

UBS 02 DE BRAZLÂNDIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO ACESSO DOS USUÁRIOS

Aline Fernanda de Sá Reis¹
Eliene Ferreira de Sousa²
Fernanda da Cruz Kubitschek³
Jean Ponciano do Nascimento Dias⁴
Kely Rodrigues Mourão⁵
Márcia Costa Pinheiro Nery⁶
Perla Estrela Ribeiro⁷
Silvana Reigota Naves de Araújo⁸
Tatiana Fonseca Rocha Vicente⁹
Walkiria Warley Ferreira¹⁰
Maria Francisca Santos Abritta Moro¹¹
Karlo Josefo Quadros de Almeida¹²

1 INTRODUÇÃO

O Distrito Federal, mesmo com um Sistema de Saúde organizado a partir de uma estrutura de serviços dispostos em perspectiva regionalizada, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até aqueles com alto grau de densidade tecnológica, ainda é caracterizado por forte iniquidade entre as suas Regiões de Saúde. A cobertura da atenção primária, que atualmente conta 171 Unidades Básicas de Saúde (UBS), ordenada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é insuficiente em todas as regiões e tanto a oferta de atenção especializada quanto a de equipamentos e recursos diagnósticos estão

¹ Nutricionista, Especialização em Nutrição na Atenção Básica pela Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, alinesreis@gmail.com

² Nutricionista, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, eliene.sousadf@gmail.com

³ Enfermeira, Especialização em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Ciências, Educação e Teologia do Norte do Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, nandacruz@gmail.com

⁴ Médico Ginecologista e Obstetra, Especialização em Ultrassonografia (Clínica Fértil-GO), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, jeponciano@gmail.com

⁵ Assistente Social, Especialização em Gestão Regionalizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, kely.mourao@hotmail.com

⁶ Nutricionista, Especialização em Educação e Promoção da Saúde pela Universidade de Brasília e em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, marciacostap@gmail.com

⁷ Enfermeira, formada pela Faculdade LS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, perla_enfprof@hotmail.com

⁸ Nutricionista, Especialização em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, silvana.reigota@gmail.com

⁹ Enfermeira, Especialização em Enfermagem em UTI pela Faculdade Anhanguera, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, tati.rocha2007@gmail.com

¹⁰ Bacharel em Direito e Ciências Contábeis, Pós-graduação em Direito Penal pelo Instituto Processus, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, gpm.a.oste@gmail.com

¹¹ Fisioterapeuta, Pesquisadora Fiocruz, Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, moromaria65@gmail.com

¹² Médico, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, karlo.quadros@gmail.com

concentrados nas regiões centrais (Governo do Distrito Federal, 2016). A Região de Saúde Oeste, que compreende as regiões administrativas de Ceilândia e Brazlândia, é uma das mais vulneráveis de todo o Distrito Federal (CODEPLAN, 2016).

Por muitos anos, o único ponto de atenção primária à saúde de Brazlândia foi o Centro de Saúde nº 1, unidade de saúde tradicional, hoje UBS 01 de Brazlândia. Entre os anos de 1995 e 1999, foi implantado o Programa Saúde em Casa, que contemplava, no modelo do Programa Saúde da Família, algumas áreas rurais e o Setor Veredas. O restante da população ainda tinha como referência o Centro de Saúde nº 1. O Programa Saúde em Casa foi uma parceria do Governo do Distrito Federal (GDF) com a Fundação Zerbini, onde profissionais de saúde eram contratados, por esta Fundação, para atuar na APS. Com o passar dos anos e as mudanças de governo, essa parceria foi enfraquecendo e a qualidade do serviço prestado pelo Programa Saúde em Casa também. Contudo, só em 2009, houve concurso público para repor o efetivo nas equipes do Programa Saúde da Família que já existiam e para a sua expansão. Em maio desse mesmo ano, foi inaugurado o Centro de Saúde nº 2 na Vila São José, hoje UBS 02 de Brazlândia. O objetivo da nova unidade básica ficou, por muito tempo, indefinido. Aberta para abrigar, inicialmente, equipes de Saúde da Família (eSF), a unidade chegou a funcionar com cinco eSF, um Pronto Atendimento e parte dos serviços oferecidos pelo modelo tradicional, como sala da mulher, sala da criança e especialidades médicas como ginecologia e pediatria.

