

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

**JOANNA DARC LIMA VENTURA ROSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA**

**BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS  
2013**

**JOANNA DARC LIMA VENTURA ROSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS**

**2013**

**JOANNA DARC LIMA VENTURA ROSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA NO CENTRO DE SAÚDE GOIÂNIA**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa - orientador

Profa. Dra. Marisa Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 25/07/2013.

Dedico à minha família que me apoiou durante minha formação e à comunidade do bairro Goiânia, para qual trabalho.

Agradeço a Deus pela oportunidade do trabalho e estudo, aos tutores do curso pelo aprendizado, ao meu orientador pela atenção e auxílio e ao Centro de Saúde Goiânia pela acolhida.

## RESUMO

O município de Belo Horizonte organiza seu sistema de saúde em uma rede horizontal e poliárquica, na qual os serviços se diferenciam por suas densidades tecnológicas, porém apresentando igual importância para o funcionamento da rede. A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se no centro da rede de atenção à saúde, exercendo a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos entre os diferentes pontos de atenção. Com base nesse modelo de organização da atenção à saúde, o município vem trabalhando com os profissionais da rede, através das Oficinas de Qualificação da APS, conceitos, organização e processo de trabalho, com o intuito de qualificar os serviços prestados pela APS. A partir do diagnóstico situacional foi possível conhecer os aspectos territoriais, demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e assistenciais da população assistida pela equipe de Saúde da Família onde atuou. Vários problemas de saúde foram identificados, sendo priorizado para a realização deste trabalho a organização do processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea. Observou-se, no cotidiano da equipe de saúde, uma dificuldade organizacional para o atendimento da demanda espontânea conforme as diretrizes da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Para tanto o objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhoria da organização do processo de atendimento da demanda espontânea. Propõe-se um plano de intervenção utilizando como referência a matriz de gerenciamento de processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea, proposta pela 4ª Oficina de Qualificação da APS, e o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”. O plano de intervenção apresenta planos de ações para criação de uma comissão de referência em demanda espontânea, revisão do processo de trabalho vigente, sensibilização dos profissionais, criação de instrumentos padronizados de registros e realização de estudo do perfil da demanda espontânea. Esses contemplam a necessidade organizacional inicial do serviço para o atendimento da demanda espontânea, ao mesmo tempo em que dará embasamento para novas propostas de intervenção, a partir dos seus processos de avaliação. Espera-se que a execução dos planos de ação venha de fato contribuir na organização da demanda espontânea da unidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde

## ABSTRACT

The municipality of Belo Horizonte organizes its Health System with a horizontal and polyarchic network, in which the services are differentiated by their densities technological but presenting the same importance to the network functioning. The Primary Health Care (PHC) is in the center of the network of health attention, coordinating flows and counter-flows between different points of attention. Based on this model of organization, the municipality has been working with the network professionals through Workshops of Qualification of the PHC — concepts, organization and working process — in order to qualify the services provided by PHC. From the situational diagnosis was possible to describe the territorial aspects — socioeconomic, demographic and epidemiological welfare of the population — assisted by the Family Health team, where I work. Some health problems have been identified and prioritized, to identify the role of health service organization and working process, concerning spontaneous demand. It was observed, in the everyday life of the health team, organizational difficulty to attend spontaneous demand according to the guidelines of the Municipal Health Secretary of Belo Horizonte. Therefore, the objective of this study was to develop an intervention project to improve the organization of the service process of Spontaneous Demand. It is proposed one contingency plan, using as a reference the protocol proposed by the 4th Workshop of Qualification of the PHC, and the "Analytical Flowchart of the Model of Health Service". The contingency plan provides action plans for setting up a Committee of Reference in Spontaneous Demand, a review of the current professionals work process, a standardized instruments and profile study of spontaneous demand. These include the need to service to change the initial organizational meeting of spontaneous demand, while, at the same time, will give support to new proposals for action from an evaluation processes. Expected to that the execution of the action plans will indeed contribute to the organization of spontaneous demand of the unit.

**Key words:** Primary Health Care, Health Services Administration, Health Services Needs and Demand

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
3.1. Objetivo geral	13
3.2. Objetivos específicos	13
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>15</b>
5.1. Sistema Único de Saúde, Atenção Primária e Saúde da Família.	15
5.2. Acesso universal ao SUS	15
5.3. Acolhimento e humanização da atenção à saúde	16
5.4. A atenção à demanda espontânea — matriz de gerenciamento	17
5.5. Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de Saúde.	18
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>21</b>
6.1. Planos de Ações	22
6.2. Avaliação da Proposta de Intervenção	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>31</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O município de Belo Horizonte organiza seu sistema de saúde em uma rede horizontal e poliárquica, na qual os serviços se diferenciam por suas densidades tecnológicas, porém apresentando igual importância para o funcionamento da rede. A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se no centro da rede de atenção à saúde, exercendo a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos entre os diferentes pontos de atenção.

