacional_/310)> Acesso em 3 maio 2015

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Centro de saúde Vale do Jatobá. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=3106200022721&VEstado=31&VCodMunicipio=310620](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3106200022721&VEstado=31&VCodMunicipio=310620)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Consulta de pagamentos**. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificada.jsf>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 maio 2015.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=ArtCient&Num=20>> Acesso em: 26 maio 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620&search=minas-gerais|belo-horizonte|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, junho 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2015.

MARTINS, S. C.. **Sistematização das visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família Alfié, São Domingos do Prata, Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Ipatinga, 2015. 34f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família). Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sistematizacao\\_das\\_visitas\\_domiciliares\\_na\\_Estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia\\_Alfie\\_Sao\\_Domingos\\_do\\_Prata\\_Minus\\_Gerais\\_/338](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sistematizacao_das_visitas_domiciliares_na_Estrategia_Saude_da_Familia_Alfie_Sao_Domingos_do_Prata_Minus_Gerais_/338). Acesso em: 2 maio 2015.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun 2015.

MESSIAS, R. B.. **Reorientação do enfoque assistencial de uma Equipe de Saúde da Família no norte de Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Montes Claros, 2014. 23f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Reorientacao\\_do\\_enfoque\\_assistencial\\_de\\_uma\\_Equipe\\_de\\_Saude\\_da\\_Familia\\_no\\_norte\\_de\\_Minus\\_Gerais\\_/310](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Reorientacao_do_enfoque_assistencial_de_uma_Equipe_de_Saude_da_Familia_no_norte_de_Minus_Gerais_/310)> Acesso em: 3 maio 2015.

PAULINO, J. A.. **Demanda espontânea X demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Conselheiro Lafaiete, 2014. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Demanda\\_espontanea\\_X\\_demanda\\_programada\\_\\_lidando\\_com\\_a\\_procura\\_maior\\_que\\_a\\_oferta\\_/310](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Demanda_espontanea_X_demanda_programada__lidando_com_a_procura_maior_que_a_oferta_/310)>. Acesso em: 2 maio 2015.

PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. **Regional Barreiro.** Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalbarreiro&lang=pt\\_BR](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalbarreiro&lang=pt_BR)>. Acesso em: 4 dez. 2014.

PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. **Saúde.** Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt\\_BR](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR)>. Acesso em: 4 dez. 2014.

REIS, M. A. S. et al . A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu , v. 11, n. 23, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, Abr. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 dez. 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 jul. 2015

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 25-38, Fev. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2015.

SOUZA, R.F.; ABRAHÃO, A.L.. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Revista Labor**, n.3, vol.1, ano 2010. Disponível em: <[www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao\\_processo\\_trabalho.pdf](http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VALE DO JATOBÁ. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2014. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Vale\\_do\\_Jatob%C3%A1&oldid=33741623](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Vale_do_Jatob%C3%A1&oldid=33741623)>. Acesso em: 4 dez. 2014.