Em fevereiro de 2016, Brazlândia passa a integrar a Região de Saúde Oeste, juntamente com Ceilândia. Na prática, a atenção à saúde dessas duas Regiões Administrativas começava a ser pensada de forma conjunta. Outra mudança significativa foi a UBS 02 de Brazlândia passar a ter seu foco de trabalho voltado exclusivamente para a ESF.

Brazlândia conta hoje com um Hospital Regional de pequeno porte, o Hospital Regional de Brazlândia – HRBz. Ambulatorialmente, o HRBz atende as especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia Cirúrgica, Neonatologia, Nutrição, Odontologia, Ortopedia e Pequena Cirurgia. Há menos de um mês, as especialidades do HRBz passaram a ser reguladas via encaminhamento da APS. Na emergência, o HRBz atua nas áreas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Pediatria. Desde abril de 2017, pacientes classificados como verdes e azuis passaram a ser referenciados para a APS, como forma de redirecionar a porta de entrada do sistema e reduzir a procura equivocada pela emergência.

Na APS, Brazlândia está dividida em três territórios sob responsabilidade das Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP). A GSAP 01 de Brazlândia é responsável pelos setores norte, sul, tradicional, oficinas, chácaras e Maranata, além das áreas rurais não cobertas pela ESF. Para isso, a GSAP 01 de Brazlândia conta com uma UBS localizada no setor norte, a UBS 01, que é a mais antiga de Brazlândia e hoje comporta duas eSF, uma equipe de transição e duas Equipes de Saúde Bucal (ESB). Estima-se que a população deste território seja de 22.500 habitantes (GDF, 2017a).

O território da GSAP 02 de Brazlândia compreende toda Vila São José e tem uma população estimada em 15.000 habitantes (GDF, 2017a). Conta com uma UBS (UBS 02 de Brazlândia), que abriga quatro eSF, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Pediatra, Assistente Social e Farmacêutico, além de duas ESB. O NASF é responsável por apoiar as quatro eSF da GSAP 02 de Brazlândia e cinco das seis eSF da GSAP 03 de Brazlândia.

A GSAP 03 de Brazlândia é responsável, na área urbana, pelos Setores Veredas e Incra 8 e por grande parte da área rural de Brazlândia. Com cinco UBS espalhadas pelo território, a GSAP 03 de Brazlândia é responsável por uma população estimada em 30.000 habitantes (GDF, 2017a). As eSF que integram a GSAP 03 de Brazlândia são: INCRA 08, Veredas I, Veredas II, Almécegas, Chapadinha e Torre. A GSAP 03 de Brazlândia conta também com três ESB.

Como estratégia de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o aumento da cobertura de ESF se apresenta como uma das metas mais importantes para a consecução do direito fundamental à saúde de toda a população do Distrito Federal. Para tanto, a APS do Distrito Federal vem passando por importantes transformações. A SES-DF publicou, em 14 de fevereiro de 2017, as Portarias nº 77 e 78, que são os marcos legais que regulamentam essa mudança (GDF, 2017b; GDF, 2017c).

A Portaria nº 77/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, traz, em seu artigo 3º, o acesso como um dos seus princípios (GDF, 2017b).

Art. 3º. São princípios da Atenção Primária à Saúde:

I – Acesso: os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde; (sem grifo)

A Política instituiu que a ESF é o modelo de assistência definido para a APS do DF. Entre as diretrizes para a implementação da ESF está a garantia do acesso, determinando, assim, que a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento (GDF, 2017b).

Apesar da reversão do modelo de atenção à saúde, de atendimento tradicional focado em especialidades médicas para ESF, os profissionais de saúde ainda trabalham na lógica queixa-conduta, no modelo médico-medicação-procedimento centrado (COELHO, 2009; SANTOS, 2014). Isso ocorre porque os profissionais de saúde ainda não incorporaram os princípios do

trabalho centrado no usuário e não na doença e são treinados para interceder em casos agudos, o que pode privilegiar as tecnologias duras e procedimentais em detrimento à integralidade (SANTOS, 2014).