Para que a APS exerça com eficácia seu papel de centro de comunicação, ela deve ser: resolutiva (resolver a maioria dos problemas de saúde da população); organizadora (coordenar o fluxo e contrafluxos dos usuários nos diversos pontos de atenção) e corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto de atenção em que estejam sendo atendidos (MENDES, 2009).

Com base nesse modelo de organização da atenção à saúde, o município vem trabalhando com os profissionais da rede, através das Oficinas de Qualificação da APS, conceitos, organização e processo de trabalho, com o intuito de qualificar os serviços prestados na APS.

A APS para ser resolutiva deve ter capacidade ampliada para atender os diversos problemas/necessidades da população, entre eles a demanda espontânea que procura diariamente os serviços de saúde. A organização da APS para o atendimento da demanda espontânea vem sendo discutida na rede SUS-BH desde o ano de 2010 com a 4ª Oficina de Qualificação da Atenção Primária de Saúde. A oficina propõe um atendimento/acolhimento da demanda espontânea, especialmente a demanda de problemas agudos, durante todo o período de funcionamento dos Centros de Saúde, e sugere que seja organizado através do atendimento por equipes de referência.

O Centro de Saúde Goiânia (CSG) é uma unidade atenção primária à saúde, que está localizada na região Nordeste da cidade de Belo Horizonte e pertence ao Distrito Sanitário Nordeste. Segundo dados populacionais (IBGE, 2010) essa unidade tem sob sua responsabilidade sanitária um território composto por 28 setores censitários e uma população de 19.657 habitantes, distribuídos entre seis equipes de Saúde da Família (SF).

Os serviços de saúde ofertados à demanda espontânea compreendem: atendimento de casos agudos, agendamentos de consultas por demanda espontânea, administração de vacinas, dispensação de medicamentos, realização de curativos, aferição de dados vitais e agendamento e regulação de consultas especializadas. Os órgãos de referência secundária e terciária para o CSG são a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nordeste, Maternidade Sofia Feldman, Centro de Especialidades Médicas (CEM) Nordeste, Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Nordeste, Laboratório Distrital Leste/Nordeste e Farmácia Distrital Nordeste.

Considerando as orientações da SMSA-BH e as diretrizes levantadas na 4ª Oficina (MINAS GERAIS, 2010), o Centro de Saúde Goiânia, do qual faz parte a Equipe de Saúde da Família 6, onde trabalho, reorganizou seu processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea aguda. Foram organizadas, a partir de setembro de 2011, equipes de referência compostas por um enfermeiro e um médico que se revezavam no atendimento durante o período de funcionamento do serviço. Nessa equipe o enfermeiro atua para a classificação de risco, e o médico, para o atendimento dos casos agudos.

A grande demanda espontânea, percebida no cotidiano dos profissionais e a demora no atendimento, percebida pelos usuários, vinha provocando uma insatisfação nos atores envolvidos nesse processo de atenção. Além disso, os profissionais que compõem as equipes de SF questionavam sobre a perda do vínculo com os usuários adscritos e a descontinuidade no cuidado aos usuários com doenças crônicas que apresentavam agudização no curso da doença.

Os trabalhadores do centro de saúde, após discussões em reuniões de categorias profissionais e do Colegiado Gestor, optaram pela mudança na organização do atendimento à demanda espontânea, embasados na percepção e insatisfação pelo modelo vigente. A partir de outubro de 2012, o processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea foi reorganizado por equipe de SF, sendo que cada equipe estaria atendendo sua demanda em horário determinado. Os usuários foram orientados previamente sobre os horários de atendimento das equipes e aqueles que procuram o serviço fora do horário correspondente passam pelo atendimento/escuta com as equipes de referência. Estas são compostas pelo auxiliar de enfermagem escalado na sala de observação e pelos profissionais das equipes que estão no atendimento da demanda espontânea no momento da

procura. Entretanto, essas mudanças que ocorreram no processo de trabalho para organização do atendimento à demanda espontânea no CSG foram baseadas apenas na percepção de um dos atores envolvidos, os profissionais. Esses não preocuparam em ouvir aos usuários, nem fazer um estudo prévio sobre o perfil da sua demanda espontânea.

## 2 JUSTIFICATIVA

O presente plano de intervenção se justifica pela possibilidade de propiciar às equipes do Centro de Saúde Goiânia (CSG), a partir da organização do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea, a realização de um estudo dessa demanda e uma aproximação às informações reais, vivenciadas diariamente, e um embasamento para que, talvez, novas mudanças na organização do processo de trabalho estejam de acordo com as necessidades dessa população.

A partir do diagnóstico situacional foi possível conhecer os aspectos territoriais, demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e assistenciais da população assistida pela equipe. Vários problemas de saúde foram identificados, sendo priorizada, para a realização deste estudo, a organização do processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea.