O vínculo é visto como uma das tecnologias das relações nas ações de saúde e sua base está fortemente relacionada ao acolhimento e ao acesso. Para que o vínculo, o acesso e o acolhimento se estabeleçam é necessário respeito, relações efetivas no trabalho, resolutividade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários (COELHO, 2009).

Uma atenção especial deve ser dada ao acolhimento, entendido como o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, cujo objetivo é uma escuta por parte do profissional que seja capaz de compreender os seus desejos e lhe dar acesso ao serviço, de acordo com suas necessidades de saúde. O profissional que faz a escuta assume um compromisso com o usuário. O problema é que o acolhimento ainda é visto como um momento de triagem ou uma fase anterior à consulta médica, desvalorizando os outros membros da equipe que poderiam estar envolvidos no cuidado. Feito desta forma, o acolhimento perde sua capacidade de promover o vínculo entre profissionais e usuários e estimular o autocuidado, a melhor compreensão da doença e a corresponsabilização pelo tratamento, assim como compromete a universalização do acesso, o fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, a qualificação da assistência, a humanização das práticas e o estímulo às ações de combate ao preconceito (COELHO, 2009; GARUZI, 2014).

Até aqui, fica claro que é preciso promover uma mudança de pensamento dos profissionais de saúde em relação ao cuidado prestado ao usuário e que, para isso, o caminho é promover uma aproximação do profissional com a comunidade, com os outros membros da equipe e com os processos de trabalho e serviços oferecidos pela unidade de saúde, tendo em vista que em visitas a algumas UBS da Região percebeu-se um distanciamento dos servidores do acolhimento às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Lima (2014) mostra que a satisfação do profissional de saúde na ESF está voltada para a afinidade com a profissão, gostar do que faz, para a satisfação dos usuários com a assistência recebida, para o trabalho em equipe, entre profissionais e destes com os usuários. Os principais motivos de insatisfação seriam problemas nas relações com usuários/famílias, nos instrumentos e no ambiente de trabalho, como a carga horária excessiva e a falta de compreensão sobre o modelo. Esses aspectos são preponderantes ao gestor na hora de motivar a equipe de trabalho e tentar formar uma relação de vínculo com a instituição, para que o profissional se sinta parte dela e deseje que a mesma se fortaleça. A criação de vínculo também é fundamental para se desenvolver uma relação de confiança que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas, e, mais, para envolvê-lo de maneira ativa em seu próprio cuidado.

Diante do exposto e considerando as vivências dos especializandos, foi conduzida a Construção do Projeto Aplicativo (CPA).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Ampliar e qualificar o acesso dos usuários do território de abrangência da UBS 02 de Brazlândia, por meio da melhoria do acolhimento, reorganização das agendas profissionais e aumento das visitas domiciliares pelas Equipes de Saúde da Família (eSF).

2.2 Objetivos Específicos

- Qualificar o processo de trabalho do acolhimento, em consonância com o Protocolo do acesso na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, através da:
 - Criação de um grupo de tutoria, formado por residentes do Programa de Residência em Saúde Coletiva da SES-DF e pelo NASF, para acompanhar o processo de trabalho atual das eSF, fazer um diagnóstico situacional e propor soluções para os problemas encontrados. Os resultados do grupo serão apresentados às equipes, a fim de subsidiar a elaboração, de forma colegiada, de uma proposta para melhoria do processo de trabalho, que também será submetida à apreciação da comunidade;
 - Sensibilização dos servidores com pactuação quanto à nova dinâmica do acolhimento, redefinindo os fluxos de trabalho;
 - Reorganização do espaço físico da UBS, após redefinição dos fluxos de trabalho;
 - Confecção e ampla divulgação da carteira de serviços da UBS;
 - Operacionalização do protocolo do acesso na APS do Distrito Federal;
 - Agenda para educação permanente, aproveitando o espaço protegido das reuniões de equipe.
- Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada), através da:
 - Construção de ferramenta para compartilhamento das agendas de médicos e enfermeiros das eSF, considerando o perfil epidemiológico do território da UBS 02 de Brazlândia;
 - Validação da ferramenta pelas eSF;