Observou-se, no cotidiano das equipes de SF, uma dificuldade organizacional para o atendimento da demanda espontânea conforme as diretrizes da SMSA-BH apresentadas na 4ª Oficina de Qualificação da APS e, conseqüentemente, uma dificuldade em planejar e organizar outra demanda, a programada. Essa necessidade percebida pelos profissionais motivou a priorização desse problema e a realização de um plano de intervenção que traz como proposta planos de ações que irão intervir para a melhoria na organização do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção para melhoria da organização do processo de atendimento da demanda espontânea.

#### **3.2. Objetivos específicos**

A partir da execução do plano de intervenção proposto objetiva-se:

- Propor plano de sensibilização para os profissionais do Centro de Saúde Goiânia para o planejamento de ações e para a organização dos seus processos de trabalho.
- Propor mecanismos de revisão de instrumentos existentes e propor novos para registro dos atendimentos à demanda espontânea no centro de saúde.
- Apresentar aos profissionais do Centro de Saúde Goiânia modelos de instrumentos para registro/coleta de dados diários dos atendimentos de demanda espontânea atendida.
- Propor discussão com os profissionais do Centro de Saúde Goiânia a importância do registro dos atendimentos em instrumentos padronizados para posterior estudo da demanda espontânea e avaliação do processo de trabalho.

#### 4. METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional de saúde da população adscrita à equipe de Saúde da Família 6, do Centro de Saúde Goiânia (CSG). Esse diagnóstico foi realizado em atenção ao solicitado no módulo “Planejamento e avaliação das ações de saúde” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Foi também utilizado o módulo Iniciação à metodologia: publicações científicas (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013), desse mesmo curso.

Para a elaboração do plano de intervenção utilizou-se como referência a matriz de gerenciamento de processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea, proposta pela 4ª Oficina de Qualificação da APS (MINAS GERAIS, 2010). Em colaboração a essa matriz, utilizou-se uma ferramenta de análise da organização do processo de trabalho, descrita por Merhy (2007), o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”.

Para a revisão bibliográfica em banco de dados nacionais, foram utilizados os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde da Família”. Realizou-se consulta nos textos das Oficinas de Qualificação da APS e de autores que discutem o processo de trabalho em saúde.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Para a revisão conceitual e operacional ligada a aspectos relacionados à organização do processo de trabalho de atendimento da demanda espontânea optou-se por pesquisar e registrar os correlacionados à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses aspectos foram revistos considerando os tópicos Sistema Único de Saúde, Atenção Primária e Saúde da Família, Acesso universal ao Sistema Único de Saúde, Acolhimento e humanização da atenção à saúde, A atenção à demanda espontânea — matriz de gerenciamento e Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde.

### **5.1 Sistema Único de Saúde - Atenção Primária e Saúde da Família.**

A criação de um sistema de saúde único e gratuito no Brasil se deu na década de 1980 num contexto de crise da previdência brasileira, que financiava, até então, o modelo de saúde centrado na medicina especializada e hospitalar, e dos movimentos sanitaristas de ampliação da saúde coletiva e ambulatorial. A saúde no Brasil foi então definida, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), como um direito de todos e dever do Estado. Destaca-se que a Lei Orgânica 90/90 estabelece a implantação do SUS alicerçado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (BRASIL, 1990). Com o objetivo de consolidar o modelo assistencial do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde cria, em 1994 o Programa Saúde da Família, que institui uma equipe mínima responsável pela assistência à saúde da população de um território específico e a adoção de um modelo de atenção centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias (FARIA *et al.*, 2010).

### **5.2. Acesso universal no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Um dos grandes desafios do SUS, desde sua criação, tem sido a garantia do princípio da universalidade. No início da década de 1990, a não universalização do acesso aos serviços de saúde estava relacionada, principalmente, à forma como

esses se organizavam. As principais barreiras de acesso existentes nesses serviços eram: longas filas de espera; cartazes nas portas das unidades de saúde informando número de vagas para atendimento médico, restringindo o acesso de grande parte dos usuários; distribuição de senhas que garantiam atendimento por ordem de chegada; agendas médicas restritivas e administradas de maneira privada, entre outros. Essas características dos serviços de saúde demonstravam uma não responsabilização desses pelas necessidades dos usuários e um modelo de atenção médico-centrado, com subestimação do trabalho dos outros profissionais (MALTA, 2001).

Em Belo Horizonte, essa realidade do “não acesso” vivenciada nos primeiros anos do SUS foi alvo de várias reflexões e discussões nos níveis central e assistencial e, no ano de 1994, foi criado o Projeto Vida. Este tinha como foco principal a atenção à saúde da criança, no atendimento a agravos de saúde agudos nas crianças e gestantes, e trouxe o acolhimento como uma estratégia de mudança no processo de trabalho (MALTA, 2001).

O acolhimento propunha inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, fundamentado nos princípios de garantia do acesso universal, atuação da equipe multiprofissional e relação humanitária entre profissional e usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

### **5.3. Acolhimento e humanização da atenção à saúde**

O acolhimento à demanda dos usuários de uma unidade de saúde apresenta três dimensões constitutivas, sendo elas: o acolhimento como mecanismo de amplificação e facilitação do acesso; o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e o acolhimento como dispositivo de re(organização) do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

Na dimensão de amplificação e facilitação do acesso, o acolhimento proporciona a inclusão e atendimento dos usuários que procuram o serviço de saúde, independente do grupo populacional ao qual pertençam. Todos os usuários, mesmo os que não se enquadram em grupos de programas instituídos (pré-natal, puericultura, hipertensão arterial), são acolhidos pela equipe em suas necessidades de saúde e sofrem intervenções de saúde. A amplificação do acesso se dá, também,



pela contemplação de atendimentos de demanda espontânea com de demanda programada, garantidas nas agendas dos profissionais (BRASIL, 2011).

O acolhimento pode ser entendido como uma postura humanizadora, sendo o momento em que o trabalhador da saúde utiliza-se dos seus saberes para a construção de respostas às necessidades do usuário. Nesse encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve ocorrer a produção de relações de escuta e responsabilização, que se articulam para a criação de vínculos e de condutas adequadas de intervenção (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). Além disso, o acolhimento propicia a reabordagem e redefinição de projetos terapêuticos dos usuários, quando esses procuram atendimento em momentos distintos aos das consultas agendadas (BRASIL, 2011).

A implantação do acolhimento modifica expressivamente o processo de trabalho da equipe de saúde, no que se diz respeito à organização, às relações de trabalho e ao modo de cuidar. Para acolher os usuários com equidade e qualidade não é permissível restringir o acesso ao serviço e nem mesmo adotar um fluxo unidirecional ao atendimento médico. É necessária, entretanto, a reorganização do processo de trabalho com o envolvimento de uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e demais profissionais que prestam serviços na unidade básica de saúde), que defina suas funções no processo, o cardápio de oferta de serviços e os fluxos de atendimento para promover o acesso universal (BRASIL, 2011).

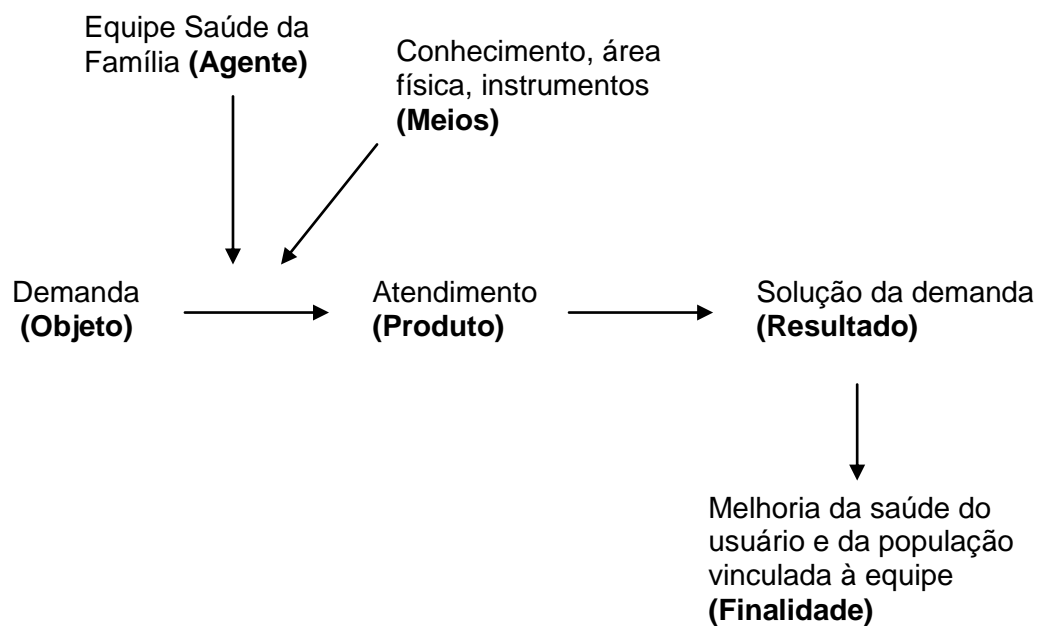
#### **5.4. A atenção à demanda espontânea — matriz de gerenciamento**

O trabalho humano pode ser definido, de modo geral, como uma ação humana realizada sobre um objeto, capaz de transformá-lo e produzir algo novo útil para si ou para terceiros. A transformação inicial do objeto se dá através da interação do agente executor e dos meios necessários para a ação propriamente dita. (SANTOS *et al.*, 2010).

No processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea (FIG.1), considera-se como objeto a própria demanda espontânea. Essa sofrerá ação da equipe de saúde através dos meios necessários para a ocorrência da transformação, tais como espaço físico, instrumentos e conhecimento profissional. O

produto do trabalho será o atendimento da demanda que traz como resultado a solução da demanda trazida e a satisfação do usuário. A finalidade do processo de trabalho pode abranger vários aspectos, como melhoria da saúde do usuário e da população atendida (SANTOS *et al.*, 2010).

**Figura 1 – Esquema do processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea.**




---

Fonte: Santos *et al.*, (2010).

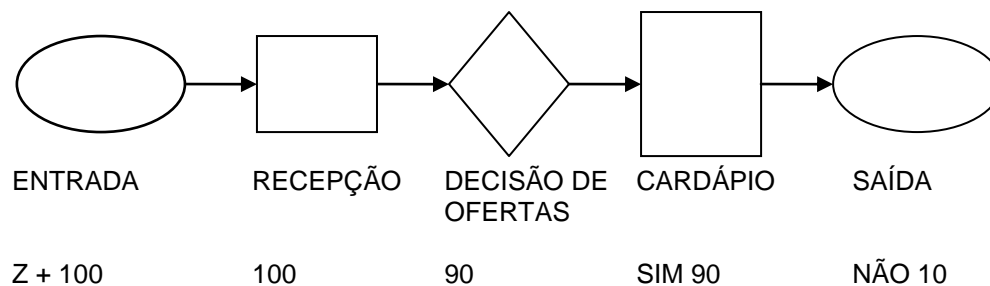
Com base Figura 1, Santos *et al.*, (2010) propõem uma ferramenta de gerenciamento e organização da demanda espontânea: a Matriz de Gerenciamento. Essa matriz descreve os agentes, os meios e os resultados esperados envolvidos no processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea.

### 5.5. Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde

Merhy (2007) também apresenta uma “ferramenta” de análise, “o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”, que permite o

entendimento da organização do trabalho em saúde. O fluxograma corresponde a um diagrama que exemplifica o modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se interagem entre si numa cadeia de produção. O diagrama apresentado na FIG. 2 representa um fluxograma-resumo que esquematiza de modo simplificado um processo-chave que caracteriza um determinado serviço de saúde. Em modos gerais, a elipse mostra-se o começo e o final da cadeia produtiva, representando a entrada e saída do processo de produção; o retângulo as etapas do processo que há consumo de recursos e produção de produtos bem definidos, que irão interferir nas próximas etapas até o final; o losango os momentos de tomadas de decisões e de possibilidades de percursos para atingir etapas posteriores e distintas.

**Figura 2 – Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde.**



Fonte: Merhy, (2007).

A entrada (representada pela elipse) corresponde à porta de entrada de uma unidade básica de saúde, sendo que alguns dos usuários chegam à recepção e outros não, por isso representado com o símbolo fictício de Z+100 usuários. O Z representa aqueles usuários que procuram o serviço, mas desistem antes de chegar à recepção e aqueles que nem procuram o serviço apesar de apresentarem demanda. Os 100 que entram no serviço são recebidos pelos trabalhadores de saúde na recepção (representada pelo primeiro retângulo). Nesse momento de encontro entre o usuário, portador de uma necessidade de saúde, com o

trabalhador, portador de saberes e práticas específicas, deve acontecer uma escuta acolhedora e responsável.

Após a etapa de recepção, há um momento de tomada de decisão (representada pelo losango), no qual o trabalhador de saúde utiliza-se critérios para definir se a necessidade de saúde apresentada pelo usuário será ou não objeto de ação do serviço, se é passível de uma intervenção tecnoassistencial. Apesar de existir nessa etapa um autogoverno do trabalhador para tomada de decisão, é importante o serviço descrever detalhadamente todos os mecanismos para definir como sim ou não.

Os 90 usuários que passam para próxima etapa irão sofrer ação tecnoassistencial propriamente dita, a partir da oferta de um cardápio de intervenções (representada pelo segundo retângulo) a serem realizadas pelos diversos profissionais de saúde. Os usuários que sofrem intervenções irão sair do serviço, normalmente como alta, como encaminhamento para outros serviços, como encaminhamentos para exames ou como retorno agendado. Como se dá a saída (representada pela elipse) é importante para analisar se o processo de relação trabalhador/usuário é também acolhedor na saída e que tipos de “resultados” a cadeia produtiva está realizando (MERHY, 2007).

É importante assinalar que o fluxograma propõe identificar competências requeridas aos profissionais nas diferentes etapas e espaços da produção de saúde, na qual se inclui o atendimento à demanda espontânea, para elaboração de uma gestão estratégica de pessoas. Deve ser utilizada uma abordagem qualitativa na construção e análise do fluxograma, por meio da observação participante do “dia a dia” no setor, acrescido da contribuição da equipe multiprofissional que ali atua. As competências necessárias aos trabalhadores de saúde para que atuem na produção de saúde, primando pela universalização e integralidade da assistência deve constituir-se na base para uma gestão estratégica da atenção centrada em pessoas, para consolidação dos ideais do SUS (MERHY, 2007).