- o Implementação da ferramenta e monitoramento mensal das agendas de trabalho.
- Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF, com a:
 - o Definição de rol de atividades a serem executadas nas visitas domiciliares na oportunidade das reuniões de equipe;
 - o Definição de mecanismo para acompanhar e avaliar o cumprimento das metas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No processo de CPA, várias Oficinas de Trabalho do Projeto Aplicativo (OTPA), distribuídas ao longo da programação dos encontros presenciais do Curso, foram realizadas. A OTPA 1 teve como base metodológica a atividade TBL – *Team-Based Learning*, que quer dizer “aprendizado baseado em equipes”, e trouxe o tema ‘Estimulando o Pensamento Estratégico’ e a ideia da elaboração de um Projeto Aplicativo (PA) orientado à intervenção em uma realidade concreta, a partir do reconhecimento de necessidades relacionadas às áreas de gestão, atenção à saúde e educação nos cenários de prática dos participantes, visando dar resposta a problemas.

Na OTPA 2 – “Identificando problemas no cenário real” – cada participante escreveu em tarjetas três desconfortos/inquietudes em relação ao contexto para o qual pretendia direcionar o PA, ou seja, em relação à realidade sobre a qual pretendia intervir. Em seguida, as tarjetas foram agrupadas por núcleos de sentido, visando à construção de macroproblemas.

Neste momento, cabe relatar que a etapa de agrupamento de ideias afins com identificação dos macroproblemas foi refeita, a partir de uma discussão do grupo em encontro extraordinário no início do mês de agosto e após o levantamento das evidências necessárias para dar continuidade ao trabalho, quando o grupo constatou que havia necessidade de ações anteriores ao objeto do PA.

O produto dessa nova construção, elaborado a partir das tarjetas iniciais, apontava os macroproblemas identificados e dos desejos de mudança.

Na OTPA 3 – “Priorizando problemas e identificando atores sociais” – foram trabalhadas as quatro matrizes decisórias para priorização de problemas, que constam no caderno ‘Projeto Aplicativo’, e uma nova matriz, construída com os critérios que o grupo identificou mais relevantes: VALOR – Importância dada ao problema pelo ator, considerando seu contexto, CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO – Governabilidade, CUSTOS – Da intervenção necessária à resolução do problema e RELEVÂNCIA – Importância do problema para o Sistema de Saúde. Todas as matrizes apontaram a BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA como problema prioritário.

Os atores sociais relevantes em relação ao problema priorizado foram identificados e, na

matriz de valor e interesse, também avaliados como aliados, opositores ou indiferentes.

A partir do problema priorizado, na OTPA 4 – “Explicando problemas” – foi construída a árvore explicativa (Anexo 1), com a identificação dos descritores que melhor delineiam e mensuram o problema priorizado, as causas que o determinam e as consequências, formando uma cadeia lógica multicausal entre os descritores, as causas e as consequências. No último movimento, identificamos os nós críticos, causas negritadas na árvore explicativa, ou seja, as causas alvos de intervenção no plano de ação, de maior possibilidade e potencial de intervenção (maior número de relações com outras e que, sofrendo interferência, poderiam provocar mudanças positivas nos descritores aos quais estão relacionados).

Para a execução da OTPA 5 – “Intervindo no problema”, utilizamos o método 5W3H, uma lista de ações/atividades definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização dos nós críticos. A aplicação permite mapear atividades, estabelecendo o que deve ser feito (what) e porque (why), quem o fará (who), em que período de tempo (when) e em que área da instituição (where), além de como a atividade será desenvolvida (how), e, quando possível, seu custo (how much). Para acompanhar os resultados, estabelecemos um indicador por ação planejada (how measure).

Cabe relatar, neste momento, que, após socialização do ‘Estado da arte do PA’ no grande grupo, na tentativa de garantir a governabilidade da execução do PA, priorizamos apenas um nó crítico, dos três identificados na árvore explicativa: a dificuldade de acesso do usuário na UBS, cujo plano de ação está posto no Anexo 2.