A APS é uma das portas de entrada do sistema de saúde, sendo a porta “mais aberta” desse, e tem a capacidade de resolver a maioria das demandas da população. Para tanto, ela precisa ter, também, uma capacidade ampliada e qualificada de escuta para atender a diversidade e complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2011).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração e proposição de uma proposta de intervenção, considerando o problema 'dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho', para o qual se objetiva a melhoria na organização desse processo, serão apresentados os possíveis nós críticos, ou seja, situações sobre as quais uma atuação exitosa contribuirá muito para a solução ou amenização do problema. Para cada nó crítico é proposto um plano de ação, detalhando atores (quem), o que se propõe fazer (o quê), a ação proposta (como), o tempo necessário (quando) e os recursos necessários (com o quê). Cada plano de ação será comentado quanto à viabilidade e ao processo de avaliação.

Os nós críticos, caracterizados por um "subproblema" que define uma operação, são:

- Pouco envolvimento dos profissionais no planejamento das ações para organização do processo de trabalho.
- Padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea.
- Falta de conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea.
- Falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea.
- Ausência de estudo da demanda espontânea atendida no Centro de Saúde Goiânia.

## 6.1 Planos de ações

Os planos de ações para cada nó crítico identificado são apresentados a seguir pelos Quadros nº 1, 2, 3, 4 e 5.

**Quadro 1 – Plano de Ação para o nó crítico: pouco envolvimento dos profissionais no planejamento das ações para organização do processo de trabalho.**

<b>Problema priorizado</b>	<b>Dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho.</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Pouco envolvimento dos profissionais no planejamento das ações para organização do processo de trabalho</b>
<b>Atores (Quem)</b>	Profissionais do Centro de Saúde Goiânia
<b>Meta: O que se propõe a fazer (O quê)</b>	Criar uma Comissão de Referência no centro de saúde para organização do atendimento à demanda espontânea.
<b>Ação proposta (Como)</b>	Apresentar proposta da criação da comissão no Colegiado Gestor para aprovação.  Eleger em cada categoria profissional um representante para compor a comissão de referência em demanda espontânea.
<b>Tempo necessário (Quando)</b>	Quinze dias
<b>Recursos necessários (Com o que)</b>	Nenhum
<b>Viabilidade</b>	Sensibilização e motivação dos profissionais do centro de saúde e gerência local para viabilidade do plano.  A necessidade de priorização do problema advinda dos profissionais do centro de saúde constitui-se um ponto positivo para a operação, caracterizando esse plano como muito viável.
<b>Processo de avaliação</b>	Avaliação mensal da atuação da comissão junto ao Colegiado Gestor e Comissão local.

**Quadro 2 – Plano de Ação para o nó crítico: padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea.**

<b>Problema priorizado</b>	<b>Dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea</b>
<b>Atores (Quem)</b>	Comissão de Referência em demanda espontânea
<b>Meta: O que se propõe a fazer (O quê)</b>	Rever matriz de gerenciamento proposta pelo centro de saúde na atividade de dispersão da Oficina IV.  Construir diagramas de fluxos de atendimento para os diversos serviços oferecidos à demanda espontâneos baseados no “Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”.
<b>Ação proposta (Como)</b>	Padronizar os fluxos de atendimentos à demanda espontânea para todas as equipes de Saúde da Família.  Reunir os membros da Comissão de Referência em demanda espontânea para discutirem e reverem a matriz de gerenciamento.  A partir da matriz de gerenciamento, construir os diagramas com fluxos de atendimento padronizados para cada serviço oferecido à demanda espontânea no centro de saúde.  Fazer apresentação dos diagramas de fluxos de atendimento para o Colegiado Gestor.
<b>Tempo necessário (Quando)</b>	30 dias.
<b>Recursos necessários (Com o que)</b>	Matriz de gerenciamento proposta pelo centro de saúde.  Sala de multiuso para reuniões regulares da comissão de referência em demanda espontânea.  Tempo definido e garantido na agenda dos profissionais que compõem a comissão para realização das reuniões.
<b>Viabilidade</b>	Depende do recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistenciais e administrativas do serviço no momento e priorização das mesmas. O ator que controla esse recurso crítico é a gerência local.  O envolvimento dos membros da Comissão de Referência na execução do plano é um fator positivo para a viabilidade do plano.
<b>Processo de avaliação</b>	Avaliação do Colegiado Gestor e Comissão Local de Saúde após implantação dos fluxos de atendimento à demanda espontânea.

**Quadro 3** – Plano de Ação para o nó crítico: falta de conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea.

<b>Problema priorizado</b>	<b>Dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Falta de conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea</b>
<b>Atores (Quem)</b>	Profissionais do centro de saúde Comissão de Referência em demanda espontânea
<b>Meta: O que se propõe a fazer (O quê)</b>	Conscientizar e sensibilizar os profissionais sobre os fluxos de atendimentos à demanda espontânea.
<b>Ação proposta (Como)</b>	Realizar encontros com turmas de 5 a 10 funcionários para apresentação e discussão dos fluxos de atendimento à demanda espontânea.
<b>Tempo necessário (Quando)</b>	90 dias.
<b>Recursos necessários (Com o que)</b>	Sala de reunião para agendamentos dos encontros com os profissionais do centro de saúde. Tempo garantido na agenda dos profissionais para a participação nos encontros.
<b>Viabilidade</b>	Depende de recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistenciais e administrativas do serviço no momento e priorização das mesmas. O ator que controla esse recurso crítico é a gerência local. A sensibilização e motivação dos profissionais do centro de saúde e gerência local constitui um ponto positivo para viabilidade do plano.
<b>Processo de avaliação</b>	Participação e “feedback” dos profissionais nos encontros de sensibilização e conscientização. Avaliação da execução do plano de ação pela comissão quinzenalmente quanto ao alcance da meta estabelecida.



**Quadro 4 – Plano de Ação para o nó crítico: falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea.**

<b>Problema priorizado</b>	<b>Dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Falta de instrumentos padronizados para registros dos atendimentos da demanda espontânea</b>
<b>Atores (Quem)</b>	Comissão de Referência em demanda espontânea Profissionais do Centro de Saúde
<b>Meta: O que se propõe a fazer (O quê)</b>	Rever instrumentos existentes e criar novos para registro dos atendimentos à demanda espontânea no centro de saúde.
<b>Ação proposta (Como)</b>	Rever os instrumentos existentes utilizados pelas ESF e profissionais de enfermagem para registro dos atendimentos da demanda espontânea.  Criar instrumentos de registros para utilização pelos profissionais da recepção (Posso Ajudar e porteiro), da central de regulação de consultas especializadas, da vacina e do curativo;  Criar instrumentos de registro dos atendimentos médicos e odontológicos à demanda espontânea.  Realizar treinamento dos profissionais para utilização dos instrumentos de registro.  Rever quinzenalmente o preenchimento dos instrumentos pelos profissionais e realizar adaptações necessárias.
<b>Tempo necessário (Quando)</b>	90 dias.
<b>Recursos necessários (Com o que)</b>	Sala de multiuso para reuniões regulares da comissão de referencia em demanda espontânea.  Tempo definido e garantido na agenda dos profissionais que

	<p>compõem a comissão para realização das reuniões.</p> <p>Sala de reunião para agendamentos dos treinamentos com os profissionais do centro de saúde.</p> <p>Tempo definido e garantido na agenda dos profissionais para a participação nos encontros.</p> <p>Material de escritório e de informática (papel, computador, impressora) para confecção dos instrumentos.</p>
<b>Viabilidade</b>	<p>Depende de recurso crítico: garantia de tempo na agenda dos profissionais da comissão para reuniões irá depender das necessidades assistencial e administrativa do serviço no momento e priorização das mesmas. O ator que controla esse recurso crítico é a gerência local.</p> <p>O conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimentos e preenchimento dos instrumentos é um fator positivo para a viabilidade do plano.</p>
<b>Processo de avaliação</b>	<p>Avaliação quinzenal da qualidade dos registros realizados pelos profissionais do centro de saúde.</p> <p>Avaliação da execução do plano de ação pela comissão quinzenalmente quanto ao alcance da meta estabelecida.</p>

**Quadro 5** – Plano de Ação para o nó crítico: ausência de estudo da demanda espontânea atendida no Centro de Saúde Goiânia.

<b>Problema priorizado</b>	<b>Dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Ausência de estudo da demanda espontânea atendida no Centro de Saúde Goiânia</b>
<b>Atores (Quem)</b>	Comissão de Referência em demanda espontânea
<b>Meta: O que se propõe a fazer (O quê)</b>	Estudar da demanda espontânea atendida no Centro de Saúde Goiânia por um período de tempo.
<b>Ação Proposta (Como)</b>	<p>Implantar uso dos instrumentos de registro dos atendimentos à demanda espontânea no Centro de Saúde Goiânia.</p> <p>Organizar dados coletados por um período de dois meses e montar banco de dados utilizando-se o pacote estatístico Excel (Microsoft).</p> <p>Realizar análise dos dados utilizando-se tabelas e gráficos do pacote estatístico Excel (Microsoft).</p> <p>Analisar variáveis relacionadas ao atendimento à demanda espontânea e indicadores de saúde.</p> <p>Comparar resultados obtidos com a literatura científica.</p>
<b>Tempo necessário (Quando)</b>	90 dias
<b>Recursos necessários (Com o que)</b>	<p>Material de escritório e de informática (papel, computador, impressora) para confecção dos instrumentos.</p> <p>Conhecimento prévio dos profissionais da comissão quanto ao processo de trabalho em saúde, atendimento à demanda espontânea e diretrizes da rede SUS-BH na Atenção Primária à Saúde para condução do estudo.</p>