A fim de identificar as ações conflitivas do plano de ação, na OTPA 6 – “Viabilizando o Plano de Ação”, construímos a matriz de análise de motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais, segundo ação do plano. Analisar a posição/motivação dos atores diante das diferentes ações elaboradas é um movimento estratégico, no sentido de se buscar viabilidade, analisando, novamente, o valor e o interesse que cada ator social atribui às ações do plano.

As ações viáveis são aquelas de consenso, que todos os atores sociais envolvidos consideram de modo positivo, assumindo uma postura de apoio, ou, então, aqueles que não apoiam são indiferentes ou não tem um peso imobilizador sobre a atitude dos que apoiam. Ações conflitivas podem ser viáveis a medida que os atores que as apoiam conseguem superar a oposição dos que a elas resistem. Nesse sentido, o grupo concluiu que a Ação 3: Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada) seria uma ação conflitiva.

A partir desta ação, conflitiva, foi construída a matriz de análise das estratégias de viabilidade, considerando os recursos necessários e quem os controla. A viabilidade foi classificada em alta, média ou baixa, a depender da disponibilidade dos recursos disponíveis para viabilizá-las. A planilha de detalhamento da análise de viabilidade foi construída com maior detalhamento dos recursos necessários e impacto dos resultados esperados para a construção de estratégias.

4 GESTÃO DO PLANO

A realização da OTPA 7 – “Gestão do Plano de Ação – Monitorando o Plano” – foi um dos momentos mais relevantes do planejamento, pois trouxe uma visão mais ampliada do PA. Num primeiro movimento, classificamos as ações quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, estabelecendo a precedência. Em seguida, foi construída a matriz de monitoramento do plano e o cronograma de acompanhamento da implementação das ações.

Não se aplica a planilha orçamentária, uma vez que as ações envolvem mudanças nos processos de trabalho, não gerando despesas de custeio e/ou investimento.

Ainda com relação ao monitoramento, o aplicativo “Trello”, será utilizado pelos especialistas e servidores da UBS 02 de Brazlândia, que terão acesso à execução das ações em tempo real.

Por fim, este PA deverá ser inserido na agenda institucional da região e da administração central da SES-DF, bem como integrado a outros projetos com mesma linha de atuação para sua sustentabilidade.

Proposta de avaliação e monitoramento (OTPA 7)

<i>Ação</i>	<i>Viabilidade</i>	<i>Impacto</i>	<i>Comando</i>	<i>Duração</i>	<i>Recurso</i>	<i>Precedência</i>
Ação 1 - Qualificar o processo de trabalho do acolhimento (Protocolo de acesso à APS).	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos articulados com atores externos (Programa de Residência em Saúde Coletiva)	LONGA	Político, Técnico e Organizacional	1º
Ação 2 - Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF.	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos	MÉDIA	Organizacional	3º
Ação 3 - Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada).	MÉDIA	ALTO	Gerente e atores internos	MÉDIA	Técnico e Organizacional	2º

Cronograma de ações do Projeto Aplicativo

REFERÊNCIAS

SANTOS, B. R. L. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 174, n. 36 (1 Supl. 2), p. 170 -177 ; 2012.

CALEMAN, G. et al. Projeto aplicativo: termos de referência. 1. ed. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde; 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5; 2009.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN/SEPLAG – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2015. Brasília; 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health**. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149; 2014.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. População por Unidade de Saúde – DF. Ano referência: 2017. www.saude.df.gov.br. Acesso em 04 de julho de 2017; 2017a.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília; 2017b.

Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília; 2017c.