<p><b>Viabilidade</b></p>	<p>Recursos de informática para organização dos dados (Excel da Microsoft).</p> <p>A motivação dos profissionais do centro de saúde, o conhecimento dos fluxos de atendimento pelos profissionais e o domínio dos profissionais para o preenchimento dos instrumentos de registros são pontos positivos importantes para a viabilidade do plano.</p> <p>Risco: Interferência da coleta dos dados na confiabilidade do estudo.</p>
<p><b>Processo de avaliação</b></p>	<p>Avaliação quinzenal pela comissão dos dados coletados e identificação de possíveis “vieses” do estudo.</p>

## 6.2. Avaliação do Plano de Intervenção

A proposta de intervenção apresentada para a situação problema ‘dificuldade dos profissionais do Centro de Saúde Goiânia em organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda de trabalho’ é composta por cinco planos de ações que se interagem entre si em condição de dependência. A viabilidade dessa proposta está diretamente relacionada ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos de ação, principalmente às relacionadas à sensibilização e motivação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho nesse serviço.

Para uma avaliação da proposta de intervenção propõe-se reunião geral nos dias 1, 45 e 90 da operacionalização dos planos de ação para verificar o cumprimento das metas, a viabilidade dos planos, a necessidade de recursos (críticos e não críticos) e os riscos existentes para a execução.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem caráter substitutivo ao modelo assistencial anterior à implantação do SUS, caracterizando-se como a porta de entrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, garantindo os direitos de acesso às ações de atenção integral, com referência e contrarreferência aos demais níveis de atenção e com o estímulo ao controle social.

Como forma de consolidar a proposta de mudança de modelo, a ESF estabelece que o trabalho de equipe deva ser voltado à sua clientela adscrita, a partir do conhecimento da realidade das famílias, com ênfase para as características epidemiológicas e sociais. Na ESF os membros da equipe devem ter, além de competências técnicas e políticas para a realização do seu processo de trabalho, competências gerenciais para a gestão do trabalho. Nessas competências incluem a utilização de instrumentos gerenciais que possibilitem o diagnóstico situacional de saúde da população assistida, o planejamento de ações e a organização do processo de trabalho.

Esses princípios são reforçados nesse trabalho e apresentados como referenciais para o trabalho de desenvolvimento de qualquer ação que vise sua organização, superação de problemas operacionais e melhoramento do Sistema de Saúde.

A partir de um diagnóstico situacional, realizado pela autora durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foram identificados vários problemas de saúde na população adscrita na Equipe de Saúde da Família 6 do Centro de Saúde Goiânia, entre eles um problema de cunho organizacional do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea.

A partir desse problema, é proposto um plano de intervenção para melhoria no processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea com cinco ações estratégicas: a criação de uma comissão de referência, a revisão do processo de trabalho atual, sensibilização dos profissionais, a criação de instrumentos padronizados de registros e a realização de estudo e acompanhamento do perfil da demanda espontânea por um período de tempo. Essas ações devem ser simultâneas e conta, como fator de viabilidade, a adesão de gestor e equipe de saúde.

Ressaltamos a necessidade organizacional inicial do serviço para o atendimento da demanda espontânea, ao mesmo tempo em que se constrói um embasamento para novas propostas de intervenção, a partir dos seus processos de avaliação.

Considerando que o trabalho em saúde é um processo complexo por se tratar de uma relação de dinâmica de produção, em que atores e objetos são passíveis de transformação, a dinamicidade desse processo exige dos profissionais de saúde um envolvimento maior na gestão dos seus processos de trabalho. A detecção de problemas e o planejamento de ações para sanar os mesmos devem fazer parte do cotidiano laboral desses profissionais com a finalidade de melhoria no cuidado e na assistência à população assistida.

Ressalta-se que este projeto de intervenção foi elaborado com a participação das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Goiânia, por isso acredita-se na sua viabilidade técnica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 1 maio 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 1 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (DF), 2011. 56p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.26, Volume 1). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e elaboração de textos científicos. 2 ed. revista e ampliada. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011. 107p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 1 fev. 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.15 n.2. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional**. [online]. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –

Universidade Estadual de Campinas, 2001. Disponível em:  
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *et al.* (Ed.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112. Disponível em:  
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos construtivos das redes de atenção à saúde no SUS. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Guia do participante. Disponível em:  
[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&) Acesso em: 23 jun 2013

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV – A Organização da Demanda Espontânea/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Guia do participante. Disponível em:  
[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&) Acesso em: 23 jun 2013

SANTOS, M. A. *et al.* Alguns conceitos importantes sobre a organização da demanda espontânea na rede de atenção à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV – A Organização da Demanda Espontânea/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Guia do participante. Disponível em:  
[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&) Acesso em: 23 jun 2013