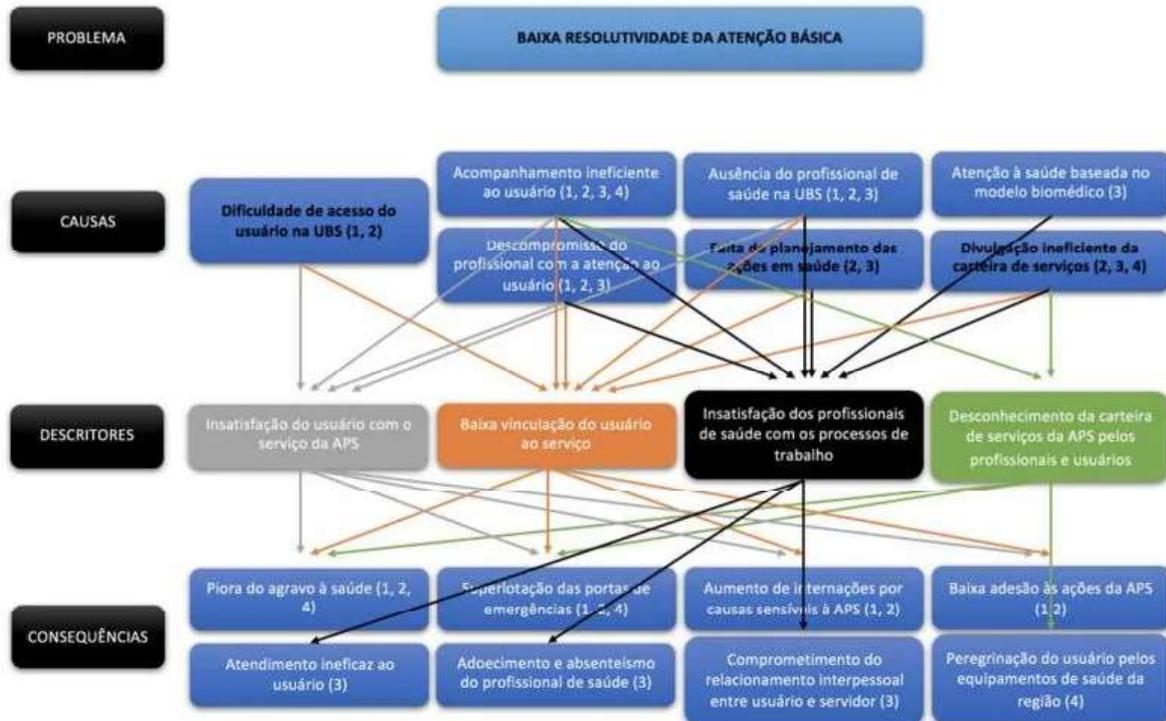
Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Saúde 2016-2019 - Versão aprovada conforme Resolução CSDF N°457, de 05 de abril de 2016. Brasília; 2016.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24; 2014.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí. **Ciência & Saúde Coletiva**. Brasil; 2014.

ANEXOS

(1) OTPA 4: Árvore explicativa



(2) OTPA 5: Plano de ação – 5W3H, segundo frente de ataque (nó crítico)

5W3H							
Espaço do problema		GSAPBz 02					
Macroproblema		BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA					
Nó Crítico		NC1 - Dificuldade de acesso do usuário na UBS					
What O que fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde?	How Como fazer?	How much Quanto custa?	How measure Qual indicador?
Qualificar o processo de trabalho do acolhimento (Protocolo de acesso à APS)	Para implantar a escuta qualificada na UBS e uniformizar os processos de trabalho	GSAP Supervisores ESF	Após encerramento da consulta pública e capacitações	UBS 02 de <u>Brazlândia</u>	Implementação do protocolo, com definição dos fluxos internos de trabalho; Educação continuada	Impressões gráficas, material de escritório	Reuniões de Equipe com <u>auto-avaliações</u> periódicas
Aumentar o número de visitas domiciliares pelas eSF	Para promover a aproximação do usuário ao serviço de saúde	ESF	Adequação imediata	Vila São José – <u>Brazlândia</u>	Visitas domiciliares; Ação nas escolas e outras associações da comunidade	Transporte, Impressões gráficas, material de escritório	Número de visitas realizadas
Monitorar as agendas de trabalho (demanda espontânea e agendada)	Para viabilizar o acesso, principalmente a pacientes verdes e azuis	GSAP Supervisores	Adequação imediata	UBS 02 de <u>Brazlândia</u>	Reservando aproximadamente 50% da agenda para atendimento de demanda espontânea; Aumentar a variedade de serviços da assistência (apoio multiprofissional)	-	Fila e tempo de espera